BERICHTE UND MATERIALIEN 3

Viertes
Bayerisches Forum Suchtprävention

der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.

Schwerpunktthema:
Ess-Störungen

LANDESZENTRALE FÜR
GESUNDHEIT IN BAYERN E.V.

© Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LZG), 2003
Landwehrstraße 60-62, 80336 München

Die LZG wird gefördert durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz

Redaktion: Dr. Martina Christine Enke, Augsburg

Das Titelbild ist der Ausstellung „is(s) was?! Ess-Störungen erkennen, bewältigen, verhindern“ der LZG entnommen.

Hinweis:
Die Personenbezeichnungen in diesem Heft beziehen sich, wenn nicht ausdrücklich differenziert, gleichermaßen auf Frauen wie auf Männer. Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wurde jedoch teilweise darauf verzichtet, in jedem Fall beide Geschlechter zu benennen.

Viertes
Bayerisches Forum Suchtprävention

Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.
Leitershofen bei Augsburg, 19.-21. November 2002

Schwerpunktthema: Ess-Störungen

Berichte und Materialien 3
Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.

Inhalt

Einleitung 1

Schwerpunktthema Ess-Störungen

Ess-Störungen: Ein Konzept für die Gruppenpsychotherapie 3
Monika Gerlinghoff, Herbert Backmund

Wer is(s)t hier eigentlich normal? 11
Prävention von Ess-Störungen bei Mädchen und jungen Frauen
Anja Wilser

Praktische Umsetzung in der Prävention von Ess-Störungen 21
Ingrid Mieck, Sabine Sinnhuber, Susanne Schüll

Das Beratungsgespräch bei Ess-Störungen 27
Ingrid Mieck

Körper, Macht, Geschlecht 34
Gitta Mühlen Achs

Weitere Themen

Sekundärprävention: Neue Perspektiven für die Beratung riskant (drogen)konsumierender Jugendlicher 41
Kordula Marzinzik

Qualitätsstandards in der Präventionsarbeit 48
Michael Lubinski

Die Workshops

Interaktive Methoden zur Prävention von Ess-Störungen.

Erlebnis als Ergebnis
I: Essen, Essverhalten, Genießen 57
II: Schönheitsideale, Körperwahrnehmung 69
Susanne Schüll, Sabine Schoberth-Bernard

Körper, Macht, Geschlecht 83
Gitta Mühlen Achs

Essen – Last oder Lust? 84
Claudia Burmeister

Geschlechtsspezifische Aspekte des Suchtverhaltens und der Prävention 87
Suchtprävention unter dem Gender-Aspekt
Anne Fromm, Wolfram Saska-Weiß

Projektvorstellungen zur Prävention bei Kindern suchtkranker Eltern
Die Blauvögel. Arbeit mit Kindern aus suchtbelasteten Familien 90
Angelika Kern, Peter Zarling
Kind – S(s)ucht – Familie. Prävention bei Kindern suchtbelasteter Eltern 93
Jürgen Bergfeld

Beratungs- und Therapieangebote bei Ess-Störungen – Adressen 94

Einleitung

Viertes Bayerisches Forum Suchtprävention – Schwerpunktthema Ess-Störungen

In den letzten Jahren haben Ess-Störungen bei Mädchen und Frauen wieder extrem zugenommen. Bei der Ätiologie von Ess-Störungen kann man nach dem heutigen Stand der Wissenschaft von einer multifaktoriellen Pathogenese ausgehen, da neben biologischen und genetischen Faktoren soziokulturelle und psychosoziale Faktoren eine Rolle spielen. Der Druck der Gesellschaft, schlank und ewig jung aussehen zu müssen, sorgt schon im vorpubertären Alter für Stress und Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper. Untersuchungen wie die von der BZgA zeigen, wie frühzeitig – schon vor Eintritt in die Pubertät – sich Mädchen mit ihrem Aussehen, ihrem Gewicht und ihrem Körper beschäftigen. Die Auswertungen des von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geförderten Modellprojektes Kinder- und Jugendtelefon zeigen, dass bereits 9- bis 10-jährige Mädchen Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper äußern, gerne anders aussehen oder andere Merkmale aufweisen würden. Eine weitere von der BZgA geförderte Studie der Universität Bremen belegt, dass fast zwei Drittel der 13- bis 14-jährigen Mädchen gerne besser aussehen würden, über die Hälfte – unter ihnen viele Mädchen mit Normal- oder Untergewicht – wäre gerne dünner. Nach einer europäischen Studie (Dingeldey E. et al., Ess-Störungen bei Jugendlichen. Erhebungen zum Präventionsbedarf, Kassel 1998) empfinden sich 42% aller normal- und untergewichtigen Mädchen und 30% der Jungen im Alter von 11 bis 19 Jahren als zu dick.

Mädchen eignen sich insbesondere in der Adoleszenz eine außenorientierte Sichtweise auf sich und den eigenen Körper an. Sie integrieren schon früh die von außen propagierten Schönheitsideale, die Fremdbestimmung des weiblichen Körpers, die Abwertung und Ausgrenzung von Weiblichkeit in ihr Selbstbild. Das führt meist zu einer kritischen Bewertung oder Ablehnung des eigenen Körpers. Knapp die Hälfte des weiblichen Anteils und 20% der Jungen hatten im Alter von 11 bis 13 Jahren nach der oben genannten europäischen Studie schon eine Diät gemacht. Mädchen, die dem allgegenwärtigen Schlankheitsideal mit Diäten nachzueifern suchen, laufen Gefahr, eine Ess-Störung zu entwickeln. „Diäten machen nicht schlank, Diäten sind die Einstiegsdroge für Ess-Störungen“, so das Urteil von Dr. Barbara Krebs, Gründerin des Frankfurter Zentrums für Ess-Störungen. Hier befindet sich der Kern der präventiven Arbeit: Primärprävention fängt bereits im Kindesalter an.

In Deutschland leiden inzwischen 3 bis 4% der Bevölkerung, ca. 2,4 Millionen Menschen, an Ess-Störungen, davon rund 600.000 Mädchen und Frauen zwischen 15 und 35 Jahren an Bulimie. Die Tendenz ist steigend. Etwa zehn Prozent der von Ess-Störungen Betroffenen sind mittlerweile Männer. Ess-Störungen sind schwerwiegende psychosomatische Erkrankungen mit Suchtcharakter, die verborgen gehalten werden. Menschen mit Ess-Störungen haben eine sehr hohe Hemmschwelle, sich zu „outen“. Die Chance, auf Dauer wieder zu einem sinnvollen Essverhalten zurückzufinden und eine chronische Erkrankung zu vermeiden, ist um so größer, je früher therapeutische Behandlung aufgesucht wird. So ist es dringend notwendig, möglichst frühzeitig mit primären und sekundären Maßnahmen die Prävention von Ess-Störungen zu beginnen. Deshalb stand diese Problematik im Mittelpunkt des Vierten Bayerischen Forums Suchtprävention der LZG in Leitershofen vom 19.-21.November 2002.

Wir leben in einer Gesellschaft, in der die allgemein üblichen Rollenzuschreibungen für Frauen der Entwicklung einer Sucht und/oder Ess-Störung Vorschub leisten. Deshalb haben wir auf den Gender-Aspekt ganz intensiv hingewiesen. Dadurch wurde verdeutlicht, dass Prävention von Ess-Störungen auch bei den Multiplikatorinnen die persönliche Auseinandersetzung mit dem eigenen Frauenbild und geschlechtstypischen Verhaltensweisen fordert. Die Ausführungen von Dr. phil. Gitta Mühlen Achs, Ludwig-Maximilians-Universität München, zum Thema „Körper, Macht, Geschlecht" waren dafür besonders richtungsweisend.

Ausgehend von Bildern aus der Werbung sensibilisierte Dr. Mühlen Achs für die Wahrnehmung und kritische Reflexion geschlechtsgebundener Verhaltensweisen und asymmetrischer Machtstrukturen zwischen den Geschlechtern. Es wurde ersichtlich, in welcher Weise traditionelle Konzepte von Weiblichkeit und Männlichkeit (Gender) in die Körper und ihre Ausdrucksweisen (Körpersprache) eingeschrieben werden und welche Konsequenzen sich daraus für die Entwicklung weiblicher und männlicher Identitäten und für das Geschlechterverhältnis ergeben. Als zentral wird hier der in solchen Zusammenhängen in der Regel außer Acht gelassene Machtfaktor betrachtet. Durch die Ausführungen und die angeleiteten Übungen der Referentin wurde offensichtlich, dass vor allem durch die Zuschreibung und Verkörperung unterschiedlicher Formen von Macht und Kontrolle (über sich selbst und/oder andere Personen) sowie die Ritualisierung von Dominanz und Unterwerfung einerseits und ihre Verknüpfung mit dem Konzept heterosexueller Attraktivität andererseits traditionelle Geschlechterverhältnisse bestätigt und aufrechterhalten werden. Diese können als Nährboden für die Entwicklung weiblicher Suchtphänomene wie Magersucht und Bulimie betrachtet werden.

Die Wanderausstellung „is(s) was?!" der LZG wurde im Rahmen der Tagung vorgestellt. Sie wurde konzipiert von Dr. med. Monika Gerlinghoff, TCE München. „Ess-Störungen erkennen, bewältigen, verhindern" ist der Untertitel dieser Ausstellung. Sie informiert und soll vor allem Jugendliche und junge Erwachsene dazu anregen, sich selbst aktiv mit dem Thema zu beschäftigen. Die Ausstellung soll entsprechend dem Konzept moderner Ausstellungsdidaktik auf gesellschaftliche und individuelle Problemsituationen aufmerksam machen und Lernprozesse anregen. Mit Unterstützung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz wurde die Ausstellung ins Leben gerufen und als Wanderausstellung eingerichtet.

Hildegard Aiglstorfer
LZG

Ess-Störungen: Ein Konzept für Gruppenpsychotherapie

Monika Gerlinghoff, Herbert Backmund

Ess-Störungen betreffen überwiegend Mädchen und junge Frauen. Es sind komplizierte Krankheiten mit nicht sehr günstiger Prognose. Wir beschreiben ein therapeutisches Konzept, welches in vier Phasen unterteilt und durch Psychotherapie in geschlossenen Gruppen charakterisiert ist. Kernstück ist eine viermonatige tagklinische Behandlung. Zum Therapieprogramm gehören auch präventive Aktivitäten verschiedener Art unter Einbeziehung der Patientinnen.

Ess-Störungen (eating disorders) sind psychische Krankheiten. Wichtigste Formen sind die Magersucht (Anorexia nervosa) und die Ess-Brech-Sucht (Bulimia nervosa). Die Krankheitsmerkmale sind in den gebräuchlichen Klassifikationsschemata definiert. Für Abweichungen von einzelnen Merkmalen ist die Kategorie nicht näher bezeichnete Ess-Störung (NNB) vorgesehen. Eine besondere Form dieser Kategorie ist die Ess-Sucht (Binge-Eating-Disorder), die zunehmend an Bedeutung gewinnt. Im ICD-10 [1] gibt es für diese Form noch keine eigene Definition, wohl aber im DSM-1V [2], nach dem wir uns im Münchner TCE richten. In vereinfachter Form gelten folgende Diagnosekriterien nach DSM-IV für Anorexia nervosa:

a) niedriges Körpergewicht (weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts; Body Mass Index (BMI)[1] unterhalb von 17,5),
b) große Angst vor Gewichtszunahme,
c) Körperschemastörung,
d) Amenorrhö.
e) Subtypen:
   - restriktiver Typ,
   - Binge-Purging-Typ.

Für die Bulimia nervosa lauten die Diagnosekriterien nach DSM-IV:

a) Heißhungerattacken,
b) kompensatorische Maßnahmen zur Vermeidung einer Gewichtszunahme,
c) Frequenz der Heißhungerattacken und der kompensatorischen Maßnahmen mindestens zweimal pro Woche über drei Monate,
d) ausgeprägte Abhängigkeit des Selbstwertgefühls von Körpergewicht und Figur,
e) Störung tritt nicht ausschließlich bei einer Episode von Anorexia nervosa auf.
f) Subtypen:
   - Purging-Typ,
   - Non-Purging-Typ.

Für die Binge-Eating-Disorder lauten die Diagnosekriterien nach DSM-IV:

a) wiederholte Episoden von Heißhungerattacken,
b) die Heißhungerattacken treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:
   - wesentlich schneller essen als normal,
   - essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl,

---

[1] Der Body Mass Index (BMI, „Körper-Masse-Index“) ist ein Maß für das Körpergewicht; zu Definition und Berechnung vgl. Seite 83

- essen großer Nahrungsmengen ohne Hunger,
- alleine essen aus Verlegenheit über die Menge,
- Ekelgefühle, Deprimiertheit oder große Schuldgefühle bezüglich des Essens.

c) es besteht deutliches Leiden bezüglich der Heißhungerattacken,
d) die Heißhungerattacken treten an mindestens zwei Tagen in der Woche für sechs Monate auf.

Die Binge-Eating-Disorder oder Ess-Sucht steht nach ihren Symptomen der Bulimia nervosa nahe. Da von den Betroffenen jedoch keine kompensatorischen Maßnahmen getroffen werden, kommt es häufig zu einer stetigen Gewichtszunahme.

Die verschiedenen Formen von Ess-Störungen können ineinander übergehen. Ungefähr 60% der Patientinnen und Patienten mit einer restriktiven Form der Magersucht sind irgendwann nicht mehr in der Lage, ihr asketisches Verhalten aufrecht zu erhalten und gehen in einen Binge-Purging-Typ über. Wenn bei sonst gleich bleibenden Symptomen der BMI über 17,5 ansteigt, ist die Diagnose einer Anorexia nervosa nicht mehr zutreffend, die Ess-Störung ist dann als Bulimia nervosa einzuordnen. Auch der Übergang in eine Binge-Eating-Disorder ist möglich, ebenso wie der Weg in umgekehrter Richtung; übergewichtige Kinder und Jugendliche z.B. können eine Magersucht entwickeln. Somit ist die jeweilige Diagnose in erster Linie als Querschnittsdiagnose im Spektrum der Ess-Störungen zu verstehen.

Adipositas wird bis jetzt nicht zu den eigentlichen Ess-Störungen gerechnet.

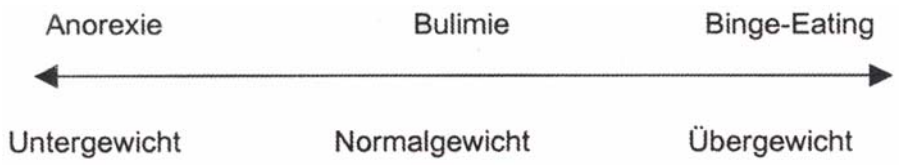


Abb. I

Von Ess-Störungen betroffen sind hauptsächlich Mädchen und junge Frauen im Alter zwischen 12 und 25 Jahren, zusammen genommen in einer Prävalenz von 5% in dieser Altersgruppe. Männer erkranken wesentlich seltener, im Verhältnis 10-20:1. Die Häufigkeit der Anorexia nervosa wird mit 0,5-1% angegeben, bei Krankheitsbeginn vor der Pubertät sind Jungen häufiger betroffen als bei postpubertärem Krankheitsbeginn [3].

Der Krankheitsverlauf ist oft langwierig und die Prognose nicht besonders günstig. Langfristig werden nur etwa die Hälfte der behandelten Patientinnen und Patienten symptomfrei, mindestens ein Drittel nimmt einen chronischen Verlauf. Die Sterblichkeitsrate bei Magersucht liegt bei 5-6%; diese Rate erhöht sich bei langfristigem Verlauf bis auf 18%. Für die Bulimie wird eine Sterblichkeitsrate von 3% angegeben.

Die Ätiologie der Ess-Störungen ist ungeklärt. Wir sprechen von einem multifaktoriellen Geschehen und meinen damit ein Zusammenwirken von biologischen, individuellen, familiären und soziokulturellen Faktoren. Voraussetzung für die Manifestation dieser Krankheiten ist nach unserer Überzeugung eine genetische Disposition.

Ess-Störungen werden häufig von anderen psychischen Störungen im Sinn einer Komorbidität begleitet. Dazu zählen affektive Störungen ebenso wie Zwänge oder

Persönlichkeitsstörungen, besonders in Form einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Nicht selten ist auch ein Missbrauch von Alkohol und Drogen.

Medizinische Komplikationen müssen beachtet werden. Wichtigste Ursachen sind Unter- und Mangelernährung, Schäden durch häufiges Erbrechen (Flüssigkeitsverlust und Säureschäden!) sowie der Missbrauch von entwässernden und abführenden Medikamenten.

Krankheitsverständnis

Neben der ätiologischen Diskussion unter Fachleuten gibt es eine subjektive Entstehungsgeschichte einer Ess-Störung, nämlich im Erleben der Betroffenen. Wir sind davon überzeugt, dass eine sich entwickelnde Ess-Störung eine zunehmend dominierende, schließlich existenzielle Funktion im Denken und Empfinden der betroffenen jungen Menschen übernimmt. Magersüchtig oder bulimisch Kranke schaffen sich mit ihrer Ess-Störung einen eigenen Raum, in dem sie nach eigenen, meist strengen Regeln leben. Dieser krankhafte Lebensraum bleibt auch Nahestehenden, Eltern, Geschwistern, Partnern lange Zeit verborgen und selbstverständlich verschlossen. Mit unglaublicher Energie vollbringen die Magersüchtigen ihre selbst vorgegebenen Leistungen in der Schule, im Studium, im Beruf oder wo immer, und natürlich auch im Hungern. Ein sich allmählich verminderndes Gewicht bringt Selbstbewusstsein, ein erhabenes Gefühl gegenüber denjenigen, die ihren Körper nicht so gut im Griff haben. Heißhungerattacken sind ein Ventil für aufgestaute Gier nach lange Zeit verbotenem Genuss, ein Mittel, um Frustrationen, seelische Verletzungen und alle negativen Gefühle „weg zu essen“. Über lange Zeit erhöhen Ess-Störungen das Selbstwertgefühl, verleihen Macht und Stärke und sind eine Möglichkeit, den Problemen und Widrigkeiten des täglichen Lebens aus dem Weg zu gehen. Deshalb werden sie für viele Betroffene zu einem vertrauten, von einigen sogar personifizierten Besitz („meine Magersucht“), der sie zwar immer wieder sehr belastet, den sie aber dennoch nicht hergeben wollen. Für Therapeuten ist es wichtig zu begreifen, dass Ess-Störungen für die Betroffenen unentbehrlich geworden sind, und dieses angstvolle Festhalten um jeden Preis steht gegen die Bereitschaft, sich behandeln zu lassen und dadurch die Ess-Störung womöglich hergeben zu müssen.

Psychotherapie ist der entscheidende therapeutische Zugang bei Ess-Störungen, und es muss versucht werden, für die Betroffenen in der Therapie eine Alternative zur Funktion ihrer Ess-Störung zu finden.

Therapiekonzept

Auf der Basis unseres Krankheitsverständnisses haben wir seit 1987 ein eigenes Therapiekonzept entwickelt [4]. 1989 haben wir die erste Tagklinik für Ess-Störungen in Europa eröffnet [5].

Das Therapiekonzept des TCE hat folgende Merkmale: Behandelt werden ausschließlich Patientinnen und Patienten mit Ess-Störungen. Die Behandlung erfolgt überwiegend in Gruppen. Das Therapieprogramm ist in definierte Phasen geteilt sowie inhaltlich und zeitlich strukturiert. Das Programm folgt weitgehend dem Prinzip des Selbstmanagements nach Kanfer [6].

Ein wichtiger Bestandteil des Konzeptes ist die Einbeziehung von aktuellen und ehemaligen Patientinnen und Patienten in die Organisation und Durchführung des Therapieplanes. Die angestrebte Eigenverantwortung und Selbstbestimmung werden dadurch sehr gefördert. Unentbehrlich sind uns unsere Patientinnen bei allen präventiven Aktivitäten.

Therapieprogramm

Unser Programm ist auf die Therapie von Patientinnen und Patienten mit einer Ess-Störung ausgerichtet. Wir behandeln Essgestörte mit Anorexie, Bulimie oder Binge-Eating-Disorder im Alter von 15-30 Jahren gemischt in geschlossenen Gruppen. Das Programm, das wir mit wenigen Modifikationen seit 1989 praktizieren [7], besteht aus vier zeitlich aufeinander folgenden Phasen:

- Motivationsphase (Prä-Phase), 1 Monat,
- tagklinische Phase, 4 Monate,
- ambulante Phase (Post-Phase), 4 Monate,
- Nachuntersuchung 1-4-jährig.

Patientinnen, die sich für eine Therapie am TCE interessieren, werden zu einem persönlichen Gespräch eingeladen. Wir legen Wert darauf, dass Patientinnen selbst den telefonischen Kontakt zu uns aufnehmen. Das Erstgespräch dient der Überprüfung der Diagnose (einschließlich Bestimmung des BMI), und dabei wird die Frage geklärt, ob eine Patientin für unsere Institution geeignet ist. Das Therapieprogramm wird in groben Zügen dargestellt. Falls von beiden Seiten eine Therapie am TCE möglich und wünschenswert erscheint, wird die Patientin zur Teilnahme an der Motivationsgruppe eingeladen.

a) Motivationsphase

Die Motivationsphase besteht aus einer einmal wöchentlich stattfindenden, zweistündigen Gruppensitzung während vier aufeinander folgenden Wochen. An den Gesprächen nehmen Mitglieder des therapeutischen Teams und Patientinnen der gerade laufenden Tagklinikphase teil. Diese Treffen dienen dem gegenseitigen Sich-Kennenlernen und der Vermittlung der Bedingungen des TCE.

Am Ende dieser Phase soll sich die Patientin für oder gegen eine Therapie am TCE entscheiden. Es wird ein formaler Vertrag abgeschlossen; dieser Vertrag soll bekunden, dass eine Patientin über Regeln und Absprachen der Therapie am TCE informiert ist, deren Bedeutung und Sinn verstanden hat. Sie bekundet mit dem Vertrag ihre Bereitschaft, diese Regeln zu akzeptieren.

b) Tagklinische Phase

Eine bestimmte Zahl von Patientinnen (zurzeit 24) beginnt als geschlossene Gruppe am Beginn eines Tertials gemeinsam die Tagklinikphase. Diese Phase ist das Kernstück des Behandlungskonzeptes am TCE.

Die Patientinnen kommen morgens um 8.00 Uhr in die Tagklinik und bleiben dort bis 17.30 Uhr. Die therapeutischen Aktivitäten sind ebenso wie Haupt- und Zwischenmahlzeiten und Ruhepause in einem Stundenplan genau festgelegt.

Ziele der Tagklinikphase sind:

- Symptom- und Verhaltensanalyse,
- funktionale Bedingungsanalyse,
- Erarbeitung von Therapiezielen,
- Verhaltensmodifikation.

Das Programm ist aus folgenden Therapiebausteinen (Elementen) zusammengesetzt:

- kognitive Verhaltenstherapie,
- Ernährungstherapie,
- Kunsttherapie,
- Körperwahrnehmungstherapie,

- Sozialtraining (Förderung der sozialen Kompetenz),
- Entspannung,
- themengeleitetes Schreiben,
- medizinisch-therapeutisches Wohnen.

Die verhaltenstherapeutischen Interventionen haben folgende Teile:

- Verhaltens- und Bedingungsanalysen,
- kognitive Umstrukturierung,
- Problemlösungstraining,
- Lernen am Modell,
- Rollenspiele,
- Konfrontationsverfahren,
- themenzentriertes Schreiben (Selbstdokumentation, Angsthierarchie, Fotodokumentation etc.),
- schriftliche Selbstbeobachtung und -beurteilung,
- Hausaufgaben.

Die Ernährungstherapie ist ein besonders wichtiger, unverzichtbarer Bestandteil der Behandlung Essgestörter. Es genügt nicht, Kalorien zuzuführen, um ein vorgegebenes Zielgewicht zu erreichen. Die Betroffenen müssen vielmehr ihre oft abstrusen Vorstellungen, Befürchtungen und Ängste über die Wirkung einzelner Nahrungsmittel, etwa eines Stückchens Schokolade, korrigieren und wieder einen ungezwungenen Umgang mit Essen lernen [8]. Die Ernährungstherapie erfolgt im TCE mit einem dreistufigen Essprogramm: Fremdkontrolle; von der Fremd- zur Selbstkontrolle; Selbstkontrolle. Zum Beispiel sieht die 3. Stufe der Selbstkontrolle Folgendes vor:

- eigene Zubereitung,
- eigene Portionierung,
- eigene Zubereitung und Portionierung,
- Essen im Restaurant/Mensa, Büffet-Essen.

Es gibt sieben Mahlzeiten, wovon fünf im TCE und zwei (Abendessen und Spätmahlzeit) außerhalb des TCE eingenommen werden. Auch die Dauer der Mahlzeiten ist vorgegeben.

Bei stark untergewichtigen Patientinnen, etwa ab einem BMI unterhalb 15, geben wir abgepackte hochkalorische trinkbare Nahrung in definierten Zeitabständen, z.B. stündlich.

Im TCE gilt die Regel, dass die Nahrung nicht in Kalorien oder Joule, sondern in Portionen definiert wird.

Die Kunsttherapie (kreative Therapie) spielt im TCE eine große Rolle. Sie dient der Förderung nonverbaler Ausdrucksformen, der Unterstützung der Gefühlswahrnehmung und ist eine Anregung zur Selbstreflexion.

Die Körperwahrnehmungstherapie verfolgt folgende Ziele: Differenzierung der Körperwahrnehmung und Entwicklung eines realistischen und ganzheitlichen Körperbildes.

Da Essgestörte häufig einen Rückstand in ihrer sozialen Entwicklung haben, legen wir großen Wert auf ein Training in sozialen Kompetenzen, z. B. Trainieren sozialer Fertigkeiten, Erarbeitung von Problemlösestrategien und Freizeitmanagement.

c) Ambulante Phase

Der Übergang von einer intensiven tagklinischen (oder auch stationären) Behandlung in ein „normales Leben“ ist mit dem Risiko eines raschen Rückfalles verbun-

den, wenn die schützenden Bedingungen, nämlich Gruppe und Therapeuten, wegfallen. Beides bleibt in unserer ambulanten Phase, die im Wesentlichen einer Stabilisierung von Veränderungen und einer Rückfallprophylaxe dient, erhalten. Es finden wöchentliche Gruppensitzungen zu bestimmten Themen statt. Es gibt so genannte therapeutische Arbeitskreise, die nach vorhandenen Ressourcen organisiert werden, wie etwa Musizieren, Singen, Tanzen, Theater spielen, Nähen oder Ähnliches. Eine Gruppe von Patientinnen übernimmt Aufgaben in der Öffentlichkeitsarbeit und der Prävention.

Zum Schluss ist es wichtig, die Gruppentherapie am TCE gemeinsam abzuschließen. Obligat ist eine Abschlussbilanz, in der die Patientinnen schriftlich ihre Therapie am TCE kritisch beurteilen, erreichte oder nicht erreichte Therapieziele darlegen und künftige Schritte skizzieren sollen.

Die meisten Veranstaltungen während der einzelnen Phasen finden in geteilten Gruppen bis maximal 12 Patientinnen statt, einige wenige in der Gesamtgruppe der Patientinnen. Angehörige werden in Form von Gruppenveranstaltungen einbezogen, und zwar getrennt Väter, Mütter, Geschwister und Partner bzw. Freunde. Diese Veranstaltungen werden von den Patientinnen organisiert und moderiert unter Anwesenheit von Therapeutinnen.

Medizinisch-therapeutisches Wohnen („Wohnklinik“)

1993 haben wir Wohngruppen eingerichtet für Patientinnen und Patienten des TCE, für die eine teilstationäre oder ambulante Therapie aus medizinisch/psychiatrischen Gründen nicht ausreicht. Gründe für eine Aufnahme in eine Wohnung sind beispielsweise: Schwere der medizinischen Komplikationen oder psychische Begleiterkrankungen, deutliche Defizite in der Persönlichkeitsentwicklung und in der sozialen Kompetenz, besonders ungünstige Familienverhältnisse oder stärkere soziale Isolierung.

Das Programm besteht aus: Intensivierung des Esstrainings in der Klein- und Großgruppe, VT-Gruppensitzungen, Einzelgesprächen zu aktuellen Konfliktlösungen oder zur Krisenintervention, Entwicklung und Training von sozialen Kompetenzen wie Selbstbehauptung, Abgrenzung, Toleranz und gegenseitiger Unterstützung. Dabei spielt das peers-to-peers-Prinzip wie in der Tagklinik eine herausragende Rolle.

Für die therapeutischen Wohngruppen (TWG) gibt es ein eigenes therapeutisches Team. Therapeutische Maßnahmen werden sowohl für einzelne Wohnungen mit drei bis vier Bewohnerinnen oder in größeren Gruppen durchgeführt. Es erfolgt eine Supervision zum Essverhalten, zur Haushaltsführung, zur Freizeitgestaltung und zur Konfliktbewältigung. Es besteht eine ständige ärztliche und therapeutische Rufbereitschaft.

Alle therapeutischen Maßnahmen in den TWGs finden zusätzlich zu den tagklinischen oder ambulanten Aktivitäten statt. Die meisten Aktivitäten sind auf Nachmittags-, Abend- und Wochenendveranstaltungen verteilt. Wir haben zurzeit 30 Plätze, verteilt auf acht Wohnungen.

Wichtige Ziele dieses Behandlungsabschnittes sind Stabilisierung des Essverhaltens, Entwicklung von sozialen Kompetenzen wie Abgrenzung, Unterstützung, Toleranz und letztlich ein eigenverantwortliches Leben außerhalb der Familie lernen.

Die durchschnittliche Verweildauer in einer Wohnung beträgt acht Monate. Jugendliche unter 18 Jahren können an diesem Programm nicht teilhaben.

Prävention

Es besteht ein breiter Konsens über die Notwendigkeit von Prävention bei Ess-Störungen [9]. Über theoretische Konzepte wird diskutiert [10]. Unser Ansatz unterscheidet sich von allen in der Literatur mitgeteilten Präventionsprogrammen dadurch, dass wir unsere Patientinnen – solche, die gerade bei uns in Behandlung sind oder ehemalige – in unsere verschiedenen Aktivitäten und Programme einbeziehen. Patientinnen beteiligen sich an Informationsveranstaltungen, z.B. in Schulen, oder bei öffentlichen Vorträgen. Sie berichten über ihre Krankengeschichte, beantworten Fragen oder diskutieren mit Lehrern oder Eltern. Sie nehmen an Gesprächsrunden im Fernsehen oder Rundfunk teil. Aufzeichnungen von Patientinnen, Texte zu ihrer Krankengeschichte und über ihr Erleben ihrer Ess-Störung sind seit Jahren Bestandteil unserer Bücher. Wir laden einzelne Schulklassen in das TCE ein und unsere Patientinnen diskutieren mit Schülerinnen und Schülern über altersrelevante Probleme im Umgang miteinander.

Wir können uns unsere Präventionsarbeit ohne Beteiligung unserer Patientinnen nicht vorstellen. Sie sind im Alter der Schülerinnen und Schülern, denen im Wesentlichen unsere präventiven Bemühungen gelten, viel näher als das therapeutische Team, ihre Sprache ist direkter, sie kennen aus eigenem Erleben die anfänglichen Verlockungen einer Ess-Störung und können authentisch über die Tiefen des Krankseins berichten. Unsere Patientinnen sind es gewohnt, vor und mit anderen über ihre Probleme zu reden. In ihrer oft beeindruckend ernsten Aufrichtigkeit vermögen sie auch dort zu überzeugen, wo die Erfahrung der Therapeuten letztlich akademisch bleibt. Die Patientinnen selbst gewinnen für sich durch ihre Präsentation immer wieder ein Stückchen mehr Klarheit, Bestätigung auf dem Weg, die Krankheit herzugeben. Und mit Recht erfüllt es einige mit Stolz, wenn es ihnen gelungen ist, ernsthafte Aufmerksamkeit und Nachdenklichkeit bei den Zuhörern zu bewirken.

Literatur

1. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (eds). Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, Kapitel V). Bern: Huber, 1993.
2. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Deutsche Bearbeitung und Einführung von Saß H, Wittchen HU, Zaudig M. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, 1996.
3. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). Am J Psychiat 2000; 157: 1-39.
4. Gerlinghoff M, Mai N, Backmund H. Erfahrungsgeleitete Entwicklung von Therapiekonzepten bei Anorexia nervosa. Nervenarzt 1988: 59: 714-720.
5. Gerlinghoff M, Backmund H, Angenendt J, Linington A. Tagklinisches Therapiemodell für psychosomatische Ess-Störungen. Verhaltenstherapie 1991; 1:61-65.
6. Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D. Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. 2. Auflage. Berlin: Springer, 1996.
7. Gerlinghoff M, Backmund H (Hrsg). Therapie der Magersucht und Bulimie. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlags-Union, 1995.
8. Gerlinghoff M, Backmund H. Essen will gelernt sein. Weinheim, Basel: Beltz, 2000.
9. Piran N. Prevention of eating disorders: Directions for future research. Psychopharmacology Bulletin 1997; 33: 419-423.

10. Austin SB. Prevention research in eating disorders: theory and new directions. Psychological Medicine 2000; 30: 1249-1262.

Dr. med. Monika Gerlinghoff

Dr. med. Herbert Backmund

TCE Therapiecentrum für Ess-Störungen
Schleißheimer Straße 267
80809 München
Tel. (0 89) 3 56 24 90
eMail: mog@mailhost.rzg.mpg.de
Internet: www.T-C-E.de

„Wer is(s)t hier eigentlich normal?“
Prävention von Ess-Störungen bei Mädchen und jungen Frauen

Anja Wilser

Große Erwartungen und Hoffnungen von Gesellschaft und Wissenschaft liegen seit jeher auf der Prävention. Traditionsgemäß werden bei Präventionsmaßnahmen im Bereich Ess-Störungen vor allem Schule und Jugendarbeit angesprochen, um die Prävalenzrate zu verringern bzw. Ess-Störungen 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 PädagogIn 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 Ess-Störungen wie auch anderen 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 realistischem Enthusiasmus die Präventionsarbeit voran zu treiben. Prävention mit Jugendlichen ist spannend und macht Spaß, auch wenn die „großen“ Erfolge erst zeitlich versetzt sichtbar werden.

Die Maximen (primärer) Prävention haben in den letzten Jahrzehnten weitreichende Wandlungsprozesse durchlaufen. Zunächst wurde unter Prävention reine Informationsvermittlung verstanden, die durch die 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 kontraproduktiv 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.

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 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. 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.

Die Prävention von Magersucht und Bulimie muss sich hier anschließen. Denn um Ess-Störungen erst gar nicht entstehen zu lassen, bedarf es einer praktischen Arbeit, die die Gesundheitsressourcen an Bedeutung gewinnen lässt und die den Selbstschutz durch Förderung des Eigen-Sinns und der Lebenslust aktiviert – also eine positive Herangehensweise.

Die neuen Präventionskonzepte weisen viele Schnittstellen zur Gesundheitsförderung auf. Als wesentlich für die Konzeptionierung gelingender Prävention erweist sich, die spezifische Sinnhaftigkeit des (jugendlichen) Verhaltens in den Blick zu nehmen und zu verstehen. Wenn wir davon ausgehen, dass menschliches Verhalten Sinn macht, geht es im nächsten Schritt darum, den Sinngehalt zu entschlüsseln.

So machen gesundheitsriskante Verhaltensweisen für Jugendliche 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).

Auch ein Symptom wie Magersucht oder Bulimie ist 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. Symptome machen also nur in Interaktion mit anderen Personen des Systems einen Sinn. Die Ausbildung von Symptomen stellt folglich einen Problemlösungsversuch dar. Es handelt sich um einen kreativen Prozess, allerdings mit destruktiven oder selbstschädigenden Folgen.

Da Ess-Störungen 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. Ess-Störungen 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.

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

Für unser Thema Ess-Störungen und die Konzeption einer entsprechenden Prävention ist also zunächst nach den zentralen Themen und Sinn-Zusammenhängen zu fragen, die die Entstehung einer Ess-Störung beeinflussen. Dazu vier Thesen:

1. Je reicher, desto dünner – Gesellschaftliche Faktoren und Schönheitsideal

Ess-Störungen sind ein Phänomen der reichen Industriegesellschaften, der Überflussgesellschaften. Doch wodurch zeichnet sich diese Gesellschaft aus?

Eine durchschnittliche Miss Germany – so ist immer wieder ausführlich in den Zeitungen zu lesen – bringt bei einer Größe von 1,75 m ein Gewicht von 50 kg auf die Waage. Dies entspricht einem Body-Mass-Index (BMI)[2] von 16,3. Unter anderen Umständen würde einer solchen jungen Frau dringend zu einem Arztbesuch wegen deutlichen Untergewichtes geraten. Hier zeigt sich ein Paradoxon, mit dem wir es in diesem Feld zu tun haben: Die kulturelle Idealvorstellung einer gesunden (und schönen) jungen Frau liegt dem psychopathologischen Erscheinungsbild von Ess-Störungen gefährlich nahe.

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, die die Modernisierung mit ihren individualisierten und pluralisierten Lebenslagen hervorgebracht hat, durch das Diktat einer mädchenhaften, d.h. nicht erwachsenen Figur. Mädchen müssten ihre normale körperliche Entwicklung während der Pubertät eigentlich stoppen, um diesem Ideal gerecht zu werden bzw. bei diesem Ideal zu bleiben.

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 Diäthalten 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.

2. Die Lebensphase Pubertät zwingt durch die körperliche Entwicklung zur Auseinandersetzung mit Weiblichkeitsidealen

Die Pubertät 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.

Die Pubertät ist für Mädchen rein körperlich durch einen eklatanten Zuwachs an Körperfettanteilen gekennzeichnet (beispielsweise setzt die Menstruation erst bei einem Fettanteil von ca. 24% des Körpergewichts ein), während Jungen eher Muskelgewebe aufbauen. Das heißt, dass die körperliche Entwicklung in der Pubertät Mädchen eher vom kulturell geformten Schönheitsideal entfernt, 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 liebenswert, wenn sie sich den richtigen Körperumfang erhungert oder erarbeitet haben. Als zentrales Lebensgefühl ergibt sich für viele daraus: „So, wie ich bin, stimme ich nicht.“

---

[2] Zu Definition und Berechnung des Body Mass Index vgl. S. 83

Erfahrungen mit verschiedenen Schlankheitskuren haben bereits 11-Jährige, nahezu zwei Drittel der 13- bis 14-jährigen Mädchen würden gerne besser aussehen, über die Hälfte hält sich für zu dick (vgl. Frankfurter Rundschau vom 14.6.2000).

Andererseits stellen wir fest, dass Mädchen, die mit ihrem Körper rundum zufrieden sind, schnell als eingebildet und arrogant gelten.

Mädchen werden in der Pubertät mit der Tatsache konfrontiert, 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.

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, und um andere, extrovertiertere Bewältigungsstrategien als die der Manipulation des Körpers zu erproben. Wenn Mädchen ein positiveres Selbstbild und Körpergefühl entwickeln könnten, würde das ein gestörtes Essverhalten als „Lösung“ der Konflikte wahrscheinlich verhindern bzw. überflüssig machen.

Gestaltung von Schönheit und Selbststilisierungen können aber auch eine aktive und kreative Aneignung des Körpers bedeuten, wenn es nicht um Normerreichung, sondern um einen spielerischen und lustvollen Zugang geht. In diesem Fall stellen sie auch einen Lösungsversuch dar und haben somit eine kreative und handlungsleitende Seite.

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

3. Schönheitsideale werden auch und gerade durch Familien und andere erwachsene Bezugspersonen eingefordert. Der „Hort der Sicherheit“ entpuppt sich als Normenschmiede

„Pass auf, sonst wirst Du zu dick“. „Pass auf“ scheint für Mädchen die zentrale Botschaft der Pubertät zu sein. Damit ist impliziert, dass diese Lebensphase in vielerlei Hinsicht gefährlich ist und die Betroffenen an so genannten Fehlentwicklungen schuld sind – denn sie haben ja nicht aufgepasst.

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

Dass das familiale Umfeld eine wesentliche Sozialisationsinstanz darstellt, ist unbestritten. Dass dies auch für den Bereich der Schönheitsideale gilt, ist zunächst weniger eindeutig.

Die körperliche Erscheinung von Mädchen sorgt von Anfang an für Gesprächsstoff innerhalb der Familie. Fast könnte man meinen, dass ein hübsches Äußeres der Tochter die ganze Familie aufwertet. In der Pubertät spitzt sich dies zu: Wenn die Mädchen auch nur zeitweise den Schönheits- und Körperidealen innerhalb der Familie nicht entsprechen, werden sie zum Teil systematisch verbal abgewertet von Müttern *und* von Vätern. Auch Großeltern halten sich mit Kommentaren nicht zurück. Die Mädchen werden aufgefordert, sich zu zügeln, Disziplin zu zeigen oder weniger faul zu sein.

Den Müttern wiederum wird es schnell als Versagen angelastet, wenn ihre Kinder nicht den strengen körperlichen Normen entsprechen. Durch Gespräche mit Müttern wissen wir, wie verunsichert sie über das „richtige“ Maß des Körpers ihrer Töchter und ihren Einfluss darauf sind.

Zudem beobachten wir, dass gemeinsame Essenssituationen in Familien immer seltener werden. Nicht synchronisierte Tagesabläufe führen offensichtlich dazu, dass die Familienmitglieder einzeln, häufig vor dem Fernseher, in der Mikrowelle erwärmte Speisen zu sich nehmen. Das hat u.a. auch zur Folge, dass Eltern oft sehr spät merken, wenn ihre Töchter ein auffälliges Essverhalten zeigen.

Wird doch zusammen gegessen, essen die Mütter oft nicht mit oder haben sich eine kalorienarme Extraportion zubereitet, da sie selbst laufend an eine Diät denken, eine probieren und wieder abbrechen, kurz: das Thema Diät ist allgegenwärtig. Gleichzeitig erleben die Töchter eine ständige Beobachtung und Kommentare ihres Essverhaltens. In einer solchen Atmosphäre erweist sich die anscheinend so einfache Regel, so viel zu essen, bis man satt ist, als äußerst schwierig. Es kann also nicht verwundern, dass die meisten Mädchen als kontrollierte Esserinnen gelten.

Andere wichtige erwachsene Bezugspersonen sind LehrerInnen. Hier scheinen sich insbesondere SportlehrerInnen dazu berufen zu fühlen, über die „Richtigkeit“ der Körpermaße zu urteilen. Dies gilt für eine Abweichung von der Norm nach oben und nach unten. Statt Freude am Körper und seiner Bewegung zu erleben, fühlen sich die Mädchen mit und durch ihren Körper kritisiert.

4. „Mädchen stärken“ wird allzu oft missverstanden, dass Mädchen immer stark sein müssen

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 usw. 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 anschmiegsam, 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 für das 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. indivi-

dualisiert werden. Scheitern gilt als persönliches Versagen. Ist der Preis für die Freiheit, mit allen Widrigkeiten selbst fertig zu werden?!

Viele Mädchen und Frauen erleben sich heute individuell als gleichberechtigt, vielleicht sogar in mancherlei Beziehung den Jungen und Männern überlegen. Doch auf struktureller Ebene muss man nach wie vor deutliche hierarchische Macht- und Herrschaftsverhältnisse zwischen den Geschlechtern konstatieren (die die Mädchen selbst oft verleugnen), man denke nur an die unverminderte Existenz sexueller Gewalt, an den Arbeitsmarkt und die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung.

Ihr „Kapital" scheint dagegen in ihrer körperlichen Modellierung zu liegen. Die Vermarktung von Frauenkörpern in Werbung und Medien spricht hier eine deutliche Sprache. 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).

Wichtig ist folglich, Mädchen beim Ausbalancieren zwischen ihrer Realität und gesellschaftlichen Bildern zu unterstützen. Wir als PädagogInnen müssen uns von eigenen Klischees verabschieden, indem wir Mädchen weder nur als Opfer noch nur als stark ansehen. Es ist wichtig, den Blick immer wieder auf die Kompetenzen und Ressourcen der Mädchen und jungen Frauen zu lenken und dennoch strukturelle Faktoren nicht zu vernachlässigen.

Denn es gibt schließlich viele junge Frauen, die eine innere Balance gefunden haben, deren Selbstbewusstsein nicht an die Erreichung von Schönheitsnormen gekoppelt ist und die mit Lust und Tatendrang dem Leben begegnen. Wir stellen uns oft die Frage, was diese Mädchen mitbringen, was sie stärkt und schützt, können das aber nicht abschließend beantworten. Wichtig erscheinen uns die folgenden Aspekte:

- Förderung des Selbstwerts nicht über Bestätigung für Leistung und Aussehen, sondern für das So-Sein, für die Existenz,
- Freiräume, sich auszuprobieren – auch und gerade in Familien,
- Förderung der Kompetenzen im Umgang mit Konflikten, mit eigener und entgegengebrachter Aggression – Absage an die „großzügige Verliererin",
- Entwicklungsschritte im eigenen Tempo machen dürfen,
- eine beste Freundin und stabile soziale Beziehungen,
- Sport und Freude an Bewegung als positiver Zugang zum Körper (kein Leistungssport!).

Vor diesem hier nur skizzierten Hintergrund ergeben sich für die Prävention von Ess-Störungen folgende konkrete Themen:

Themen der Prävention von Ess-Störungen in der Arbeit mit Mädchen

(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, und sie brauchen Unterstützung, um ihr Selbstwertgefühl stärken und ausbauen zu können.

Methoden[4]: 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 Menschen. Wut und Aggression haben in unserer Gesellschaft einen negativen Stellenwert und werden schnell mit Destruktivität und Unkontrolliertheit in Verbindung gesetzt. Einen positiven 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 Defizite 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

---

[4] Die Methoden sind ausführlich beschrieben in: Preiß, Dagmar/ Wilser, Anja: Nichts leichter als Essen?! Ess-Störungen im Jugendalter. Eine Handreichung für Schule und Jugendarbeit, hrsg. vom Ministerium für Kultus und Sport, Baden-Württemberg, Stuttgart 2000.

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.

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 mädchenspezifischen Räumen verweisen. Mädchen brauchen eigene Räume, „in denen sie sich 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 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 familiären Essverhalten/ Gespräch mit einer Ernährungsberaterin

Ess-Störungen

Neben diesen Themen der Prävention sind grundlegende Informationen über die verschiedenen Ess-Störungen 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 Ess-Störungen in Kleingruppen aufarbeiten und anschließend in der Gesamtgruppe darstellen/ Was-wäre-wenn-Spiel

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 Ess-Störungen 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 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 Ess-Störungen 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 bezüglich 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 Weiblichkeits- und Schönheitsidealen gerecht zu werden ?
- Wie stark hängt mein Wohlbefinden von Außenbewertungen ab?
- Wie ist mein Zugang zu meiner Körperlichkeit?
- Welches Selbstbild vermittle ich Mädchen und Jungen?

Literatur

Flaake K. Zur Frau werden. In: Psychologie heute special 1991, Thema: Frauenschönheit.

Franzkowiak P, Helfferich C, Weise E. Geschlechtsbezogene Suchtprävention: Praxisansätze, Theorieentwicklung, Definitionen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 1998.

Helfferich C. Am eigenen Leib erfahren. Gesundheitsriskantes Verhalten als Körpereinsatz. In: Jugend und Gesellschaft Nr.4, Oktober 1995a.

Preiß D, Wilser A. Nichts leichter als Essen?! Ess-Störungen im Jugendalter. Eine Handreichung für Schule und Jugendarbeit, hrsg. vom Ministerium für Kultus und Sport, Baden-Württemberg, Stuttgart 2000.

Schmidt G. Bulimie aus der Sicht der systemischen Familientherapie. In: Kämmerer A., Klingenspor B. (Hrsg.): Bulimie. Zum Verständnis einer geschlechtsspezifischen Eßstörung. Stuttgart: Kohlhammer 1989, S. 49-70.

Stahr I, Barb-Priebe I, Schulz E: Ess-Störungen und die Suche nach Identität. Weinheim: Juventa 1995.

Stauber B: Starke Mädchen – kein Problem? In: Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis, Heft 51, 1999 „Mädchen“, S. 53-64.

Anja Wilser, Dipl.Päd.

MädchenGesundheitsLaden e.V. Stuttgart
Lerchenstraße 54
70176 Stuttgart
Tel. (07 11) 2 23 99 82
eMail: maedchengesundheitsladen@t-online.de
Internet: www.maedchengesundheitsladen.de

Praktische Umsetzung in der Prävention von Ess-Störungen

Susanne Schüll, Ingrid Mielck, Sabine Sinnhuber

ANAD e.V., Psychosoziale Beratungsstelle bei Ess-Störungen

Ausgangssituation

Nach neuesten Schätzungen sind etwa 25% der weiblichen Bevölkerung in der BRD essgestört. Diese Zahl splittet sich auf in ca. 13% Ess-Sucht mit daraus resultierender Adipositas, 7% Bulimie und 5% Anorexia nervosa. Eine europäische Studie (E. Dingeldey et al., Ess-Störungen bei Jugendlichen – Erhebungen zum Präventionsbedarf, Kassel 1998) mit Kindern und Jugendlichen an Schulen ergab, dass sich 41,8% aller untersuchten, normal- und untergewichtigen Mädchen im Alter zwischen 11-19 Jahren gegenüber 29,9% der Jungen als zu dick betrachteten. Knapp die Hälfte der Mädchen und 20% der Jungen hatten im Alter von 11-13 Jahren eine Diät absolviert (Diäten gelten als „Einstiegsdroge“ für Ess-Störungen). Ca. 22% gaben an, bereits zur Hochrisikogruppe zu zählen (Frankfurter Zentrum für Ess-Störungen/2000).

Daraus resultiert der dringende Bedarf, möglichst frühzeitig, d.h. bereits im Kindes- und vorpubertären Schulalter, mit primären Maßnahmen zu beginnen und sie in der weiteren Altersentwicklung auf sekundäre auszuweiten. Maßnahmen in der Sekundär-Prävention erscheinen uns dringend notwendig, wenn man die Statistik der ANAD e.V. Beratungsstelle in München betrachtet. Nur etwa 14,1% aller KlientInnen, die 2001 erstmalig eine Beratung aufsuchten, lagen mit ihrer Erkrankungsdauer unter einem Jahr. Der große Anteil mit 37,7% war bereits ein bis fünf Jahre erkrankt. Die Zahl der frühzeitig Hilfesuchenden zu erhöhen, um Chronifizierungen zu verhindern und die Erkrankungsdauer zu verkürzen, ist ein Teil unserer Zielsetzung hinsichtlich sekundärer Maßnahmen. Da über 30% unser gesamten Beratungen in die Altersgruppe bis 18 Jahre (Schulalter) fallen, halten wir die Präsenz an Schulen für überaus wichtig.

Maßnahmen

Schulprojekte

Seit 1998 begleitet die Beratungsstelle ANAD e.V. die Implementierung von Präventionsarbeitskreisen in Schulen rund um München. In MultiplikatorInnenschulungen für primäre und sekundäre Prävention wird der schulinterne Arbeitskreis auf seine Aufgabe vorbereitet. Eine LehrerInnenfortbildung und ein Elternabend finden begleitend statt. Der Arbeitskreis soll maßgebende Präventionsaufgaben an der Schule übernehmen und sich suchtübergreifend der Gesundheitsförderung an der Schule widmen. Die ANAD e.V. Beratungsstelle bietet hierbei fachliche und organisatorische Unterstützung über einen längeren Zeitraum an (eineinhalb bis maximal ein Jahr). Der Arbeitskreis setzt sich in der Regel aus SchülerInnen und Lehrkräften zusammen. Eine vernetzende Zusammenarbeit mit dem Elternbeirat, der Schülermitverwaltung (SMV) und der VertrauenslehrerIn/ SchulpsychologIn wird jeweils angestrebt.

MultiplikatorInnenschulung

Hier handelt es sich um Fortbildungen sowohl für LehrerInnen als auch für alle Berufsgruppen, die nahen Kontakt zur Risikogruppe Kinder und Jugendliche pflegen. In diesen werden neben Maßnahmen der Gesundheitsförderung unter anderem Möglichkeiten und Grenzen von Interventionen bei Erkrankten besprochen.

Elternabende

Hier können sich Elternpaare oder Alleinerziehende über Ursachen, Erscheinungsformen und Behandlungsmöglichkeiten von Ess-Störungen informieren. Darüber hinaus sind Schwerpunkte dieser Abende Themen wie Gesundheitsförderung im Elternhaus, Früherkennung und die Besprechung von Verhaltensmöglichkeiten von Eltern bei bereits erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne einer sekundären Prävention.

Infoveranstaltungen und Projekttage

Infoveranstaltungen und Projekttage finden sowohl in den Räumen der Beratungsstelle als auch in den Schulen statt. Wir verstehen dieses Angebot als Gelegenheit für die SchülerInnen, die Arbeit der Beratungsstelle kennenzulernen, vorhandene Vorurteile abzubauen und gegebenenfalls einen ersten Kontakt mit uns aufzubauen. Projekttage werden je nach zeitlichem Pensum zum einen themenspezifisch zum anderen erlebnisorientiert (Aktionen zu den „Lebenskompetenzen“) gestaltet.

Zielsetzung

Vorrangiges Ziel von Präventionsmaßnahmen ist es, sowohl **primär** als auch **sekundär** Maßnahmen in Schulen zu ergreifen:

- Primäre Prävention bedeutet im Sinne des Lebenskompetenzansatzes und der Schaffung von Schutzfaktoren, zu verhindern, dass Kinder und Jugendliche mit Essen, Nicht-Essen und Erbrechen Strategien wählen, um ihr Leben zu bewältigen. Hier geht es um **gezielte Gesundheitsförderung** an Schulen.
- Sekundäre Prävention bedeutet, bei Verdacht einer bereits bestehenden Ess-Störung **Angebote** zur Verfügung zu stellen, um möglichst bald „Wege aus der Ess-Störung“ zu finden.

Ansatzpunkte unserer Prävention (im Sinne der Präventionsstandards)

- Risiko – und Schutzfaktorenmodell / Förderung von Lebenskompetenzen
  Schutzfaktoren
  auf individueller Ebene (Selbstwertgefühl, positives Körperbild ...)
  auf der Ebene des sozialen Nahraums (Grenzen respektieren, Streitkultur ...)
  auf gesellschaftlicher Ebene (Schönheitsideale, Rollenvielfalt ...)
  auf der Ebene Essen (Ess-Kultur, Genussfähigkeit ...)
- **Langfristigkeit und Kontinuität**
- **Frühzeitigkeit**
- **Vernetzung und Einbeziehung des sozialen Umfelds**
- **Berücksichtigung der Ziel- und Altersgruppe**
- **MultiplikatorInnen-Prinzip**

Zielgruppe

Die Schule gilt neben der reinen Wissensvermittlung als Erfahrungsraum für Kinder und Jugendliche. Eng verwoben mit dem Schulsystem sind ebenso die Lehrkräfte und die Eltern. Im Sinne der Frühzeitigkeit kann mit präventiven Maßnahmen bereits in der Grundschule begonnen werden. In präventive Maßnahmen werden **SchülerInnen, LehrerInnen und Eltern** integriert, sofern eine Bereitschaft besteht.

Susanne Schüll, Dipl. Soz. Päd. (FH)

ANAD e.V.
Psychosoziale Beratungsstelle bei Ess-Störungen
Seitzstraße 8
80538 München
Tel. (0 89) 2 42 39 96-0

Aktionskreis Ess- und Magersucht Cinderella e.V.

Ingrid Mieck

Aktionskreis Ess- und Magersucht Cinderella e.V.:

- aus der Selbsthilfe hervorgegangen,
- Beratungsstelle mit jetzt folgenden Angeboten: Einzelberatung, Gruppenberatung, Ernährungsberatung;
  Gruppenangebot: schwerpunktmäßig angeleitete Selbsthilfegruppen, weiterhin z.B. Körpergruppen, Angehörigenarbeit als eigenständiger Bereich, Gesprächskreis.

Was nun die Prävention angeht, sind wir in folgenden Richtungen tätig:

1. Wir erhalten zahlreiche Anfragen von Medien wegen Interviews und Informationen. Für die Medien ist die Darstellung der Krankheitsbilder über die Jahre hinweg weniger interessant geworden. Sie beziehen sich immer häufiger auf „besondere Themen“ wie Männer und Ess-Störungen, Ess-Störungen bei Sportlern usw. Für uns ist es dabei besonders wichtig, die Anfragen zu filtern. Die Anfragen vor allem des Fernsehens stehen häufig im Zusammenhang mit einer „reißerischen“ Darstellung. Die Sender suchen Betroffene, die sich zeigen, um dadurch einer – ich nenne es mal „Schaulust“ – zu genügen; sehr dünne Menschen, Übergewichtige oder von Bulimie Betroffene, die über ihre Krankheit erzählen. Wir haben uns deswegen angewöhnt, wachsam zu sein, um seriöse Journalisten zu unterstützen und der „Sensationspresse“ bzw. der Sensation in den Medien mit Vorsicht zu begegnen, vor allem wenn es darum geht, Betroffene dorthin zu vermitteln und damit dieser Form der Darstellung auszusetzen.
   Die Darstellung von Ess-Störungen Betroffener in seriösen Beiträgen kann jedoch durchaus hilfreich sein, sie kann zum Beispiel dazu beitragen, Essgestörte, die unter ihrer Erkrankung leiden, zu ermutigen, sich entsprechende Hilfen zu suchen.

2. International ist bekannt, dass Prävention bei Ess-Störungen mit sehr viel Umsicht zu begegnen ist. Daran orientieren wir uns auch bei unserer Präventionsarbeit. Die Gefahr ist groß, dass durch die Darstellung von Ess-Störungen in Form der Krankheitsbilder Frauen und Männer auf die Möglich-

keit von Ess-Störungen überhaupt erst aufmerksam gemacht werden. So sind mir zum Beispiel in meiner Beratungspraxis schon einige junge Frauen begegnet, die in durchaus gutgemeinten Aufklärungsfilmen die Möglichkeit für sich entdeckt haben, sich nach dem Essen zu erbrechen, um essen zu können und trotz vielen Essens nicht zuzunehmen und darüber dann eine Bulimie entwickelten. International besteht vor allem auch aus dem Grund Konsens, Prävention sollte nicht so verlaufen, dass dabei auf die Krankheitsbilder aufmerksam gemacht wird, sondern vielmehr bei den Risikofaktoren anzusetzen.

3. Wir setzen diese Erkenntnis vor allem bei der Aufklärung Jugendlicher um, insbesondere an Schulen. Obwohl wir nicht aktiv dafür werben, sind die Vortragsanfragen von Schulen so zahlreich, dass wir dem kaum nachkommen können und aus Kapazitätsmangel auch immer wieder absagen müssen bzw. dann auch weiter verweisen. In der Durchführung orientieren wir uns zunehmend daran, im Vortrag, im Gespräch und bei Workshops den Risikofaktoren entgegenzuwirken. Häufige Risikofaktoren sind zum Beispiel ein geringes Selbstwertgefühl und ein mangelndes bzw. falsches Körperbewusstsein. Prävention sollte nicht ausschließlich, aber doch zu einem großen Teil hier ansetzen.

Aufgrund von Erfahrungen, die ich im Rahmen unserer Präventionsarbeit an Schulen gemacht habe, ist es notwendig, zielgruppenspezifisch vorzugehen. Das heißt, dass ich jetzt vor einem Vortrag oder Workshop in Erfahrung bringe, welche Vorerfahrungen und welchen Informationsbedarf die TeilnehmerInnen daran haben. Manchmal kann man das im Verlauf der Veranstaltung noch ausreichend feststellen, es ist aber darüber hinaus auch schon zuvor notwendig, sich ausreichend zu informieren. Mir wurde die Notwendigkeit davon einmal sehr deutlich, als ich mit sehr guter Resonanz eine Veranstaltung an einer Mädchenrealschule gehalten hatte, bei dem das Schwergewicht auf der Stärkung des Selbstwertgefühls lag. Die Veranstaltungsteilnehmerinnen waren zum Schluss so gestimmt: „Wir stehen zu uns, egal mit welchem Gewicht“. Ich fand es eine wirklich sehr gute und gelungene Veranstaltung. Zwei Wochen später ging ich mit gleichem Konzept an ein Gymnasium, gleiche Altersgruppe, und kam damit überhaupt nicht an. Die Erklärung dafür war, wie ich später von der Lehrerin erfuhr, dass viele der Vortragsteilnehmerinnen im Gymnasium bereits manifest oder grenzwertig von Ess-Störungen betroffen waren. Sie konnte ich an dem Punkt, den ich angesprochen habe, nicht mehr erreichen, ich hätte sie an einem ganz anderen Punkt ansprechen müssen. Seitdem ziehe ich zuvor immer genaue Erkundigungen ein.

Ein anderer, wichtiger Punkt, gerade bei Schulvorträgen, ist die Freiwilligkeit der Teilnahme. Dazu brachte mich eine gewissermaßen alptraumhafte Erfahrung in der 6. bis 8. Klasse Grundschule Neuperlach. Die Schüler wurden verpflichtet, in der 5. und 6. Stunde Unterricht über Ess-Störungen anzuhören. Es war fast nicht möglich, angesichts der lärmenden Schulkinder – die Jungen rauften sich ständig – überhaupt zur Sprache zu kommen. Eine Kollegin mühte sich gleichzeitig mit einem völlig anderen Konzept des Vortrags in der Parallelklasse ab – mit dem gleichen Ergebnis. Seitdem achte ich darauf, dass die Teilnahme an Informationsveranstaltungen, die ich abhalte, nach Möglichkeit freiwillig ist und zu einer Zeit stattfinden, zu der die Schüler sich noch konzentrieren können. Eine weitere Frage, die häufig gestellt wird, ist, ob nur Mädchen teilnehmen sollten. Wir überlassen die Entscheidung den Veranstaltern. Meine Meinung ist, dass Informationen über Ess-Störungen auch für Knaben notwendig sind, die ja – wie uns auch von Lehrern mitgeteilt wird – zunehmend auch Probleme mit Ess-Störungen haben. Besonders gute Erfahrungen haben wir damit gemacht, Aufklärungsveranstaltungen für Schüler in den Räumen unserer Beratungsstelle stattfinden zu lassen. Die Schüler verhalten sich bei uns disziplinierter, zeigen mehr Interesse und können gleichzeitig unsere Einrichtung kennenlernen.

Aus unserer Erfahrung mit Aufklärungsarbeit in Schulen hat sich die Vorstellung entwickelt, nicht mehr nur selber Vorträge oder Workshops abzuhalten, sondern vielmehr in erster Linie LehrerInnen weiterzubilden und dadurch zu qualifizieren, die Schüler selbst, vor allem im Rahmen des Unterrichts, über Ess-Störungen aufzuklären bzw. in Richtung auf die Reduzierung von Risikofaktoren tätig zu werden – damit also gewissermaßen Gegenmaßnahmen zu Ess-Störungen in der Schule zu implementieren.

Das gilt außer für Schulen auch für Kindergärten, Kinderhorte und stationäre Einrichtungen im Rahmen der Jugendhilfe, auch von dort kommen zahlreiche Anfragen.

Abschließend wollte ich Ihnen noch zu den Bemühungen des Bundesfachverbandes Ess-Störungen erzählen, der sich seit Jahren um das Zustandekommen einer bundesweiten Präventionskampagne bemüht. Ich bin im Vorstand des Bundesfachverbandes. Wir hatten im Zusammenhang einer möglichen Kampagne unter anderem vor zwei Jahren ein Gespräch mit Andrea Fischer, als sie noch Bundesgesundheitsministerin war. Von der Regierung wird allerdings zunächst eine Expertise erwartet über das Vorkommen und zu den Folgen von Ess-Störungen, die zuerst einmal finanziert werden müsste. Seitdem sind die Mittel immer knapper und die Chancen geringer geworden. Aus diesem Grund legen wir jetzt den Schwerpunkt unseres Bemühens auf die bundesweite Kampagne „Mut gegen Ess-Störungen“, an der ich beteiligt bin, aus München bzw. Bayern auch Herr Schnebel von ANAD pathways. Die Kampagne ist eine gemeinsame Aktion des Bundesfachverbandes Ess-Störungen und der Frankfurter Werbefirma Suddler & Hennessey. Die Kampagne macht derzeit einen zweiten Anlauf mit einem neuen Konzept. Das ursprüngliche Konzept, über Plakate, einen Filmspot und über unsere Homepage auf Hilfemöglichkeiten bei Ess-Störungen hinzuweisen, konnte so nicht weiter fortgesetzt werden, vor allem erregte die Darstellung einer nackten Frau auf dem Plakat vielerorts Anstoß. Im zweiten Anlauf ist die Kampagne mehr im Sinne einer Präventionskampagne geplant, die vor allem auf das Vorkommen von Ess-Störungen bei Kindern und Jugendlichen abzielt. Es wurden jetzt neue Plakate entworfen und Filmspots entwickelt, die Homepage wurde beibehalten. Sie finden sie unter www.aktion-mut.de, wenn Sie Interesse daran haben, die Homepage anzuschauen. Der weitere Verlauf der Kampagne hängt entscheidend davon ab, ob es uns gelingt, mit diesem neuen Ansatz Sponsoren zu finden.

Ingrid Mieck, Dipl. Psych.

Aktionskreis Ess- und Magersucht, Cinderella e.V.
Westendstraße 35
80339 München
Tel. (0 89) 5 02 12 12
eMail: cinderellaberatg@aol.com
Internet: www.cinderella-rat-bei-essstoerungen.de

Neue Wege in der Prävention und Beratung bei Ess-Störungen: Das Internet

Sabine Sinnhuber

Eine europäische Studie konnte zeigen, dass 42% aller normal- und untergewichtigen Mädchen und 30% der Jungen im Alter von 11-19 Jahren sich als zu dick empfinden. Davon gaben 50% der Mädchen und 20% der Jungen an, schon Diäten durchgeführt zu haben. Diäten sind häufig die Einstiegsdroge in eine Ess-Störung. In Deutschland leiden rund 600.000 Mädchen und Frauen zwischen 15-35 Jahren an Bulimie. Mehr als 100.000 Mädchen und Frauen gelten als

magersüchtig, Tendenz steigend. Zehn Prozent der Betroffenen sind inzwischen Männer (BZgA). Ess-Störungen sind heimliche Krankheiten. Viele Betroffene behalten ihr Geheimnis jahrelang für sich. Sie haben Hemmungen sich zu “outen” oder wissen nicht, an wen sie sich wenden sollen. Dabei ist die Chance, auf Dauer wieder zu einem sinnvollen Essverhalten zurückzufinden und eine chronische Erkrankung zu vermeiden umso größer, je früher sich die Betroffenen in therapeutische Behandlung begeben. Aus diesem Grund erscheint neben der Primärprävention die Sekundärprävention als überaus wichtig. Zielsetzung der Sekundärprävention bei Ess-Störungen ist die frühzeitige Erkennung einer Ess-Störung und die Schaffung niedrigschwelliger Angebote. Dabei spielen die Informationsweitergabe über die Erkrankung, die Weitervermittlung zu professionellen Hilfsangeboten und die Motivationsarbeit eine große Rolle. Die ANAD e.V. Beratungsstelle bei Ess-Störungen, als eine der größten überregionalen Beratungsstellen in Deutschland mit Sitz in München, geht seit 2002 neue Wege in der Prävention und Beratung bei Ess-Störungen via Internet (www.anad.de).

Das Internet als world wide web bietet mit seiner ständig steigenden Zahl an Nutzern eine neue innovative Plattform sowohl für die Prävention als auch für die Beratung. ANAD e.V. verfolgt verschiedene Ziele mit ihrer Internetpräsenz. Zum einen steht die Aufklärung und Informationsweitergabe zu den verschiedenen Ess-Störungen als primärpräventive Maßnahme im Vordergrund. Fachpersonen, Multiplikatoren, Betroffene und Angehörige werden so für das Krankheitsbild sensibilisiert und können ihre Kenntnisse erweitern. Ferner wird die Fachkompetenz seitens der Multiplikatoren und des Fachpersonals erhöht. Zum anderen ist das niederschwellige Angebot der Beratung über E-mail für Betroffene und Angehörige ein wichtiges Anliegen der Beratungsstelle.

Mit der Möglichkeit von Anonymität und einem schnellen, unkomplizierten Zugang kann das Internet als niederschwelliges Angebot, noch vor einem telefonischen oder persönlichen Kontakt dazu beitragen, Ess-Störungen früher zu erkennen, den Kontakt zu adäquaten Hilfsangeboten herzustellen und damit Krankheitsverläufe deutlich zu verkürzen.

Sabine Sinnhuber, Dipl. Oecotroph.

Anad e.V. – pathways
Psychosoziale Beratungsstelle bei Ess-Störungen, Seitzstraße 8
80538 München
Tel. (089) 24 23 99 6-0
eMail: Kontakt@ANAD-pathways.de
Internet: www.anad-pathways.de

Das Beratungsgespräch bei Ess-Störungen

Ingrid Mieck

In den 14 Jahren, in denen ich Menschen mit Ess-Störungen berate, hat sich die Faszination dieser Aufgabe für mich nie verändert. Jedes Beratungsgespräch ist ein kleines Abenteuer, ein Mensch, den man in kurzer Zeit häufig intensiv kennenlernt, und oft ist dieser Mensch an einem Wendepunkt. Und ich sehe meine Arbeit als etwas Wichtiges an, bin froh über das Ergebnis.

Ganz im Gegensatz zur eigenen Einschätzung meiner Arbeit, bekomme ich häufig verständnislose Fragen gestellt, wozu das eigentlich nötig sei, was ich da mache. Die Argumentation der Zweifler lautet dann etwa so: Ein Mensch, der eine Ess-Störung hat – ein Mädchen, eine Frau, ein Knabe, ein Mann – und sich an eine fachkompetente Stelle wendet, weiß, dass sie oder er ein Problem hat.

Es handelt sich dabei um ein psychisches Problem, ist also durch Therapie zu lösen. Dann ist es doch folgerichtig, wenn man diesem Menschen sagt, wo Therapie stattfindet, dann kann sie oder er dahin gehen und Therapie erfahren, um dadurch wieder gesund zu werden. Wozu dann noch Beratung?

In Übereinstimmung mit den Zweifeln an der Notwendigkeit von Beratung fand ich bei meiner Literaturrecherche so gut wie keine Literatur zu Beratung bei Ess-Störungen. Beratung bzw. counseling fand ich nur im Zusammenhang mit Ernährungsberatung. Einzig im Schlagwortregister des Bayerischen Bibliothekenverbundes fand ich unter den Stichworten „Beratung“ und „Ess-Störungen“ als Literaturangabe die Projektstudie von Christa Appel vom Frankfurter Zentrum für Esstörungen. Darin kommt „Beratung“ als Beschreibung der Fachkräfte als „Beraterinnen“ vor, es ist auch von „Beratungsstellen“ die Rede, inhaltlich aber Beratung, gegenüber Behandlung abgegrenzt, kommt ebenfalls nicht darin vor.

Wozu also Beratung bei Ess-Störungen, wenn sie der Logik nach verzichtbar ist und ihre Wirksamkeit bisher auch offenbar nicht ausreichend nachgewiesen wurde?

Ich möchte an dieser Stelle beschreiben, in welcher Situation und mit welchen Fragen Klientinnen und Klienten in unsere Beratungsstelle kommen. Viele von ihnen haben in letzter Zeit mit sich die Erfahrung gemacht, so, wie sie leben, nicht mehr weiterleben zu wollen. Sie verspüren, dringend Änderungen vornehmen zu müssen, vor allem hinsichtlich ihres Essverhaltens. Sie haben weiterhin die Erfahrung gemacht, dass eigene Versuche, die notwendigen Veränderungen in ihrem Leben vorzunehmen, gescheitert sind. Sie fühlen sich dabei häufig zunehmend machtlos, minderwertig, unglücklich. Viele der KlientInnen kommen mit großer Angst, Scham, Scheu zu uns. Eine hohe Hemmschwelle ist allgemein schon hinsichtlich dem Aufsuchen von Beratungsstellen gegeben. Ich zitiere Brunner: „Erschwerend kommt hinzu, dass der Gang zur Beratungsstelle Angst erzeugt und als ein Sich-Ausliefern an eine anonyme Instanz erlebt wird.“ Besonders Menschen mit Ess-Störungen haben eine sehr hohe Hemmschwelle, sich mit Ihrer Erkrankung – ich sag es mal mit diesem Wort – zu „outen“.

Sie leiden unter erheblichen Scham- und Schuldgefühlen, es fällt ihnen von daher in besonderem Maße schwer, zur Auflösung ihres Symptoms um Hilfe nachzusuchen. Hinzu kommt, dass essgestörte Menschen ihr Symptom zur Aufrechterhaltung ihrer äußeren und inneren Homöostase benötigen und oft große Angst allein schon bei dem Gedanken daran haben, es loszulassen. Die „Notwendigkeit“ einer Ess-Störung für die psychische Balance wird unter anderem durch Untersuchungen belegt, die zum Ergebnis haben, dass das Auftreten von Ess-Störungen in umgekehrt proportionalem Verhältnis zum Auftreten von Psychosen stand.

Aus der hohen Hemmschwelle, die Betroffene gegenüber dem Aufsuchen einer Beratungsstelle haben, ergibt sich als erste Zielsetzung im Beratungsgespräch: Die Angst zu reduzieren, zunächst einfach dazusein, ohne zu fordern, zuzuhören, zunächst ohne zu diagnostizieren.

Der Clearingprozess umfasst insgesamt Beratung, Diagnostik und case-management. Beratung steht also darin an erster Stelle. Aus diesem Grund ist ein wichtiges Qualitätsmerkmal von Beratungsstellen ihre Niederschwelligkeit. Beratungsstellen sollen da sein, damit vom Problem Betroffene

- überhaupt hingehen,
- es hier wagen, über ihr Problem zu sprechen,
- sich im Dialog mit einem anderen damit auseinandersetzen können, so lange, bis sie wirklich akzeptieren können, ihr Problem nicht von selber lösen zu können, andere zu brauchen und in Anspruch zu nehmen, um aus dem Teufelskreis herauszufinden,
- mögliche Wege zur Lösung in Betracht ziehen können,
- notwendige Informationen erhalten.

Vor allem auch wegen der hohen Hemmschwelle ist es für den Erstkontakt wichtig, ein Setting herzustellen, das den Zugang erleichtert. Dazu gehören die Durchführung des ersten – in der Regel telefonischen oder schriftlichen – Kontakts. Die Terminvereinbarung, der Empfang beim Eintritt in die Beratungsstelle, die Gestaltung der Räumlichkeiten, alles das kann dazu beitragen, die Angst vor dem „ersten Schritt“ zu reduzieren. So wird eine Frau oder ein Mann, die am Telefon beim Erstkontakt freundliche und ausführliche Auskunft erhalten, zuverlässig einen Termin vereinbaren können, später dann beim Eintritt in die Beratungsstelle freundlich empfangen werden und hier ansprechend gestaltete Räume vorfinden, mit anderen Voraussetzungen in das Beratungsgespräch gehen als bei bloßer „Abfertigung“ bzw. werden sie sich nach einem freundlichen Gespräch am Telefon schon eher trauen, einen Beratungstermin zu vereinbaren als andernfalls.

Neben der hohen Hemmschwelle ist bei Menschen, die eine Beratungsstelle für Ess-Störungen aufsuchen, gleichzeitig auch von hoher Motivation auszugehen. Mädchen, Frauen, Männer, Knaben kommen in der Regel weniger auf äußeren Druck hierher, sondern vielmehr in einem Moment eigener Entscheidung.

In der eingangs genannten Untersuchung von Christa Appel werden Menschen, die eine Beratungsstelle für Ess-Störungen aufsuchen, unter anderem nach ihrer Motivation dazu befragt. An der Spitze der genannten Gründe stehen der Wunsch nach Selbstachtung und Wohlbefinden, gesundheitliche Gründe sowie seelischer Leidensdruck. Konkrete Lebensereignisse sowie die Unterstützung von Dritten spielen demgegenüber eine bedeutend niedrigere Rolle. In Zahlen ausgedrückt gaben mehr als 50% der Befragten seelische Gründe als Ursache für das Aufsuchen der Beratungsstelle an, konkrete Lebensereignisse werden von nur 0,5 bis 5% der Befragten als Grund angegeben.

Personen, die eine Beratungsstelle aufsuchen, kommen also überwiegend dann, wenn sie für sich die Entscheidung getroffen haben, ihre – vor allem ihre innere – Situation verändern zu wollen. Auslöser dafür ist häufig ein bis ins Unerträgliche gestiegener Leidensdruck. Der hohen Motivation, die daraus resultiert, stehen die Angst vor der Veränderung und die unter anderem daraus resultierende hohe Hemmschwelle auf der anderen Seite gegenüber. Aus dem gleichzeitigen Vorhandensein von beidem – der Angst und der Motivation – ergibt sich ein Spannungsfeld, in dem eine hohe Chance liegt. Gelingt es, im Verlauf des Gespräches den erhöhten Aktivationsgrad in Handlungsbereitschaft umzusetzen, dabei die Angst zu reduzieren und vor allem die Motivation zur Veränderung wirksam werden zu lassen, können bereits in der ersten Beratungsstunde Weichen gestellt werden.

Entscheidend für den Erfolg eines Beratungsgespräches – und damit meine ich die Spannungslösung mit gleichzeitiger Aktivierung der Handlungsbereitschaft – ist die konstruktive Beziehung zwischen BeraterIn und Klient. Aus diesem Grund steht am Anfang des Gesprächs der Beziehungsaufbau.

Auf der Erlebnisebene realisiert sich die Spannung und ihre Lösung im Beratungsgespräch: zunächst häufig durch Äußerungen von Scham, Unglück, Verzweiflung und deren Auflösung durch die steigende Gewissheit, handeln zu können, dem Problem nicht ausgeliefert zu sein, sondern in nächster Zeit Schritte unternehmen zu können, durch die eine Änderung bewirkt werden kann.

Ein Beispiel hierfür wäre eine junge Frau, die vor dem ersten Beratungsgespräch bis jetzt nur mit ihrer besten Freundin darüber gesprochen hat, dass sie seit drei Jahren bulimisch ist. Die Symptome sind in letzter Zeit gravierender geworden, der Leidensdruck deshalb größer. Seit drei Monaten trägt sie sich mit dem Gedanken, bei uns um Hilfe nachzusuchen, nachdem sie unsere Adresse in einer Zeitschrift gelesen hatte. Nachdem sie sich zuvor auf unserer Homepage über uns informiert hat, rief sie zwei Wochen vor dem Gespräch dann schließlich bei uns an und vereinbarte einen Termin. Vor dem Gespräch ist sie voller Angst, was sie hier erwarte, kämpft mit der Entscheidung, von der Bulimie lassen zu wollen und hat zunächst einmal große Scham, mit einer fremden Person darüber zu sprechen, nachdem sie sich letzte Woche nach vierjähriger Geheimhaltung ihrer Freundin anvertraut hatte. Sie registriert zunächst, dass sie hier mit jemanden sprechen kann, dem ihr Problem alles andere als neu ist und dass sie es tun kann, ohne gleichzeitig schon eine Entscheidung treffen zu müssen. Indem sie darüber spricht und durch Nachfragen auch weiterhin dazu ermuntert wird, wird für sie immer klarer, dass sie so nicht mehr weitermachen will. Nachdem sie das, sichtlich bewegt, geäußert hat, wird sie gefragt, ob sie denn schon versucht habe, ihr Verhalten zu ändern. Ja, sie habe es versucht, aber sie verfalle immer wieder in den gleichen Kreislauf, mit jeder Enttäuschung, ihr bulimisches Verhalten ändern zu wollen und doch nicht zu ändern, würden die Selbstzweifel größer und alles werde noch schlimmer. Sie wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, vorsichtig, dass die logische Konsequenz sei, wenn man es nicht von selber schaffe, sich dann Hilfe zu holen. Sie erschrickt, Hilfe, ja, aber das ist ja dann Therapie und das sei was für Verrückte und verrückt sei sie nicht. Sie dachte, dass sie nie in ihrem Leben so weit kommen würde, so etwas wie Psychotherapie zu benötigen. Daraufhin erhält sie Aufklärung, dass Psychotherapie keineswegs nur für „Verrückte“ ist, sondern eine Möglichkeit der inneren Weiterentwicklung ist, ihr Ziel letzten Endes, eigene Entscheidungsspielräume wieder zu eröffnen. Während dieses Gesprächsvorgangs wird bei den Ratsuchenden oft erhebliche Erleichterung spürbar. Sie sind dann bereit, Informationen über mögliche Wege der ambulanten und stationären Therapie und der Selbsthilfe aufzunehmen, die Wege dorthin werden erörtert. Ratsuchende entschließen sich in vielen Fällen schon während des Gesprächs, welchen Weg sie gehen wollen, andere wollen noch darüber nachdenken und nehmen dazu die Informationen mit.

So wie eben beschrieben kann ein Beratungsgespräch aussehen, es kann aber auch ganz anders sein. Zum Beispiel kann eine Frau oder ein Mann in einer akuten Krise kommen und froh sein zu erfahren, wo und wie baldmöglichst ein stationärer Aufenthalt in die Wege geleitet werden kann.

Zusammengefasst ist Ziel der Beratungsgespräche, dass uns Aufsuchende nach Abschluss der Gespräche über ausreichende Informationen verfügen, energetisch darauf ausgerichtet und insgesamt dazu in der Lage sind, ihr selbstschädigendes Verhalten zu verändern und/oder notwendige, weitere Schritte dazu einzuleiten. Hierzu möchte ich eine junge Frau zitieren, die kürzlich bei mir zur Beratung war und am Schluss der Sitzung auf meine Frage hin, ob sie sich nun zutraue, weitere Schritte der Beratung und Selbsthilfe zu gehen, mir antwortete: „Ich habe soviel

Angst gehabt, hierher zu kommen, nun geht es mir aber besser als zuvor und ich weiß, ich werde die weiteren Schritte jetzt auch gehen."

Wichtige Auswirkung einer Beratung ist die Motivation zur Veränderung, ihre häufige Folge die Aufnahme einer Therapie. Ich als Beraterin fühle mich oft als Modell für die/den spätere/n TherapeutIn. Ohne dabei bereits eine Verpflichtung eingegangen zu sein, bekommen die Beratenen Mut, sich einen Therapieplatz zu suchen. Die Beratung ist dann gewissermaßen „ein erster Schritt zur Therapie" – die Therapeutin oder der Therapeut, denkt der/die Betroffene, ist wahrscheinlich auch nicht wesentlich anders als die Beraterin/der Berater und es lässt sich in der Beratungssituation aushalten, mehr noch: es ereignet sich hier etwas, das ich im Weiteren auch noch haben möchte, das ich fortsetzen möchte, ich habe Hoffnung bekommen, Mut und ich verspüre, dass ich die Anstrengung aushalten werde, dass es möglich sein kann, den Wunsch nach Veränderung umzusetzen. Und ich kann mich selber entscheiden und bin dazu in der Lage, meine Entscheidungen zu realisieren, in der aktuellen Situation heißt das: weitere Schritte zur Aufnahme einer Therapie gehen zu können.

Patienten, die so motiviert eine ambulante oder stationäre Therapie aufnehmen, denke ich, tun dies mit den besten Voraussetzungen.

Cinderella – Beratungsstelle für Ess-Störungen

Im Folgenden möchte ich Ihnen unser Beratungskonzept – das der Beratungsstelle für Ess-Störungen Cinderella in München – vorstellen.

Aufgesucht werden wir von Betroffenen, ihren Angehörigen und Freunden. Hinzu kommen Anfragen von MultiplikatorInnen und von Medien. Daneben machen wir ein Gruppenangebot. Der Schwerpunkt sind angeleitete Selbsthilfegruppen, daneben auch Körperarbeit und weiteres mehr.

Von Ess-Störungen Betroffene kommen in verschiedenen Phasen ihrer Krankheitsbewältigung zu uns. Nicht selten kommt es vor, dass Ratsuchende bei uns überhaupt zum ersten Mal über ihre Krankheit sprechen, andere hingegen waren bereits in Therapie und sind jetzt dabei, sich für ihren weiteren Weg neu zu orientieren; bei einer weiteren Gruppe ist bereits Besserung eingetreten, deren Anliegen ist, bei uns eine Unterstützung im Sinne der Nachsorge zu finden.

Die Beratung erfolgt nach dem klientenzentrierten/Gestaltansatz. Wir sind bestrebt, im Verlauf der Gespräche Lösungen herauszuarbeiten, die so weit wie möglich von den Ratsuchenden selber gefunden werden. So gesehen besteht Beratung für uns zu einem wesentlichen Teil in „Begleitung bei der Suche".

Wichtig dabei ist emphatisches Verstehen. Dieses – ich zitiere Gechwinder – „verlangt vom Berater, sich in die Lebenswelt des Klienten hineinzuversetzen und seine Bedeutungen wahrzunehmen und verbalisieren zu können. Dabei geht es ferner um die Wahrnehmung der Bedeutung, die außerhalb der bewussten Absicht des Klienten liegt." Zur klientenzentrierten Beratung gehört –so Gechwinder – „Nähe, die ... dem Klienten echtes Engagement vermittelt ... Es gehört jedoch ebenso eine gesunde Distanz dazu, die Objektivität und Anerkennung der Individualität des Klienten gewährleistet." Diese Haltung der Beraterin ermöglicht es der Klientin/dem Klienten, in geschütztem Rahmen der eigenen, inneren Wahrheit näherzukommen. So trägt die Anwendung klientenzentrierter Konzepte dazu bei, die Ratsuchenden nicht zu überfordern, sie vielmehr ihren unter der Oberfläche bereits vorhandenen, verdrängten Empfindungen näherzubringen, die die Notwendigkeit von Veränderungen nahelegen. Gremmler und Fuhr nennen das „Lernen heißt herausfinden, was Du bereits weißt".

In einem anderen Teil der Beratung grenzen wir uns gegenüber der nondirektiven Haltung ab. Wir sagen auch „deutlich unsere Meinung“. In diesen Teil gehören unter anderem Informationen über Ess-Störungen und weitere Anlaufstellen sowie Hinweise auf mögliche Folgen von Verhaltensweisen.

Wir achten darauf, die psychische Struktur und die bei Menschen mit Ess-Störungen häufig vorhandenen Defizite bereits bei der Gestaltung der Beratungen zu berücksichtigen, das heißt insbesondere:

- das Selbstbewusstsein zu stärken,
- mögliche depressive Neigungen bei der Motivation zu berücksichtigen,
- die Eigenständigkeit in Entscheidungen und antizipierten Verhaltensweisen zu fördern.

Nun zum zeitlichen Ablauf der Gespräche: Ihre Dauer beträgt in der Regel 60 Minuten, je nach Bedarf aber auch kürzer oder länger. Häufig kommt es vor, dass uns aufsuchende Personen nur ein Gespräch wünschen und sich dann gegebenenfalls gleich auf die Suche nach einem Therapieplatz machen, oder sich für eine Gruppe bei uns entscheiden, wo sie längerfristig auch bleiben können. Es können aber auch weitere Termine bei uns vereinbart werden, die Entscheidung dazu steht jeder/m Beratenen offen. Immer wird am Schluss des Gesprächs der Hinweis gegeben, dass wir für weiteren Rat jederzeit zur Verfügung stehen. Das sehen wir als besonders wichtig an. Michael Märtens schreibt dazu: Durch das Anbieten weiterer Sitzungen wird es für den Klienten leichter, dass er ohne Zwang prüfen kann, ob die eingetretenen Veränderungen für ihn ausreichend sind. Diese Überprüfung durch den Klienten wird erschwert, wenn er den Eindruck bekommt, die Beraterin will in einen längeren Prozess einsteigen. So kann er seiner eigenen Wahrnehmung nicht unbeeinflusst folgen, da er den Druck spürt, sich der Erwartung zu unterwerfen oder sich gegen diese aufzulehnen. Genauso schädlich ist es, wenn der Klient den Eindruck bekommt, eine Beraterin will ihn unter allen Umständen nach einer Sitzung wieder loswerden. Es ist nach unserer Erfahrung für Klienten ein Sicherheitsfaktor und dadurch beruhigend zu wissen, sie könnten die Beratungsstelle weiterhin in Anspruch nehmen – auch wenn sie es dann de facto nicht tun sollten. Häufig kommt es auch vor, dass Klienten es zunächst bei einem Beratungstermin belassen und uns dann Monate oder Jahre später wieder aufsuchen, wenn sie mit sich nicht weiterkommen oder sich in einer Krise befinden.

Neben den Beratungsgesprächen in der Beratungsstelle bieten wir telefonische und schriftliche Beratung an. Dementsprechend, dass wir im Durchschnitt pro Woche 900-1000 Besucher auf unserer Homepage haben, hat auch die Anzahl der eMail-Beratungen in letzter Zeit erheblich zugenommen. Für die Beratungen außerhalb Münchens führen wir ein bundesweites Adressregister, durch das wir an Beratungs- und Therapiestellen vor Ort verweisen können. Telefonische und eMail-Beratungen folgen denselben Prinzipien wie die persönliche Beratung – vor allem dann, wenn die Ratsuchenden neben Sachauskünften auch persönlichen Rat suchen. Gerade die eMail-Beratung bietet ja einen Ansatz mit ganz neuen Möglichkeiten und Fragen. Sie geht von Informationsübermittlung hin zu längeren, manchmal täglichen Kontakten. Eine Frage, die mich in diesem Zusammenhang aktuell beschäftigt, ist, wo und wie im jeweiligen Fall eine Grenze zu ziehen ist, das heißt, wann die Betreffenden auf diesem Weg – über eMail – nicht mehr ausreichend angesprochen werden können. An der Beantwortung dieser und anderer Fragen zur eMail-Beratung arbeiten wir.

Ich habe mich im Vorangegangenen überwiegend auf die Beratung der von Ess-Störungen Betroffenen bezogen. Neben diesen beraten wir auch ihre Angehörigen und Freunde. Das zahlenmäßige Verhältnis der Anfragen Betroffener zu dem Angehöriger ist etwa 1:3, das heißt, auf drei Anfragen Betroffener kommt etwa ei-

ne Anfrage Angehöriger. Die Angehörigenberatung wird bei Cinderella als eigenständiger Bereich von einer Familien- und von einer Gruppentherapeutin geleitet. Sie wirft selbstredend noch mal andere Fragen als die Beratung Betroffener auf und erfordert auch andere Vorgehensweisen. Dasselbe gilt für die Anfragen von Freunden Betroffener und von MultiplikatorInnen. Für Eltern/PartnerInnen haben wir einen Gesprächskreis, für die MultiplikatorInnen eine offene Gruppenberatung.

Als wichtige Ergänzung zum übrigen Angebot möchte ich noch die Ernährungsberatung durch eine Ökotrophologin nennen, die bei uns hochfrequentiert ist und generell in den Beratungsstellen für Ess-Störungen zunehmend an Bedeutung gewonnen hat. Unser neuestes Angebot ist eine Einführung in ayurvedische Ernährung.

Finden Beratungsgespräche in der Folge in größerer Anzahl statt – was in der Praxis vieler Beratungsstellen der Fall ist – können die Grenzen zur Therapie fließend werden. Zur Abgrenzung zwischen Beratung und Therapie möchte ich jetzt abschließend kommen. Die Möglichkeit, dass hier also die Grenzen fließend werden können, ergibt sich schon aus der Theorie. Fast alle der insgesamt zahlreich vorhandenen Theorien zur Beratung – es gibt wenig Theoretisches zur Beratung bei Ess-Störungen, demgegenüber aber sehr viele allgemeine Beratungstheorien – sind aus den verschiedenen Psychotherapiemethoden abgeleitet, als einziger entwickelte Professor Georg Dietrich (erstmalig herausgegeben 1983) eine eigene Beratungstheorie. Vor allem bei verhaltenstheoretischen und gestalttherapeutischen Ansätzen sind die Grenzen zwischen Beratung und Therapie fließend, in der Psychoanalyse findet eine deutlichere, aber auch nicht wirklich eindeutige Abgrenzung statt. Eine Aufstellung von Unterschieden bzw. Gemeinsamkeiten wurde von Dorothea Rahm vorgenommen. Als wichtigstes Unterscheidungskriterium sieht sie das Ausmaß der „Tiefung“, weiterhin die Dauer: Therapie ist länger; die Zielgruppe: Beraten werden eher die „Gesunden“; die Intensität: Beratung gilt gegenüber der Therapie als weniger intensiv; und die fachliche Qualifikation, die bei BeraterInnen in der Regel geringer angesetzt wird als bei TherapeutInnen. Dies sind alles graduelle Unterschiede, auch hier wurden keine Kriterien gefunden, die wirkliche qualitative Unterschiede zwischen Therapie und Beratung liefern.

Wenn es also schon in der Theorie keine klaren Kriterien für eine Unterscheidung zwischen Therapie und Beratung gibt, ist es auch von daher folgerichtig, dass in der Praxis mehrmalige Beratungssitzungen bei entsprechender Qualifikation der Beraterin/des Beraters demzufolge auch Therapie sein können. Ob man das dann im einzelnen Fall Therapie oder Beratung nennt, wird letzten Endes auch davon abhängen, wer zahlt und als was gezahlt wird.

Dass eine größere Zahl von Beratungsgesprächen an die Stelle von Therapie tritt, kann dann zur Notwendigkeit werden, wenn in der Region kein ausreichendes Therapieangebot vorhanden ist. Hinzu kommt, dass manche Beratenen Hemmungen davor haben, eine Therapie zu beginnen, mit der sie eine Abstempelung als „krank“ verbinden würden, sie aber viel weniger ein Problem damit haben, sich auf eine längerfristige Beratung einzulassen.

Um Sie zusammenfassend zum Schluß noch einmal auf das Phänomen „Beratung“ hinzulenken, hier ein Zitat von Georg Dietrich, der in seiner allgemeinen Beratungstheorie Beratung folgendermaßen definiert: „Beratung ist in ihrem Kern jene Form einer interventionalen und präventiv-helfenden Beziehung, in der ein Berater mittels sprachlicher Kommunikation und auf der Grundlage anregender und stützender Methoden innerhalb eines vergleichsweise kurzen Zeitraums versucht, bei einem desorientierten, problem- und konfliktbelasteten Klienten einen auf kognitiv-emotionaler Einsicht fundierten aktiven Lernprozess in Gang zu bringen, in

dessen Verlauf seine Selbsthilfebereitschaft, seine Selbststeuerungsfähigkeit und seine Handlungskompetenz verbessert werden können“.

Nun bin ich am Ende und wünsche mir, dass durch das Gesagte ein wenig deutlich geworden ist, warum ich Beratung aufgrund meiner Erfahrungen als notwendig, wichtig, unverzichtbar ansehe. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Literatur

Brunner Ewald Johannes, Wolfgang Schönig: Theorie und Praxis von Beratung, Freiburg 1990, Lambertus-Verlag.

Dietrich, Georg: Allgemeine Beratungspsychologie, Göttingen 1983.

Fuhr R.S., Gremmler-Fuhr M: Gestalt-Ansatz, Grundkonzepte und Modelle aus neuer Perspektive, Köln 1995, Edition Humanistische Psychologie.

Gechwinder, Sabine: Klientzentrierte Beratung ohne System? Systemische Beratung ohne Klient? Berlin 1999, Verlag für Wissenschaft und Forschung.

Märtens, Michael: Einmalberatung. Chancen, therapeutische Grundlagen und Grenzen, Mainz 1999, Mathias-Grünewald-Verlag.

Rechtien, Wolfgang: Beratung, München 1998, Profil-Verlag.

Rahm, Dorothea: Gestaltberatung. Grundlagen und Praxis integrativer Gestaltarbeit. Paderborn 1986, Junfermann-Verlag.

Rahmenrichtlinien des BFE, Hamburg 1999.

Ingrid Mieck, Dipl. Psych.

Aktionskreis Ess- und Magersucht, Cinderella e.V.
Westendstraße 35
80339 München
Tel. (0 89) 5 02 12 12
eMail: cinderellaberatg@aol.com
Internet: www.cinderella-rat-bei-essstoerungen.de

Körper, Macht, Geschlecht

Gitta Mühlen Achs

In diesem Vortrag soll der Hintergrund beleuchtet werden, auf dem sich klassische weibliche Suchtphänomene entfalten können. Ausgehend von Bildern aus der Werbung, auf denen Frauen und Männer idealisiert dargestellt werden, soll aufgezeigt werden, in welcher Weise traditionelle Konzepte von Weiblichkeit und Männlichkeit (Gender) in die Körper und ihre Ausdrucksweisen (Körpersprache) eingeschrieben werden und welche Konsequenzen für die Entwicklung weiblicher und männlicher Identitäten und für das Geschlechterverhältnis sich daraus ergeben. Dabei soll insbesondere der in solchen Zusammenhängen in der Regel vernachlässigte Machtfaktor hervorgehoben werden. Es soll deutlich gemacht werden, dass vor allem durch die Zuschreibung und Verkörperung unterschiedlicher Formen von Macht und Kontrolle (über sich selbst und/oder andere Personen) bzw. die Ritualisierung von Dominanz und Unterwerfung einerseits und ihre Verknüpfung mit dem Konzept heterosexueller Attraktivität andererseits traditionelle Geschlechterverhältnisse bestätigt und aufrechterhalten werden, die als Nährboden für die Entwicklung weiblicher Suchtphänomene wie Magersucht und Bulimie betrachtet werden können.

Unter Ess-Störungen leiden nach wie vor hauptsächlich Frauen (über 90% der Betroffenen sind weiblich). Dabei geht der Mehrzahl der Ess-Störungen (z.B. 80% der Bulimie-Erkrankungen) ein Diätverhalten mit dem Ziel der Gewichtsreduktion voraus. Da die Ätiologie von Ess-Störungen nach wie vor nicht geklärt ist, kann man nach jetzigem Stand der Wissenschaft von einer multifaktoriellen Pathogenese ausgehen, bei der neben biologischen und genetischen Faktoren auch soziokulturelle und psychosoziale Faktoren eine Rolle spielen. Solche Faktoren werden in der einschlägigen Literatur zwar durchaus erwähnt. Meist bleibt es aber bei knappen Hinweisen auf das gängige Schönheits- und Schlankheitsideal und die gesellschaftliche Rolle der Frau.

Aus sozialwissenschaftlicher Sicht stellt die weibliche Rolle hingegen einen wesentlichen Faktor bei der Entstehung von Ess-Störungen dar. Insbesondere die sozialkonstruktivistische Geschlechterforschung betrachtet Ess-Störungen als eine symbolische Abwehr der mit der Frauenrolle zusammenhängenden Einschränkungen und als eine Reaktion auf die inferiore gesellschaftliche Stellung der Frau. Helga Bilden (1993) sieht z.B. die Bulimie als eine Reaktion der Frauen auf ihre Wirklichkeit – ein letztlich scheiternder, selbstschädigender Versuch der Bewältigung typischer Belastungen und Konflikte im weiblichen Lebenszusammenhang. Diese Perspektive unterscheidet sich von anderen dadurch, dass sie nicht nur das Geschlecht an sich in den Blick nimmt, sondern auch das Verhältnis zwischen den Geschlechtern, das sich letztlich daraus ergibt, und dass sie damit Faktoren wie Macht, Dominanz und Unterwerfung als zentrale Faktoren einbezieht.

Mit als bedeutendste Risikofaktoren für die Entwicklung von Ess-Störungen gelten ein geringes Selbstwertgefühl und eine Unzufriedenheit mit dem eigenen Körperbild. Aus der Sozialisationsforschung wissen wir, dass Mädchen immer noch weniger als Buben zu Autonomie und Selbstständigkeit erzogen werden, dass der Entwicklung ihres Selbstwertgefühls weniger Aufmerksamkeit gewidmet wird als der Ausbildung typisch weiblicher Rollenanforderungen wie Einfühlsamkeit, Hilfsbereitschaft, Anpassungsfähigkeit.

Wir wissen auch, dass ab der Pubertät das Selbstwertgefühl der Mädchen unter das Niveau der Buben sinkt, und dass es deutlicher an Schönheit und gutes Aussehen geknüpft ist (Paxton u.a., 1991), wobei Schlankheit eine zentrale Stellung inne hat.

Frauen stehen in den westlichen Industrieländern unter einem erheblich höheren Schlankheitsdruck als Männer (bei Männern tragen nur bestimmte Gruppen ein höheres Risiko, bei denen der eigene Körper eine große Bedeutung hat bei gleichzeitig ausgeprägter Leistungsmotivation, z.B. Tänzer, Sportler). Das gesellschaftlich vorgegebene Idealbild der Schlankheit ist realitätsfern, es verschärft sich zudem durch Veränderung seiner Werte in Richtung geringeres Körpergewicht bei steigender Körpergröße, und gibt damit eigentlich jedem Mädchen/jeder Frau das Gefühl, nicht „richtig" zu sein. Es kann kaum verwundern, dass unter diesen Umständen fast alle Mädchen unzufrieden mit ihrem Aussehen sind und sich Sorgen um ihr Gewicht machen (Habermas, 1990).

Der Körper gewinnt für Mädchen eine übergroße Bedeutung. Sie versuchen, Anerkennung, Glück und Erfolg über die Bearbeitung ihres Körpers zu erlangen – Ziel dieser Bemühungen ist die Anpassung an die jeweils geltenden Normen von Weiblichkeit bzw. die damit verbundene Steigerung ihrer heterosexuellen Attraktivität.

Die Vermittlung entsprechender Idealbilder erfolgt weniger über sprachliche als vielmehr über visuelle Medien, wobei körpersprachlichen Codes eine enorme Bedeutung zuwächst. Die Behauptung, unsere Gesellschaft sei eine visuelle, trifft im Besonderen auf die Vermittlung und Tradierung normativer Vorstellungen von Weiblichkeit und Männlichkeit zu, die durch den Körper und durch Körpersprache vorgegeben werden und damit die ihnen zugrunde liegenden traditionellen Konzepte besonders wirkungsvoll und glaubwürdig bestätigen. Visuelle Medien haben die Fähigkeit, Geschlechternormen und -rituale unterschwellig zu vermitteln, sie somit zu tradieren ohne sie explizit zu thematisieren. Jeder Film, jede Werbung, jedes Plakat, das Männer und Frauen abbildet, transportiert neben seinem oberflächlichen Inhalt immer auch Botschaften über Weiblichkeit und Männlichkeit, die weitgehend außerhalb der kritischen Instanz des Bewusstseins wirksam werden. Erst eine bewusste Wahrnehmung dieser Botschaften eröffnet uns ihren ideologischen Gehalt und macht ihn kritischer Reflexion und Bearbeitung zugänglich.

Welche Botschaften über Männlichkeit und Weiblichkeit vermitteln uns visuelle Medien heute? Welches Ideal heterosexueller Beziehungen wird uns vorgestellt, und wie sieht das Geschlechterverhältnis aus, das sich daraus ableiten läßt? Wie gelingt es, die Zustimmung und Bereitschaft der Individuen zu erreichen, sich diesen Normen freiwillig zu unterwerfen?

Im Folgenden möchte ich anhand von medialen Beispielen demonstrieren, welche Weiblichkeits- und Männlichkeitskonzepte gegenwärtig körpersprachlich vermittelt werden. Der überwiegende Teil der Bilder von Frauen und Männern vermittelt jene Vorstellungen, die von der Forschung über geschlechtsgebundene Stereotypen, Vorurteile, stillschweigende Annahmen seit langem nahezu unverändert immer wieder festgestellt werden.

Mit Männlichkeit werden folgende Vorstellungen verknüpft: Kraft, Aktivität, Unabhängigkeit, Rationalität, Aggressivität, Wettbewerbsorientierung, seelische Robustheit, Durchsetzungsvermögen ...

Mit Weiblichkeit werden hingegen Vorstellungen wie Schwäche, Passivität, Abhängigkeit (Beziehungsorientiertheit), Emotionalität, Empathie, Nachgiebigkeit, Unterwürfigkeit, Empfindsamkeit, Eitelkeit verbunden.

Der polarisierende und hierarchisierende Charakter der vorherrschenden Geschlechtskonzepte wurde bereits 1970 in der berühmten Studie von Broverman

u.a. zum Doppelstandard seelischer Gesundheit offengelegt: die AutorInnen zeigten auf, dass die Vorstellungen von gesunden Erwachsenen keineswegs geschlechtsneutral sind, sondern deutlich geschlechtsgebunden voneinander abweichen. Genauer gesagt: die Vorstellungen von der gesunden Frau weichen vom Standard „gesund“ deutlich ab, während sich die Vorstellungen vom gesunden Mann und vom gesunden Menschen decken. „Männlichkeit“ wird so mit „seelischer Gesundheit“ gleichgesetzt. Männlichkeit wird zum Standard menschlicher Normalität und Weiblichkeit muß demzufolge als Ausdruck relativer Inferiorität – gemessen am Bezugspunkt „Männlichkeit“ gelesen werden.

Dieses bipolare System der Zweigeschlechtlichkeit strukturiert unsere Gesellschaft in allen Bereichen und Facetten und begründet einerseits ein deutliches Machtgefälle zwischen (männlicher) Macht und Unabhängigkeit und (weiblicher) Ohnmacht und damit ein Verhältnis der Abhängigkeit zwischen den Geschlechtern. Ohne in diesem Zusammenhang weiter darauf eingehen zu können, möchte ich zumindest darauf hinweisen, dass die so genannte weibliche Ohnmacht natürlich nicht als durchgängiges Muster auftritt, dass jedoch jene Bereiche, in denen Frauen Macht attestiert und zugestanden wird – ich möchte aber eher sogar sagen ihnen „vorgeschrieben“ wird – nur indirekte und relative Formen von Machtausübung über Männer ermöglichen: die Macht der Erotik, der Sexualität. Eine solche Macht entsteht tatsächlich erst dann, wenn Frauen zunächst die männlichen Phantasien und Erwartungen durch ihre Erscheinung und ihr Verhalten erfüllen bzw. befriedigen und steht damit in direktem Widerspruch zur klassischen Definition von Macht nach Max Weber, wonach Macht darin besteht, anderen den eigenen Willen auch gegen deren Widerstreben aufzuzwingen.

Wenn wir den Part der Frauen innerhalb der hierarchischen Geschlechterstruktur betrachten, drängt sich zwangsläufig die Frage auf: wie gelingt es, ihre Zustimmung und freiwillige Beteiligung zu erreichen?

In Hinblick auf Männer lässt sich die Frage vorläufig recht schnell beantworten: Das körperliche Männlichkeitsideal ist identisch mit dem Ideal des erwachsenen Subjekts und repräsentiert damit eine Zielvorstellung, die von allen Kindern und Jugendlichen geteilt wird. Groß, stark und unabhängig zu werden sind zentrale Elemente dieser Vorstellung.

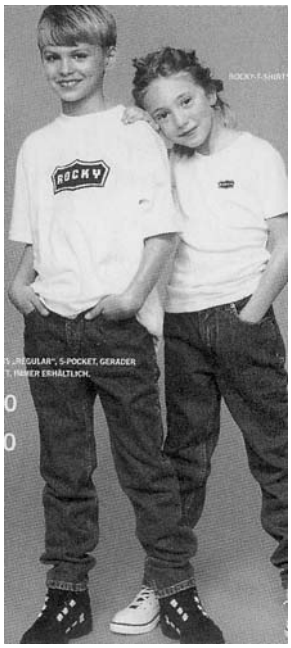
Die Idealvorstellung von Weiblichkeit schreibt Nachrangigkeit und Unterlegenheit – ihre negative Abweichung von der menschlichen Norm und ihre Abhängigkeit von Bewertungen durch andere direkt in die Körper ein.

Neben weitgehenden psychoanalytischen Erklärungsmustern kann die Bereitschaft von Mädchen und Frauen, sich diesem Ideal unterzuordnen damit erklärt werden, dass es in das Konzept der heterosexuellen Attraktivität integriert ist. Für Buben und junge Männer ist die Entfaltung ihrer heterosexuellen Attraktivität praktisch eine selbstverständliche Folge ihres Erwachsenwerdens – jedenfalls kollidiert sie nicht damit. Mädchen stellt der Übertritt in die heterosexuelle Beziehungswelt vor eine Entscheidung, die zur Zerreißprobe werden kann. Entweder das bis dahin für Mädchen wie für Jungen gleichermaßen geltende Ideal, das sich am Erwachsenwerden, an der Entwicklung von Unabhängigkeit, Autonomie und Leistung orientiert, beizubehalten oder andere, spezifisch weibliche Normen von Attraktivität zu übernehmen, die von gegensätzlichen Werten wie Abhängigkeit, Emotionalität und vor allem von extremen körperlichen Idealvorstellungen geprägt sind – insbesondere der Vorstellung von Schlankheit und Schönheit.

Auch das Erreichen dieses Ziels stellt natürlich eine enorme Leistung dar. Diese wird zwar gefordert, aber zum einen nicht als solche generell anerkannt; zum anderen kommt es nie zur Erfüllung, denn es kann nie „wirklich“ und auf zufriedenstellende Weise erreicht werden – je älter frau wird, desto weniger gelingt es.

Die medialen Vorgaben und Botschaften diesbezüglich sind eindeutig:

Abb.1: Männer sind aktiv und Frauen passiv



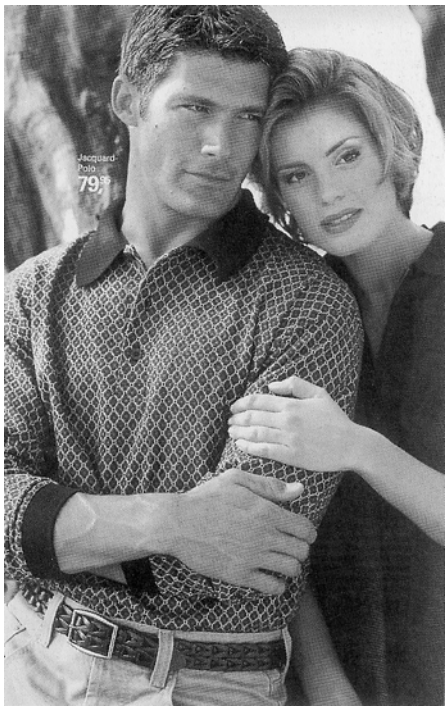


Abb.2: Männer geben Halt, Frauen suchen Halt

Abb.3: Frauen „vergöttern“ Männer

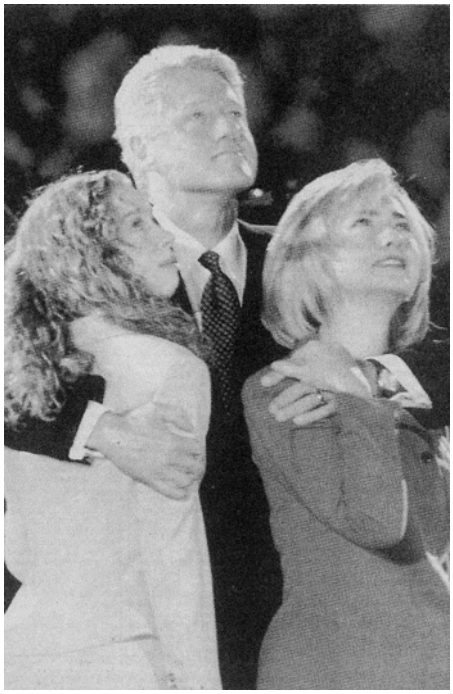


Abb. 4: Männer dominieren Frauen

Abb. 5: Männer sind haushoch überlegen ...

Abb. 6: ... und Frauen verpflichtet zur Schönheit

Abb. 7: ... und schon als Kinder Männern zu Diensten.

Abb. 1-4: Mühlen Achs G. (1998): Geschlecht bewusst gemacht. Körpersprachliche Inszenierungen – ein Bilder- und Arbeitsbuch. München: Verlag Frauenoffensive, S.101-105.
Abb. 5-7: Mühlen Achs G., Schorb B. (1995): Geschlecht und Medien. Verlag KoPäd München, S.27-36.

Frauen und Mädchen, die sich mit diesen normativen Vorgaben identifizieren und danach trachten, sie zu verkörpern, setzen sich damit ein Ziel, das, gemessen an den generellen in unserer Gesellschaft geltenden Normen, bereits selbst selbstzerstörerischen Charakter hat. In Zentrum dieser Vorgaben steht die Abhängigkeit von der Bewertung und Bewunderung durch andere, durch „die“ anderen, die diesen Normen selber nicht unterworfen sind.

Literatur

Bilden H. (1993): Feministische Perspektiven in der Sozialpsychologie am Beispiel der Bulimie. In: Keupp H. (Hrsg.): Zugänge zum Subjekt. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Habermas T. (1990): Heißhunger, Historische Bedingungen der Bulimia Nervosa. Frankfurt a.M.: Fischer.

Mühlen Achs G. (1998): Geschlecht bewusst gemacht. Körpersprachliche Inszenierungen – ein Bilder- und Arbeitsbuch. München: Verlag Frauenoffensive.

Mühlen Achs G., Schorb B. (1995): Geschlecht und Medien. München: Verlag KoPäd.

Paxton S.J., Wertheim E.H., Gibbons K., Szukler G.I., Hillier L.U. Petrovich J.L. (1991): Body image satisfaction, dieting beliefs, and weight loss behaviors in adolescent girls and boys. Journal of Youth and Adolescence, 20, 361-379.

Dr. phil. Gitta Mühlen Achs

Ludwig-Maximilians-Universität
Department Psychologie/Sozialpsychologie
Leopoldstraße 13
80802 München
Tel. (0 89) 21 80 62 66

eMail: muehlen@psy.uni-muenchen.de

Sekundärprävention: Neue Perspektiven für die Beratung riskant (drogen)konsumierender Jugendlicher

Kordula Marzinzik

Sehr geehrte Damen und Herren,

in meinem Vortrag möchte ich Ihnen neue Perspektiven für die Beratung riskant drogenkonsumierender[5] Jugendlicher vorstellen. Dies geschieht auf dem Hintergrund der wissenschaftlichen Begleitung des Projektes MOVE. Was verbirgt sich hinter dieser Bezeichnung? MOVE steht für „MOtivierende KurzinterVEntion“ und ist eine Form der Beratung für riskant drogenkonsumierende Jugendliche. MOVE wurde entwickelt in einem intensiven Austausch einer Projektgruppe in NRW, die sich auf Initiative der Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbeugung GINKO e.V. (Mülheim an der Ruhr) zusammengefunden hat und der sowohl Fachkräfte für Prävention, MitarbeiterInnen aus Jugendschutz und Jugendhilfe, ein Suchttherapeut und Experte für motivierende Gesprächsführung sowie zwei Wissenschaftlerinnen der Universität Bielefeld angehören.

1. Der Bedarf

Bis heute gibt es im Bereich der Suchtvorbeugung nur wenig erprobte Konzepte, die gezielte Unterstützungsangebote für riskant drogenkonsumierende Jugendliche bereitstellen. Der Fokus präventiver Anstrengungen ist meist auf frühzeitige Kompetenzstärkung gerichtet, man möchte Kinder und Jugendliche stark machen, d.h. zu stark für den Konsum von Drogen und Suchtmitteln.

Die epidemiologischen Fakten belegen jedoch die Notwendigkeit von Versorgungsangeboten, die sich gezielt an drogenerfahrene Jugendliche richten: Bei den 14-24jährigen haben rund 95% Erfahrungen mit Alkohol und 35% Erfahrungen mit illegalen Drogen gemacht. Phasenweise sind 10 bis 15 % aller Jugendlichen als riskant konsumierend zu bezeichnen. Hier ist Sekundärprävention notwendig, denn diese

- versucht bei frühen Anzeichen einer Krankheit deren weitere Manifestation zu verhindern.
- richtet sich damit an Jugendliche, die psychoaktive Substanzen bereits konsumieren, aber noch nicht abhängig sind.
- will den Umschlagpunkt vom experimentellen zum missbräuchlichen Konsum verhindern.

Obwohl zumindest auf theoretischer Ebene Einigkeit besteht, dass Sekundärprävention erforderlich ist, steckt die faktische Umsetzung noch in den Kinderschuhen. Trotz erster vielversprechender Ansätze, z.B. in der Partyszene, besteht weiterhin ein hoher Bedarf an der Entwicklung neuer Konzepte der Sekundärprävention. Der Bericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (BMG 2001) konstatiert, dass der Zusammenarbeit zwischen Suchtkrankenhilfe und Jugendhilfe eine besonders wichtige Rolle bei dieser Aufgabe zukommt und auch die Landesregierung NRW strebt zur Umsetzung ihrer im Landesprogramm gegen Sucht formulierten Richtlinien ebenfalls die Problematisierung des Umgangs mit Drogenkonsumenten im Bereich der Jugendarbeit an.

[5] „Drogen“ meint hier und im laufenden Text sowohl legale als auch illegale Substanzen, mit denen man das zentrale Nervensystem manipulieren kann und die ein Suchtpotenzial haben.

... aus Sicht der Jugendlichen

Jugendliche formulieren von sich aus zunächst einmal wenig oder gar keinen Bedarf an präventiven Programmen. Im Vordergrund ihres Konsums psychoaktiver Substanzen stehen vor allem das Bedürfnis nach Experiment, Grenzüberschreitung und Spaß; das Bewusstsein gesundheitlicher Risiken spielt dagegen nur eine sehr nachrangige Rolle.

Eine Szenebefragung der Universität Bielefeld zur Situation suchtgefährdeter Jugendlicher zeigte, dass riskant konsumierende Jugendliche grundsätzlich davon ausgehen, dass erst bei einer manifesten Drogenabhängigkeit die Inanspruchnahme professioneller Hilfesysteme notwendig ist (Farke 1999). Bevorzugte AnsprechpartnerInnen für Informationen und Fragen bezüglich Drogenkonsums sind vor allem Freunde und ältere Jugendliche mit ausgewiesener Konsumerfahrung. Zu den entscheidenden Gründen, professionelle Beratung nicht in Anspruch zu nehmen, zählt die Angst, dass Informationen nicht vertraulich behandelt werden sowie ein in der Regel großes Bedürfnis nach Distanz und Abgrenzung gegenüber Erwachsenen.

Notwendig sind darum Gesprächsangebote, die innerhalb der Lebenswelt Jugendlicher verfügbar sind, die einen geschützten Rahmen für vertrauliche Gespräche gewährleisten sowie den Jugendlichen ein hohes Maß an Autonomie zusichern.

... aus Sicht der Kontaktpersonen

Bedarf besteht außerdem auf Seiten vieler Berufsgruppen, die mit Jugendlichen arbeiten und zunehmend mit riskantem Drogenkonsum konfrontiert sind, seien es SozialpädagogInnen aus der außerschulischen Jugendarbeit, der Schulsozialarbeit, der Erziehungshilfe oder auch Ehrenamtliche aus Sportvereinen etc. Auf Seiten dieser so genannten „Kontaktpersonen“ von Jugendlichen herrscht Unsicherheit im Umgang mit jugendlichen KonsumentInnen und es besteht Bedarf an pragmatischen Beratungskonzepten, die sich in den beruflichen Alltag integrieren lassen.

Wie kann ein Interventionskonzept für riskant konsumierende Jugendliche aussehen, das den Anforderungen von Niedrigschwelligkeit, partizipativer Ausrichtung und Bezug zur jugendlichen Lebenswelt genügt?

Als ein Modell möchte ich Ihnen im Folgenden das Konzept der motivierenden Kurzintervention vorstellen. Es baut auf Erfahrungen und Konzepten der Gesundheitsförderung und Suchttherapie auf, die ich Ihnen unter den Stichworten Kurzintervention, Stadien der Verhaltensänderung und motivierende Gesprächsführung kurz erläutern werde.

2. Das Konzept der motivierenden Kurzintervention

2.1 Kurzintervention

Unter Kurzintervention (engl. „brief intervention“) werden Gespräche im Rahmen von 10 bis maximal 60 Minuten verstanden, die einmalig oder in einer Folge von bis zu drei Mal stattfinden können. Kurzintervention ist dabei weniger strukturiert als Beratung im professionellen Setting, d.h. sie reagiert spontan auf unterschiedliche Beratungssituationen, enthält aber in der Regel folgende Elemente:

- eine Rückmeldung über ein gesundheitsrelevantes Verhalten, z.B. in Form eines individuell erstellten Feedbacks über den gesundheitlichen Zustand eines Patienten,

- Klärung der Motivation zur Veränderung, Besprechen von Sorgen, Änderungswünschen,
- Formulieren konkreter Schritte der Verhaltensänderung.

Seit einigen Jahren liegen Erfahrungen mit Konzepten zur Kurzintervention vor, in erster Linie aus dem medizinischen Sektor. Studien haben gezeigt, dass Kurzinterventionen nicht nur mehr Wirksamkeit zeigen als gar keine Intervention, sondern dass ihre Wirksamkeit durchaus vergleichbar ist mit der von ausführlichen Behandlungen. Kurzinterventionen können außerdem die Motivation steigern, eine langfristige Beratung oder Therapie, falls notwendig, in Anspruch zu nehmen (Bien, Miller & Tonigan 1993). Entscheidend für unser Thema ist dabei, dass durch Kurzinterventionen Jugendliche erreicht werden, die sonst keine Beratung aufsuchen würden und für deren Bedarf kurze Denkanstöße passender und darum auch wirkungsvoller sind als lange Beratungsgespräche. Kurzinterventionen können von Angehörigen verschiedener Berufsgruppen angewandt werden, so dass ein niedrigschwelliges und breit gestreutes Angebot möglich ist.

2.2 Stadien der Verhaltensänderung oder: Veränderung ist ein Prozess

Motivierende Kurzintervention betrachtet sowohl das Konsumverhalten als auch dessen Veränderung als einen dynamischen Prozess. Es ist eine allgemeine Erfahrung, dass Veränderungen eines bestimmten Verhaltens in der Regel mehr als einen Tag Zeit brauchen und auch die Motivation zur Veränderung Schwankungen unterworfen ist. Auch wenn wir z.B. Silvester viele gute Vorsätze haben, führen wir die in der Regel nicht sofort am 1. Januar durch. Motivierende Kurzintervention will diesen Prozess der Veränderung genauer beobachten und in der Beratung darauf eingehen.

Das Stadienmodell der Veränderung, wie es von Prochaska, DiClemente und Velicer (vgl. Keller 1999) entwickelt wurde, bietet eine Hilfestellung, um die Motivation zur Veränderung genauer zu analysieren. Die Autoren unterscheiden folgende fünf Stadien: Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung und Aufrechterhaltung.

Während im Stadium der Absichtslosigkeit der Betroffene noch kein oder kaum Problembewusstsein entwickelt hat, entwickelt sich dieses zunehmend im Stadium der Absichtsbildung, das aber noch stark vom Hin- und Herschwanken zwischen Pro und Contra Verhaltensänderung geprägt ist. Im Stadium der Vorbereitung werden schon konkrete Schritte geplant, die im Stadium der Handlung ausprobiert und schließlich im Stadium der Aufrechterhaltung über einen längeren Zeitraum durchgehalten werden. Veränderung wird in diesem Modell als ein fließender Prozess gesehen, der jedoch jederzeit von einem Rückfall auf ein früheres Stadium unterbrochen werden kann. Weitere den Prozess der Verhaltensänderung bestimmende Einflussgrößen sind die Selbstwirksamkeitserwartung, mit der die Zuversicht ausgedrückt wird, ein gewünschtes Verhalten auch erfolgreich in die Tat umzusetzen, sowie die Anfälligkeit für situative Versuchungen.

Das Stadienmodell kann als Hilfestellung zur Strukturierung von Beratungsprozessen genutzt werden. Die beratende Person sollte zunächst sensibel sein für das Stadium der Motivation, in dem er oder die Jugendliche sich gerade befindet und ihre Beratungsstrategie darauf abstimmen. Wenn ein Jugendlicher sich z.B. gerade im Stadium der Absichtslosigkeit befindet, d.h. sich nur sehr wenig Gedanken über die Nachteile seines Konsums gemacht hat, wäre es nicht sinnvoll, ihm konkrete Ratschläge zu präsentieren, wie er seinen Konsum am schnellsten reduzieren kann. Diese Beratungsstrategie würde vermutlich auf Widerstand stoßen. Notwendig und ausreichend wären statt dessen z.B. kurze Denkanstöße, die vorsichtige Weitergabe von Informationen über Vor- und Nachteile von Konsum, das Signalisieren von Gesprächsbereitschaft, aber mehr eben auch nicht. Hier

wird deutlich, dass das Stadienmodell auch dazu beitragen kann, die Ziele und Ansprüche an eine Beratungssituation zu reflektieren und gegebenenfalls zu reduzieren. Weniger ist oft mehr und das Stadienmodell plädiert dafür, auch kleine Schritte der Veränderung schon als Erfolg zu bewerten.

2.3 Motivierende Gesprächsführung: Die Haltung ist entscheidend

Bei der Anwendung des Stadienmodells in Kurzinterventionen stellt die Verknüpfung mit den Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung (= motivational interviewing), wie sie von Miller und Rollnick entwickelt wurden, eine sinnvolle Verbindung dar, da sie entsprechende Beratungsstrategien für die von Prochaska et al beschriebenen Stadien der Verhaltensänderung thematisieren. Der Ansatz baut auf Elementen der klientenzentrierten Gesprächsführung und verschiedenen Theorien der Einstellungs- und Verhaltensänderung auf (vgl. Demmel 2001).

Motivierende Gesprächsführung beinhaltet dabei weniger eine Methode als eine Gesprächshaltung. Konfrontation erzeugt nach Meinung der Autoren Widerstand beim Gegenüber und kann den Beratungsprozess blockieren. Motivierende Gesprächsführung will darum nicht konfrontieren, sondern begleiten, der Jugendliche selbst ist der Experte für die eigene Veränderung, die Beratung kann ihn darin unterstützen und das Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit fördern. Ein empathischer Gesprächsstil, der sich in Hintergründe und Motive des Verhaltens der Jugendlichen einfühlt, ist Voraussetzung. Gleichzeitig soll der Berater aber nicht nur verständnisvoll zuhören, sondern klare Rückmeldungen geben, die Aufmerksamkeit auf Diskrepanzen zwischen gewünschten Zielen und aktuellem Verhalten lenken, Pro und Contra bearbeiten und Ambivalenzen zulassen. Eine Kurzintervention kann dabei Ziele klären und in konkrete, realistische Schritte umformulieren, alternative Veränderungswege aufzeigen und konkrete Ratschläge geben, je nachdem, was gerade der Situation, bzw. dem Stadium der Verhaltensänderung angemessen ist.

Eine vertrauens- und respektvolle Beziehung zwischen Berater/in und Jugendlichem kann so entstehen: die beratende Person gibt zwar Denkanstöße, signalisiert ihre Bereitschaft zur Unterstützung und hilft, konkrete Ziele zu formulieren, aber versucht nicht, die Jugendlichen in eine bestimmte Richtung zu drängen.

2.4 Internationale Erfahrungen mit motivierender Kurzintervention

Erste internationale Erfahrungen zeigen eine hohe Akzeptanz der Interventionsform sowie schadensmindernde Effekte. Positive Erfahrungen liegen bereits aus der medizinischen Versorgung vor, verschiedene Studien belegen die Wirksamkeit von Kurzinterventionen in ärztlicher Praxis und Allgemeinkrankenhaus. Dabei zeigte sich, dass dies Interventionskonzept zu erhöhter Aufmerksamkeit und Offenheit auf Patientenseite führt und die Wirksamkeit durchaus vergleichbar mit langfristigen Beratungen ist (Baer, Marlatt et al. 1992). In der Beratung mit Jugendlichen wurde bisher – auch international – nur sehr wenig Erfahrung gesammelt. Die wenigen Studien, die motivierende Kurzinterventionen mit Jugendlichen ebenfalls in medizinischen Settings durchführten, bestätigen die positiven Ergebnisse. Nach einmaliger motivierender Kurzintervention im Krankenhaus nahmen Jugendliche weitere Beratungstermine in Anspruch (Colby et al. 1998). Auch konnte in einem Follow-up ein schadensmindernder Effekt in Form der Abnahme sozialer und gesundheitlicher Beeinträchtigungen sowie weiterer negativer Konsumkonsequenzen belegt werden.

3. Die Umsetzung

Das Projekt MOVE hat eine Fortbildung entwickelt, die in drei Tagen Kontaktpersonen in der Anwendung von motivierender Kurzberatung Jugendlicher schulen

soll. Das Curriculum enthält neben der Vermittlung der theoretischen Grundlagen vor allem viele Übungen und Rollenspiele, die die Umsetzung der motivierenden Gesprächsführung im Gespräch mit Jugendlichen zum Thema haben, konkret bedeutet dies: Einstieg ins Gespräch, Thematisierung von Ambivalenzen, Umgang mit Widerstand, gemeinsames Erarbeiten eines Veränderungsplans. Die Einheiten der Fortbildung werden ergänzt mit Einheiten, die Hintergrundinformationen sowohl zu einzelnen Substanzen und aktuellen Trends im Konsumverhalten als auch zu rechtlichen Fragen bieten.

Die Fortbildung wurde im Frühjahr 2002 in fünf Städten Nordrhein-Westfalens in einem Pilotversuch Kontaktpersonen aus außerschulischer Jugendarbeit, Erziehungshilfe, Jugendgerichthilfe etc. angeboten und evaluiert. Leitende Fragestellungen der Evaluation waren:

Entspricht die Fortbildung dem Bedarf der Kontaktpersonen und wird sie in Form und Inhalt von ihnen akzeptiert?

Lässt sich das Beratungsmodell „motivierende Kurzberatung“, das bisher in erster Linie in festen Settings wie z.B. ein Gespräch zwischen Arzt und Patient/Beraterin und Klientin durchgeführt wurde, übertragen auf offene Gesprächssituationen in Jugendarbeit und Erziehungshilfe, die oft keinen festen Rahmen haben, sondern eher als Gespräche „zwischen Tür und Angel“ stattfinden?

Die ersten Evaluationsergebnisse des Projektes sind sehr positiv. Die teilnehmenden Kontaktpersonen zeigten großes Interesse und lobten die ausgewogene Mischung aus Theorie und Praxisanteilen, die die Fortbildung repräsentiert. Die Auswertung von Gesprächen, die die Kontaktpersonen im Anschluss an die Fortbildung mit Jugendlichen führte, zeigte, dass sich diese Beratungsform in den Berufsalltag von Kontaktpersonen umsetzen lässt und auf vielfältige Weise die Kommunikation zwischen Jugendlichen und Kontaktpersonen über Konsum fördert. Überraschendes Ergebnis war, dass 60% der Gespräche von Jugendlichen initiiert waren. Anlass waren in erster Linie allgemeine Probleme mit Eltern, Schule, Freundin etc., in deren Rahmen es dann zur Thematisierung von Konsummustern kam. Die Gesprächsanlässe wurden von Kontaktpersonen genutzt, um mit den Jugendlichen

- Konsummuster zu klären,
- Sorgen bezüglich der Nachteile von riskantem Konsum zu besprechen,
- Nach der Formulierung eigener Grenzen zu suchen,
- Gegebenenfalls die Jugendlichen in eine weiterführende Beratung zu vermitteln.

Die Evaluation der ersten Umsetzungsphase hat gezeigt, dass motivierende Kurzberatung ein Konzept darstellt, dass sich im Berufsalltag von Kontaktpersonen anwenden lässt und den Jugendlichen eine Form der konsumentenorientierten, lebensweltnahen Beratung bietet.

4. Neue Perspektiven?

Welche Perspektiven bietet das Konzept der motivierenden Kurzintervention für die Sekundärprävention insgesamt?

- Das Stadienmodell trägt dazu bei, Ansprüche und Ziele von Prävention exakter und konsumentengerechter zu formulieren. Klassische Interventionsprogramme nehmen nur die Stadien der Vorbereitung und der Aktion wahr und messen ihren Erfolg an dem sichtbaren Ergebnis, dass das Stadium der Aktion hervorbringt. Personen im Stadium der Absichtslosigkeit werden in vielen Theorien der Gesundheitsförderung als resistent, unmotiviert und nicht bereit für Interventionen dargestellt. Fraglich ist aber, ob das Problem auf Seiten der

Personen liegt oder ob nicht statt dessen die Frage gestellt werden muss: Sind die Programme den Bedürfnissen der Betroffenen angepasst? Das Stadienmodell weist aber darauf hin, dass Veränderung in fünf Stufen geschieht, von denen die ersten drei nicht als äußerlich sichtbare Erfolge auftreten, sondern „nur“ als eine Veränderung in der Motivation des Betroffenen. Wer immer nur eine radikale Verhaltensänderung als Erfolg ansieht, wird schnell demoralisiert und enttäuscht. Das Stadienmodell betont dagegen, dass schon ein Schritt von einer Stufe zur nächsten als Erfolg angesehen werden kann und kann so entscheidend dazu beitragen, dass Kontaktpersonen mehr Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten von Gesundheitsförderung erhalten, da sie ihre Ansprüche und Bewertungen der Intervention besser der individuellen Situation ihres Gegenübers, in diesem Fall der Jugendlichen, anpassen können.

- MOVE repräsentiert nicht den Versuch, Kontaktpersonen in drei Tagen zu „Minitherapeuten“ zu schulen. MOVE will vielmehr Kontaktpersonen darin fördern, ihren Berufsalltag mit riskant konsumierenden Jugendlichen zu reflektieren, ihre bereits vorhandene Kompetenz zu stärken, ihre eigenen Möglichkeiten der Prävention zu entdecken und sie für mögliche Gesprächssituationen mit Jugendlichen zu sensibilisieren.
- MOVE ist kein Ersatz für eine weitergehende Therapie, wenn diese angebracht ist, kann aber gegebenenfalls dahin vermitteln und so zu einer verbesserten Kooperation zwischen Jugendhilfe und Drogenhilfe beitragen.
- Kontaktpersonen können Jugendlichen Hilfestellung bei einer kritischen Auseinandersetzung mit ihrem eigenem Konsum anbieten. Der Jugendliche selbst wird als Experte für sein eigenes Verhalten angesehen, die Kontaktperson gibt ihm dabei kritischen Beistand, klare Rückmeldungen, lässt Ambivalenzen zu und leistet Unterstützung bei der Suche nach Grenzen und konkreten Schritten der Veränderung. So bietet MOVE ein konsumentenorientiertes, niedrigschwelliges Angebot der Hilfeleistung für riskant konsumierende Jugendliche, das geeignet ist, die bisherige Versorgungslücke zu schließen.

Empfohlene Literatur zur Weiterarbeit

Farke W, Graß H, Hurrelmann K. Drogen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Thieme 2003.

Keller S. Motivation zur Verhaltensänderung – das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg im Breisgau: Labertus; 1999.

Marzinzik K, Gass H-J, Schmidt B. Motivierende Kurzinterventionen bei drogenkonsumierenden Jugendlichen. In: Prävention 4, 24, S.114-115. 2001.

Miller WR, Rollnick S, Kremer G, Schroer B. Motivierende Gesprächsführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus; 1999.

Weitere im Vortrag verwendete Literatur

Baer JS, Marlatt GA, Kivlahan DR, Fromme K, Larimer ME, Williams E. An experimental test of three methods of alcohol risk reduction with young adults. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60 (1992): S.974-979.

Bien H, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. In: Addiction, 88 (1993): S.315-336.

BZgA: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Köln 2001

Colby SM, Monti PM, Barnett NP, Rohsenow DJ. Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking – a preliminary study. In: Journal of consulting and clinical psychology, 66 (1998): S.574-578.

Demmel R. Motivational Interviewing: Ein Literaturüberblick. In: Sucht, 47 (2001): 171-188.

Farke W. Die Situation suchtgefährdeter Jugendlicher – Ergebnisse einer Szenebefragung. In: Freytag und Hurrelmann: Illegale Alltagsdrogen, S. 157-167, Weinheim und München, Juventa 1999.

Kordula Marzinzik, MPH

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Postfach 10 01 31
33501 Bielefeld
Tel. (05 21) 1 06 30 90

Qualitätsstandards in der Präventionsarbeit

Michael Lubinski

Thesen und Ausführungen zu den Standards der Suchtprävention

Ein Rückblick in die Geschichte der Suchtprävention zeigt Folgendes: Die Entwicklung suchtpräventiver Ansätze und Methoden seitens der Suchthilfe und der Polizei zeigt, dass Leitlinien und Standards sich gewissermaßen flankierend zur Praxis „irgendwie“ in den letzten 30 Jahren entwickelt haben **(Abb. 1-3 zu den Phasen der Präventionsentwicklung Anfang der 70er Jahre bis heute)**, jedoch erst unter stärker werdendem Koordinierungsbedarf in Metropolen zur konkreten Ausformulierung von Leitlinien und Standards – wie jetzt in München vorgelegt – geführt haben.

Die Struktur von Suchtpräventionsverbünden **(Folie „Struktur Präventionsverbund München“)** wie auch die Größenordnung der an der Prävention beteiligten Personen und Institutionen **(Folie „Zahlen zur kräfteökonomischen Betrachtung des Ansatzes heutiger Suchtprävention“)** am Beispiel der Metropole München zeigen die dringende Notwendigkeit der Entwicklung von Standards auf der Makroebene.

Aber auch auf der Ebene der suchtpräventiven Alltagspraxis **(Folie „Thesen zur Zukunft der Prävention anlässlich der Arbeitssitzung im Pädagogischen Institut München am 19.11.1998“ Punkt 7 und Folie „Kooperationsvereinbarung zwischen Präventionsprojekt INSIDE@school, Condrobs e.V.“)** zeigt sich die Notwendigkeit, über Leitlinien und Standards Handlungssicherheit in der Suchtprävention herzustellen, besonders dann, wenn es gilt, durch Kooperationsvereinbarungen Suchtprävention dauerhaft in Institutionen zu etablieren. Ohne Standards und Leitlinien kann es auf der Praxisebene zu kontraproduktivem Handeln aufgrund unterschiedlicher und teilweise nicht miteinander kompatibler Ansätze kommen (z.B. Abschreckung vs. Risikobegleitung etc.).

Allein die Tatsache, dass die Münchner Leitlinien und Standards von den Institutionen Polizei, Jugendring, Schule, Jugendschutz und Suchthilfe gemeinsam vorgelegt wurden, zeigt, dass ein Fortschritt in Richtung gemeinsame Sichtweisen erzielt werden kann **(siehe die Standards selbst!)**.

Wer Standards formuliert, muss sich allerdings auch Gedanken darüber machen, wie zukünftig die Umsetzung von Leitlinien und Standards im Hinblick auf Qualität begleitet und kontrolliert werden kann. Hierzu will die **Folie „Kontrolle suchtpräventiver Standards“** einen ersten Strategieansatz darstellen, den es in den kommenden Jahren zu diskutieren und zielführend umzusetzen gilt.

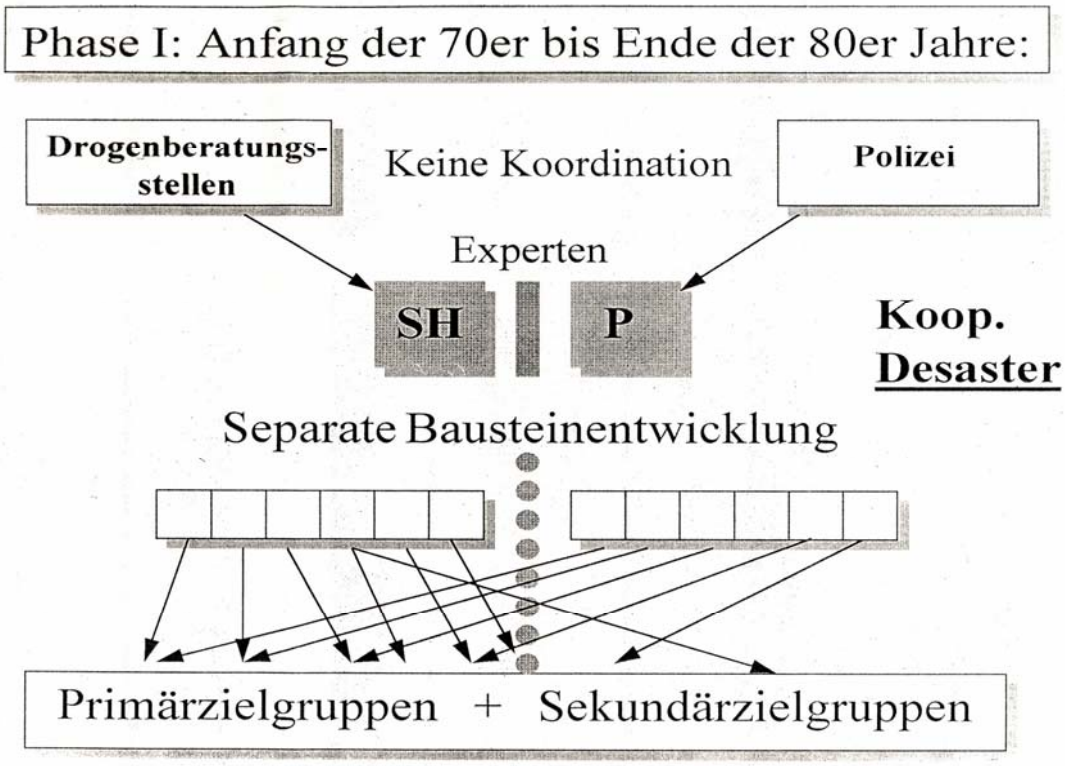


Abb. 1: Präventionsentwicklung, Phase I

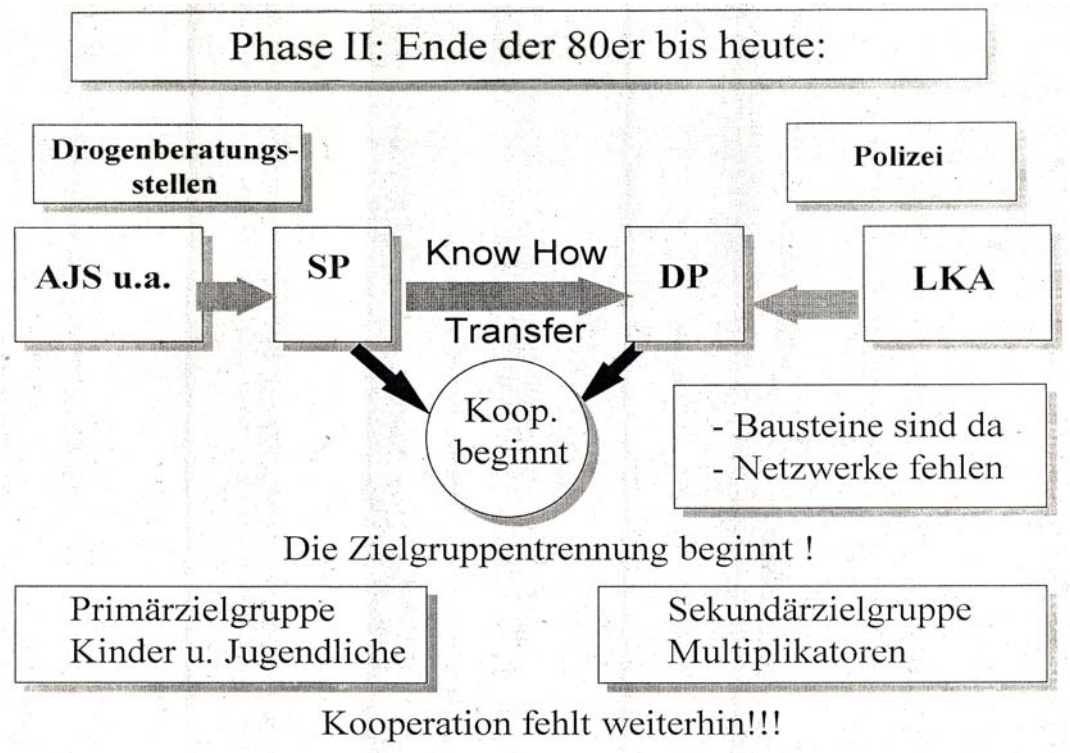


Abb.2: Präventionsentwicklung, Phase II

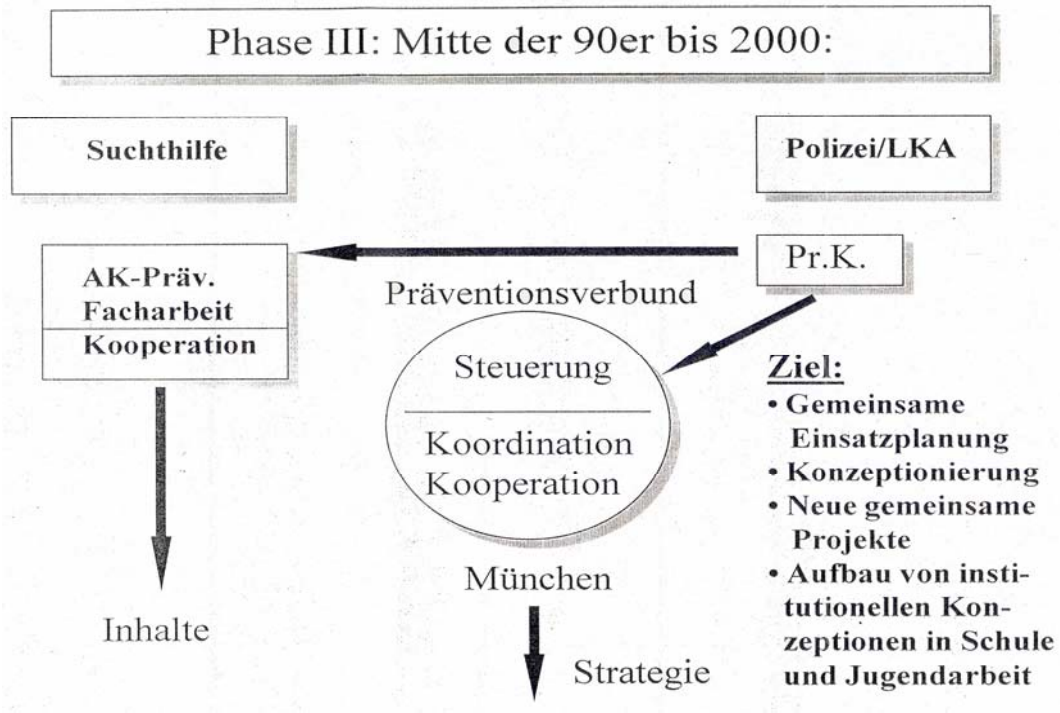


Abb.3: Präventionsentwicklung, Phase III

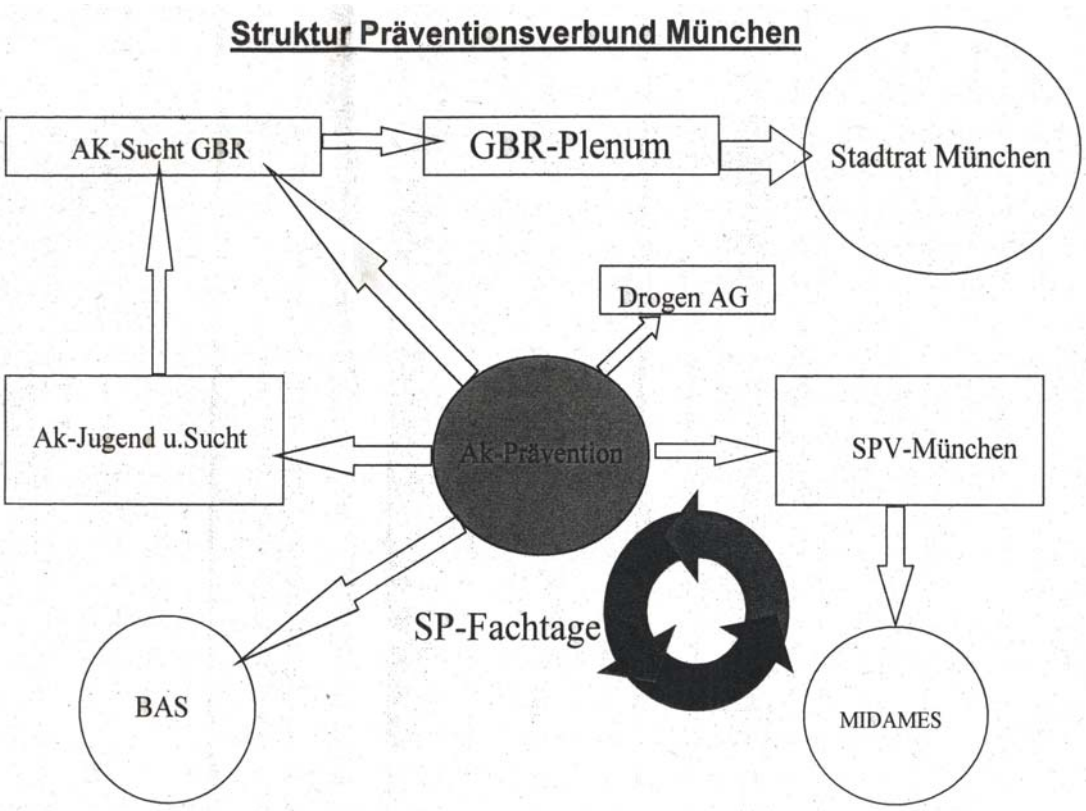


Abb. 4: Struktur Präventionsverbund München

Zahlen zur kräfteökonomischen Betrachtung des Ansatzes heutiger Suchtprävention

Die Landeshauptstadt München hat circa:

1.300.000	Einwohner
300.000	Kinder und Jugendliche unter 25
8.000	Lehrer/innen
1.000	Sozialpädagogen/innen
10	**Präventionsfachleute der Suchthilfe**
4	**Präventionsfachleute der Polizei**

Darüber hinaus:

46	Jugendbeamte der Polizei
37	Suchtberatungslehrer (an städtischen Schulen), weitere an den weiterführenden staatlichen Schulen
40	Schulsozialarbeiter/innen
1500	**Einrichtungen der Schul- und Sozialpädagogik**

Thesen zur Zukunft der Prävention
anlässlich der Arbeitssitzung im Pädagogischen Institut München am 19.11.1998

1. Bausteine zur Prävention sind da – Multiplikatoren-Netzwerke fehlen.
2. Schule ermöglicht das einzige flächendeckende Multiplikatoren-Netzwerk der Suchtprävention in Bezug auf die Primärzielgruppe.
3. Schule ist darüber hinaus der einzige systematische Zugang zu flächendeckender Lehrer- und Elternarbeit (Sekundärzielgruppe).
4. Schule ist damit die größte bisher zu wenig genutzte Chance zur Suchtprävention.
5. Jugendarbeit und Jugendhilfe haben zusätzlich flankierenden oder kompensierenden Charakter.
6. Schule braucht im Rahmen von Profilentwicklung kompetente Moderatoren/innen für die Sicherstellung eines schulinternen und schulöffnenden Präventionskonzeptes mit „Vereinbarungscharakter“ (keine Alibipersonen).
7. Ein schulinternes Präventionskonzept, das über die Mitwirkungsorgane verbindliche Vereinbarungen sicherstellen muss, sollte folgende Schwerpunkte beinhalten:
   Lehrerfortbildung mit Schwerpunkt der Förderung von kommunikativer Kompetenz („Dein Curriculum bist du selbst!“) und Entwicklung persönlicher und kollektiver Self-Care-Konzepte („Eine frustrierte Lehrkraft ist ein suchtfördernder Faktor!“),
   Elternarbeit durch Information und Förderung von Erziehungskompetenz im Rahmen von Elterntrainings (Hinsehen-Lernen, Zuhören-Lernen),
   Jugend für Jugend: Gewinnung und Schulung jugendlicher Multiplikatoren/innen,
   Curriculumentwicklung (stufengemäße, fächerübergreifende und projektorientierte Sachinformation und Lebenskonzeptentwicklung),
   Krisenmanagement und Lebenshilfe durch permanente und/oder punktuelle

„Streetwork“ an der Schule durch interne und externe Fachkräfte, Schulöffnung und Stadtteilvernetzung mit Jugendarbeit, Jugendhilfe und Jugendkulturarbeit sowie Polizei (Jugendbeamte/innen) zur Etablierung einer erlebnisorientierten Infrastruktur (erlebnispädagogischer Anbieter-Nutzer-Verbund).

8. Der Schule als gesunder Schule kommt damit neben der Familie die größte gesundheitsfördernde Aufgabe zu.

Einsparungen im Bildungssektor Schule bei den oben genannten Arbeitsbereichen haben Langzeitfolgen für die mentale und physische Gesundheit der Erziehenden und zu Erziehenden mit enormen Folgekosten im Gesundheits-, Sozial- und Arbeitssektor.

Kooperationsvereinbarung zwischen Präventionsprojekt INSIDE, Condrobs e.V., vertreten durch den Vorstand, (im Folgenden Inside@School genannt)

und

der städtischen Ludwig-Thoma-Realschule, Fehwiesenstr. 118, 81673 München

vertreten durch die Schulleitung (im Folgenden „Schule“ genannt)

§1 Gegenstand der Kooperationsvereinbarung

Grundlage der Vereinbarungen ist der Beschluss des gemeinsamen Gesundheits- und Krankenhausausschusses und Schulausschusses „Schulische Suchtprävention – Verstärkung der Gefährdetenhilfe“ vom 16.05.2000.

Diese Kooperationsvereinbarung zwischen beiden Kooperationspartnern regelt die Rahmenbedingungen sowie Leistungen beider Seiten zur Implementierung von Gefährdetenhilfe im Bereich der schulischen Suchtprävention.

Leistungen des INSIDE@school

sind dabei:

- ein leicht zugängliches (zeitlich/personell) Beratungsangebot für SchülerInnen in allen Problembereichen, besonders denen, die auf eine Suchtgefährdung hindeuten können, sowie bei konkreten Problemen im Umgang mit Suchtmitteln,
- Beratung für Lehrkräfte in Fragen zum Umgang mit suchtgefährdeten Jugendlichen sowie bei allen weiteren Fragen, die in diesem Kontext entstehen (Teamarbeit),
- Begleitung und Vermittlung im Bedarfsfall in weiterführende Einrichtungen der Jugend- und Suchthilfe,
- Elternarbeit (Elternabende, Elternseminare u. -workshops, Kooperation mit dem Elternbeirat, Eltern- und allgemeine Angehörigenberatung),
- Initiierung und Weiterentwicklung einer Schulvereinbarung zur Suchtthematik in Kooperation mit den Mitwirkungsgremien,
- Initiierung von und Mitwirkung bei Projekten, Aktionen und Veranstaltungen zu Suchtprävention (z.B. Schulfesten),
- Hilfen bei der Vernetzung der Schule in den Stadtteil (mit Jugendhilfeeinrichtungen, dem ASD unter anderen sozialen Einrichtungen),
- Präsenz während und außerhalb der Schulzeit (z.B. Pausen- und Nachmittagspräsenz; ca. 20 Stunden),
- Jährliche Präsentation des Entwicklungsstands des Projektes im Rahmen von LehrerInnenkonferenzen und pädagogischen Konferenzen.

Leistungen der Schule

sind dabei:

- Bereitschaft zur Implementierung der Gefährdetenhilfe,
- Bereitschaft zur Entwicklung einer Schulvereinbarung zum Umgang mit Suchtproblemen,

- Genehmigung der Teilnahme an pädagogischen LehrerInnenkonferenzen sowie in beratender Funktion bei Vorliegen einer Einverständniserklärung der betreffenden Erziehungsberechtigten an anderen LehrerInnenkonferenzen (z.B. Disziplinarausschuss), (Datenschutz!),
- Akzeptanz der Schweigepflicht, insoweit keine Gefährdungslage für den/die Betroffenen oder die Schule gegeben ist,
- Ermöglichung der Evaluation des Projektes und Mitwirkung im Rahmen schulischer Möglichkeiten gemäß der Schulordnung,
- Grundsätzliche Genehmigung von Bekanntmachungen und Ankündigungen des INSIDE@SCHOOL gemäß der Kooperationsvereinbarung,
- Im Ausnahmefall Unterstützung durch das Sekretariat (ggf. ergänzen),
- Bereitstellung einer Raumressource zur Beratung (ggf. in Absprache mit dem etablierten Beratungssystem an der Schule). Die Nutzungszeiträume müssen dabei so flexibel wie möglich gestaltet werden.

§ 2 Kosten

Grundlage für die Kostenregelung sind der Zuwendungsbescheid des Referates für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München vom 16.11.2000 und etwaige Zuwendungsbescheide für einen nachfolgenden Bewilligungszeitraum. Den Aufwand für die Schulraumüberlassung trägt das Schul- und Kultusreferat der Landeshauptstadt München.

§ 3 Kooperationsgremien

Schulintern wird die nötige Kooperation zwischen den Kooperationspartnern Schule und INSIDE@SCHOOL über ein Team von Lehrkräften mit beratender Funktion gewährleistet.

Extern wird eine Lenkungsgruppe installiert, bestehend aus einem Vertreter des Gesundheitsreferates (Suchthilfekoordinator der LHM), einer Vertreterin des Schulreferates (Suchtpräventionsbeauftragte des Pädagogischen Instituts), der Leitung des INSIDE sowie den Schulleitungen oder ihren Stellvertretungen der am Projekt teilnehmenden 6 Schulen.

§ 4 Dauer der Vereinbarung / Auflösung

Die Vereinbarung gilt zunächst bis einschließlich des Schuljahres 2001/2002 (Pilotphase). Nach positiver Auswertung der Pilotphase kann sie fortgeführt werden. Wenn die Zusammenarbeit für beide Kooperationspartner bereits während der Pilotphase nicht zufriedenstellend gestaltet werden kann, kann die Vereinbarung im Benehmen mit dem übergeordneten externen Kooperationsgremium vorzeitig aufgelöst werden.

§ 5 Weitere Regelungen

(Hier können noch weitere individuelle Regelungen eingefügt werden.)

Für die Schule:	Für den Verein Condrobs:
_____	_____
(Unterschrift Schulleitung)	(Unterschrift Geschäftsleitung)

Datum_____

Leitlinien

Visionen

Suchtprävention
- hat einen suchtfreien, mündigen, selbstkritischen Umgang mit Rausch- und Konsumpotentialen im Rahmen vorhandener Gesetze zum Ziel,
- befähigt zum sinnerfüllten, sinnlichen, selbstbestimmten Leben,
- ist für alle Bevölkerungsgruppen vorhanden.

Arbeitsverständnis

Suchtprävention
- ist geprägt von der Achtung und Wertschätzung gegenüber den Menschen,
- bewegt sich in dem Spannungsfeld zwischen gesellschaftlichen Normen und Werten und der Selbstverantwortung,
- fördert die Lebenskompetenzen und berücksichtigt die kulturelle und geschlechtsspezifische Sozialisation,
- setzt sich mit dem gesellschaftlichen Wandel auseinander, benutzt adäquate Methoden und schafft geeignete Settings,
- bezieht im Schnittstellenbereich zur allgemeinen Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung auch Public-Health-Aspekte in ihre Konzeption mit ein.

Arbeit mit der Zielgruppe

Die Arbeit mit der Zielgruppe zielt auf Stärkung und Begleitung und vermeidet Belehrung und Ausgrenzung.
Suchtprävention ist auf das Interesse der Beteiligten abgestimmt und berücksichtigt deren Bedürfnisse.
Suchtprävention erfordert die gemeinsame Zielsetzung der Beteiligten.
Die Transparenz des Auftrages und der eigenen Position ist hergestellt.

Zusammenarbeit der Präventionsfachkräfte

Die mit Suchtprävention beauftragten Institutionen haben ein gemeinsames Präventionsverständnis. Hauptamtliche Präventionsfachkräfte arbeiten im Verbund trägerübergreifend zusammen und sorgen für gegenseitige Transparenz.

Standards

Arbeitsverständnis

Fachkräfte in der Suchtprävention
- verhalten sich annehmend gegenüber Menschen und setzen auf Stärken,
- sind sich des Balance-Aktes zwischen gesellschaftlichen Normen und Werten und der individuellen Selbstverantwortung bewusst und eröffnen Handlungsräume,
- verfügen über Kompetenzen, gesundheitsfördernde Ressourcen beim Einzelnen zu wecken und zu fördern sowie diese in Strukturen und Systemen zu erkennen und zu entwickeln,
- haben aktuelles fachliches Wissen über Suchtformen sowie Suchtverhalten und deren kulturelle und geschlechtsspezifische Sozialisationshintergründe,
- verfügen über ein breites Methodenrepertoire aus Moderation und Präsentation, Gruppendynamik und Gesprächsführung sowie Kenntnisse und Handlungskompetenz über kultur-, medien- und erlebnispädagogische Maßnahmen,
- nutzen bereitgestellte Fortbildungsangebote,

- evaluieren Maßnahmen, dokumentieren Ergebnisse und stellen sie anderen zur Verfügung.

Arbeit mit der Zielgruppe

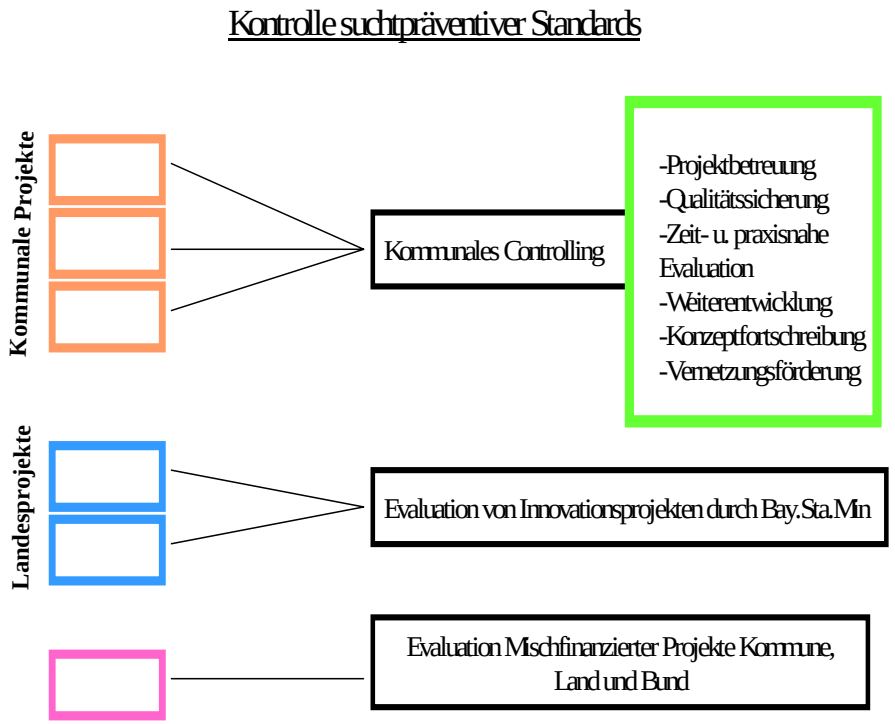
Fachkräfte in der Suchtprävention

- informieren, stärken und begleiten Einzelne und Gruppen, vermeiden Belehrung und Ausgrenzung,
- orientieren sich in ihrer Arbeit an den Interessen der Beteiligten, berücksichtigen deren Bedürfnisse und erarbeiten mit ihnen gemeinsame Ziele,
- legen ihre eigenen Ziele, Methoden und Haltungen offen.

Zusammenarbeit

Die Fachkräfte in der Suchtprävention arbeiten in verbindlichen Strukturen zusammen. Die Qualitätsmerkmale wie Standards, Konzepte, Arbeitsweisen der Einrichtungen liegen allen Fachkräften vor, und die Teilnehmer/-innen sind über laufende und geplante Projekte der einzelnen Einrichtungen informiert. Bei gemeinsamen Aufgaben und Projekten werden die Konzepte miteinander entwickelt, auf die Zielgruppe inhaltlich abgestimmt und miteinander organisiert.

Abb.5:



Michael Lubinski, Dipl. Päd.

Referat für Gesundheit und Umwelt
Suchtkoordination
Implerstraße 9
81371 München
Tel. (0 89) 23 32 68 09

Erlebnis als Ergebnis
Interaktive Methoden zur Prävention von Ess-Störungen

Workshop I: Essen, Essverhalten, Genießen

Susanne Schüll, Sabine Schoberth-Bernard

Der Esstyptest

Alter	• ab 5. Klasse • sprachlich vereinfacht, mit Auswahl an Fragen auch für Jüngere als Anregung zu verwenden
Gruppengröße	• beliebig
Wo einsetzbar?	• Biologie • Hauswirtschaft / Ernährungslehre • Projekttage oder -einheiten • Besinnungstage / Schullandheim • Vertretungsstunden
Material	• Kopien Esstyptest („Welcher Esstyp bin ich?“, s. Seite 60) incl. Testauswertung auf Rückseite oder als Extrablatt • Stifte • Tafel-/Papierbogenvorbereitung • zwei Farben Kreide/Edding
Inhaltliche Zuordnung	• Essverhalten
Achtung!	• als Bestandsaufnahme gut geeignet, um den Stand der Gruppe/Klasse einzuschätzen • gut geeignet als Einstieg/Basis für weiterführendes/ kontinuierliches Arbeiten mit dem Themenbereich „Ess-Störungen“ • da das Thema sehr persönlich besprochen werden kann, wenn dies von der Atmosphäre in der Gruppe her möglich ist, ist ein Austausch in geschlechtsgetrennten Gruppen sinnvoll (Jungs haben häufig einen anderen Umgang mit dem Thema Essen oder lassen ihrem Unverständnis für Schlankheitswahn, Ess-Störungen etc. freien Ausdruck, was die Offenheit der Mädchen diesbezüglich einschränken kann) • Möglichkeit zum individuellen Gespräch anbieten (es kann vieles angestoßen werden, was jemand nicht in der Bearbeitung im Unterricht fragen oder besprechen kann oder möchte)

Einstieg

- Inhaltliche Einführung über die das Essverhalten steuernden Komponenten (innere Signale – biologische Seite; äußere Reize – kulturelle Seite; erlernte Einstellungen und Wissen – bewusste Steuerung und Kontrolle)

Der Esstyptest – Variante 1

- Ausfüllen des Fragebogens in Einzelarbeit
- Auswertung des Fragebogens in Einzelarbeit

Der Esstyptest – Variante 2 zur Weiterarbeit

Austausch in Kleingruppen (drei bis fünf Personen) möglichst nach Mädchen und Jungen getrennt:

- Was ist Euch bei dem Esstyptest aufgefallen?
- Zu welchen Gedanken, Ideen hat Euch der Test angeregt?
- Was war beim Ausfüllen schwierig?
- Wie findet Ihr Euer Auswertungsergebnis?

Der Esstyptest – Variante 3 zur Weiterarbeit

Der Austausch in der Kleingruppe wird um die Fragestellung zur Vorbereitung auf die Weiterarbeit in der gesamten Klassengruppe erweitert:

Für wie viele Personen eurer Kleingruppe traf der Auswertungsabschnitt A erster Punkt, Abschnitt B zweiter Punkt, Abschnitt B erster Punkt usw. zu? (Personenanzahl für jede Abschnittvariante in Kleingruppe notieren!)

Auswertung der Kleingruppenergebnisse im Plenum:

- Auf der Tafel/großem Papier sind die einzelnen Auswertungsabschnitte (Abschnitt A erster Punkt, Abschnitt A zweiter Punkt usw.) zu sehen
- Die Kleingruppen geben ihre Ergebnisse, wie oft welcher Punkt in ihrer Gruppe vorkam, bekannt – dies wird mit zwei verschiedenen Farben (Mädchen- und Jungenfarbe) auf Tafel/Papierbogen eingetragen
- Plenumsgespräch: „Was fällt als Unterschied Mädchen/Jungen auf – gibt es einen?“;„Worauf kann das zurückgeführt werden?“

Fortführende Weiterarbeit

- **„Genuss“** z.B. Schokoladenübung (siehe S.67); Geschmackskim (verschiedene Sachen blind schmecken und erraten)
- **„Hunger & Sättigung“**
- **„Esskultur & -sitten“** z.B. „Der Mittagstisch“ (siehe S.68)
- **„Gesellschaftliche Einflüsse“** z.B. bzgl. Essverhalten/Esskultur; bzgl. Schönheits- = Schlankheitsideal; bzgl. geschlechtsspezifischer Sozialisation

Welcher Esstyp bin ich?

Abschnitt A	Trifft zu	Trifft nicht zu
Manchmal habe ich einen Heißhunger auf bestimmte Sachen	1	9
Ich höre auf zu essen, wenn ich satt bin	7	1
Wenn ich Appetit auf etwas habe, esse ich, auch wenn ich nicht hungrig bin	2	4
Wenn ich satt bin, esse ich gern noch etwas Süßes	3	6
Ich esse erst, wenn ich Hunger habe	8	3
Ich esse stets, wenn ich Lust dazu habe	2	6
Im Verlauf des Essens esse ich langsamer	5	1
Ich suche nach etwas Essbarem, wenn ich ...		
• Langeweile habe	3	4
• einsam bin	1	4
• unter Stress stehe	2	9
Im Laufe der Mahlzeit merke ich plötzlich, dass ich satt bin	7	2
Ich trinke, wenn ich ...		
• durstig bin	5	1
• Appetit habe	2	6
• Hunger habe, aber nichts zu essen da ist	3	4

Abschnitt B	Trifft zu	Trifft nicht zu
Ich esse selten zu bestimmten festen Zeiten	3	4
Mit Freunden gehe ich gerne gut und ausgiebig essen	6	2
Ich muss nicht essen, wenn andere essen	7	5
Ich esse, was auf den Tisch kommt	5	9
Wenn mir das Essen nicht schmeckt, esse ich trotzdem auf	4	1
Wenn ich leckere Dinge sehe, möchte ich sie sofort essen	6	8
Ein voller Kühlschrank kann mich nicht in Versuchung führen	2	5
Um eine Wette zu gewinnen, brächte ich es fertig, in einem Restaurant mindestens zwei richtige Mittagessen hintereinander zu essen	4	7
Häufiger könnte ich auch „nur so aus Gesellschaft" mitessen	5	1
Angebrochene Packungen (z.B. eine Tafel Schokolade) kann ich gut tagelang liegen lassen, ohne sie anzurühren	9	6

Abschnitt C	Trifft zu	Trifft nicht zu
Ich wähle bewusst gesunde Nahrungsmittel aus	1	7
Auch bei ungesundem Essen kann ich mich nicht zurückhalten	9	4
Ich achte beim Essen auf Kalorien	2	8
Ich kontrolliere meine Essgewohnheiten, weil ich mich zu dick finde	3	9
Ich achte auf meine Essgewohnheiten, weil ich schlank bleiben möchte	5	9
Wenn ich mal mehr als üblich gegessen habe, esse ich das nächste Mal weniger	6	8
Ich habe ein schlechtes Gewissen, wenn ich zuviel gegessen habe	1	8
Ich lese kaum etwas über Diäten	7	4
Ich habe schon eine/mehrere Schlankheits-Diät(en) bzw. Kraft-Diät(en) gemacht	6	9
Bei Werbesendungen achte ich bewusst auf Diättipps zum Schlankwerden/Schlankbleiben oder auf Tipps zur Stärkung der Muskulatur	3	7
Ich lese Artikel über Ernährung und Leistungsfähigkeit	2	9
Ich wähle bewusst Nahrungsmittel und Getränke aus, die mir Kraft geben oder nicht dick machen	6	8

Die Auswertung des Esstyp-Tests

So, nun kann die Auswertung beginnen!

Zähle zusammen, wie oft du beim Abschnitt A die Zahlen 1, 2 und 3 eingekreist hast:	1 + 2 + 3 = _____ mal
Jetzt zähle, wie oft du beim Abschnitt B die Zahlen 4, 5 und 6 eingekreist hast:	4 + 5 + 6 = _____ mal
Und nun im Abschnitt C die eingekreisten Zahlen 7, 8 und 9:	7 +8 + 9 = _____ mal

Zu Abschnitt A
Steuerung des Essverhaltens durch innere Signale (Innensteuerung, biologische Seite)

Die innere Steuerung nehmen wir als Körpergefühl wahr: Hunger und Durst als unbehagliches, ja schmerzhaftes Verlangen nach Essen und Trinken, Appetit als lustvolles Bedürfnis nach bestimmtem Essen und Trinken und die Sättigung, die zum Beenden der Ess- und Trinkaufnahme führt. Normalerweise hat unser Körper ein natürliches, auf seinen ganz persönlichen Bedarf abgestimmtes Verlangen nach Nahrungs- und Getränkeaufnahme. Die Wissenschaftler schließen auf einen biologischen Regelvorgang, der das Körpergewicht möglichst stabil hält.

- Wenn du bis zu 8 Behauptungen mit den Zahlen 1, 2, 3 eingekreist hast: scheinst du eine gut regulierte Nahrungs- und Getränkeaufnahme zu haben, so dass sich dein Körpergewicht relativ stabil verhält und dir keine Probleme macht. Wenn du satt bist, bist du satt! Und das ist gut so.
- Wenn du mehr als 8 Behauptungen mit den Zahlen 1, 2, 3 eingekreist hast: so zeigt dir dein Körper wahrscheinlich nicht mehr eindeutig an, wann du hungrig oder satt bist. Auch wenn du nicht hungrig bist, scheinst du Lust aufs Essen zu haben. Wenn du schon genug gegessen hast, scheint immer noch etwas hineinzupassen. Möglicherweise hast du dadurch Gewichtsprobleme. Je häufiger die Zahlen 1, 2, 3 eingekreist sind, desto ausgeprägter ist die Tendenz.

Zu Abschnitt B
Steuerung des Essverhaltens durch äußere Reize (Außensteuerung, kulturelle Seite)

Mit zunehmendem Alter wird die innere Steuerung der Ess- und Trinkaufnahme durch unbewusst erlernte äußere Einflüsse zurückgedrängt: familiäre Traditionen und Essregeln, Vorlieben der Eltern/Mutter, Gewohnheiten, Essensangebote, Einfluss von anderen Jugendlichen. In unserer Wohlstandsgesellschaft sind demnach nicht mehr Hunger und Durst beim Essen die Antriebskräfte, sondern andere Einflüsse.

- Wenn du 5 und mehr Behauptungen mit den Zahlen 4, 5, 6 eingekreist hast: scheinst du stark auf Außenreize zu reagieren und/oder nach festen Regeln zu essen und zu trinken. Hunger und Durst bestimmen wahrscheinlich seltener dein Essverhalten.
- Wenn du weniger als 5 Behauptungen mit den Zahlen 4, 5, 6 eingekreist hast:
  so scheinen dich Regeln und andere Einflüsse weniger in deinem Ess- und Trinkverhalten zu bestimmen.

Zu Abschnitt C
Steuerung des Essverhaltens durch erlernte Einstellungen und Wissen (Kontrolle durch Wissen):

Mit zunehmendem Alter entwickelt sich bei Jugendlichen meist ein bewussteres Ess- und Trinkverhalten durch Aneignung von Wissen, weil Fragestellungen wie: Fühle ich mich zu dick? zu dünn? gesund? fit? immer interessanter werden. Dieses angeeignete Wissen führt dann mehr oder weniger zu kontrollierter Aufnahme von Essen und Trinken (Modell „Diäten“) und kann zur Überprüfung der unbewusst erlernten Essregeln und Essgewohnheiten genutzt werden.

- Wenn du mehr als 7 Behauptungen mit den Zahlen 7, 8, 9 eingekreist hast: orientierst du dich in deinen Essgewohnheiten wenig an Wissen. Dies ist so lange unproblematisch, wie deine Innen- (A) und Außensteuerung (B) gut funktionieren. Das kann sich im Laufe deines Lebens ändern und zu Gewichtsproblemen führen. Deshalb ist zur Regulation Ernährungswissen wichtig.
- Wenn du 7 und weniger Behauptungen mit den Zahlen 7, 8, 9 eingekreist hast:
  kontrollierst du deine Essgewohnheiten durch Wissen. Gehst du mit deinem Wissen flexibel um (isst du z.B. das nächste Mal weniger, wenn du einmal „ordentlich reingehauen hast“), dann ist dagegen nichts einzuwenden.
- Hast du weniger als 3 Behauptungen mit den Zahlen 7, 8, 9 eingekreist: so wird es problematisch, wenn du dein Essverhalten total durch dein Wissen kontrollierst, um mit aller Macht einem Figurideal nachzueifern. Das führt zu Unzufriedenheit und kann schwere Ess-Störungen nach sich ziehen.

Welcher Esstyp bin ich?

Der Esstyp wird durch das Zusammenspiel von

- inneren Signalen (Hunger, Durst, Appetit, Sättigung): Abschnitt A,
- äußeren Reizen (Regeln, Gewohnheiten): Abschnitt B und
- erlernten Einstellungen und Wissen: Abschnitt C

bestimmt.

Steuerung des Essverhaltens

Was ist es, was uns zum Essen veranlasst, uns sagt, hör mal auf, oder uns mahnt, iss nicht so viel? Die Fragen sind noch nicht restlos geklärt. Doch einiges wissen wir, und das sollte uns helfen, sinnvoller mit Essen und Trinken umzugehen.

Dreikomponentenmodell

Die kurzfristige Steuerung der Nahrungsaufnahme kann durch ein Dreikomponentenmodell veranschaulicht werden. Unser Essverhalten wird demnach bestimmt von A: inneren Signalen (Innensteuerung, biologische Seite), B: äußeren Reizen (Außensteuerung, kulturelle Seite), C: erlernten Einstellungen und Wissen (bewusste Steuerung – Kontrolle). Diese drei Einflüsse haben im Laufe des Lebens sehr unterschiedliche Bedeutung (Abb.1):

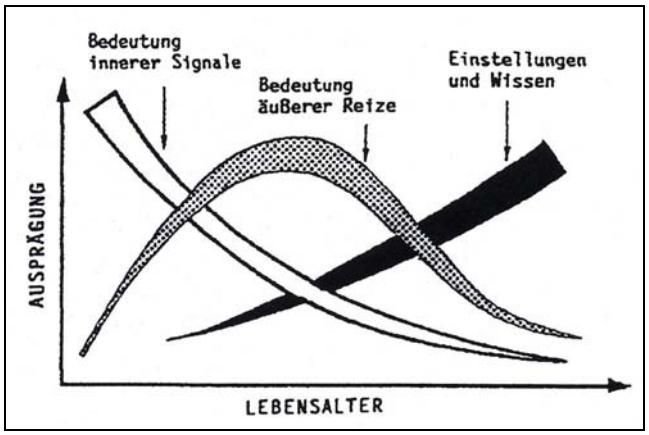


Abb. 1: Das Dreikomponentenmodell

Steuerung des Essverhaltens durch innere Signale

Bei Säuglingen wird durch innere Signale bewirkt, wann, was und wieviel gegessen wird. In einem Experiment konnte nachgewiesen werden, dass Babys intuitiv in der Lage waren, ihre Nahrung aus verschieden zusammengesetzten Nährlösungen in Menge und ernährungsmäßig ausgewogen auszuwählen.

Die innere Steuerung nehmen wir als Körpergefühl wahr, und zwar Hunger als unbehagliches, schmerzhaftes Verlangen nach Nahrung, Appetit als lustvolles Bedürfnis nach bestimmter Nahrung und die Sättigung, die allmählich zum Beenden des Essens führt (Abb.2).

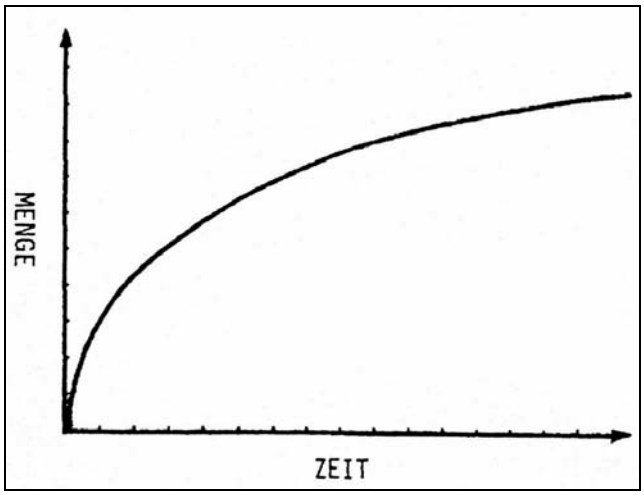


Abb. 2: Essenskurve normalgewichtiger Menschen

Allerdings gibt es verschiedene Sättigungsformen. Neben dem Völlegefühl, das körperlich empfindbar ist, gibt es eine mehr seelisch empfundene Sättigung, die ohne Völlegefühl eintritt und das Essen beendet, weil es nicht mehr schmeckt. Es ist deshalb leichter, sich übermäßig voll zu essen, wenn die Mahlzeit aus mehreren verschiedenen Gängen besteht, und es scheint auch die Regel zu sein, dass wir bei einer abwechslungsreichen Mahlzeit mehr zu uns nehmen. Ein vielfältiges Angebot (voller Kühlschrank) erhöht somit den Anreiz und die Möglichkeit zu mehr Nahrungsaufnahme. Im Verlauf der Mahlzeit nimmt normalerweise die Sättigung erst langsam und dann schneller zu, so dass eine typische Essenskurve entsteht (Abb.2). Bei Übergewichtigen verläuft die Kurve nicht abgeflacht, das bedeutet, dass die schon aufgenommene Nahrungsmenge nicht bewirkt, dass langsamer gegessen und dadurch dann allmählich weniger gegessen wird (Abb.3).

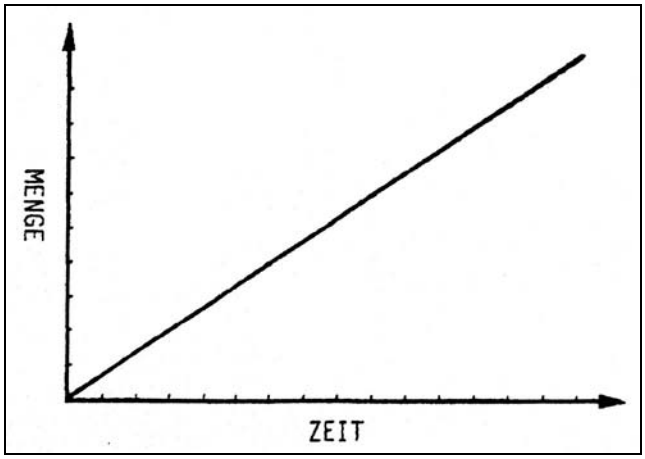


Abb. 3: Essenskurve übergewichtiger Menschen

Die langfristige Regulation des Körpergewichts und der Nahrungsaufnahme

Die meisten Menschen haben die Vorstellung, dass das Körpergewicht wie bei einer Waage geregelt wird. Isst man mehr, wird man dicker, nimmt man weniger zu sich, verliert man an Gewicht. Diese einfache Modellvorstellung trifft für den Menschen nicht zu, denn schon die Umstellung, Kaffee zukünftig mit Zucker zu trinken, müsste in einem Jahr zu ca. 3 kg, in zwei Jahren zu ca. 6 kg mehr Körpergewicht führen. Viele Menschen halten aber über Jahre ihr individuelles Körpergewicht auch bei in Grenzen mengenmäßig unterschiedlichem Essen.

Wie macht das nun der Körper?

In Notzeiten, wenn nicht soviel Nahrung und damit Energie für die Lebensvorgänge aufgenommen werden kann, verringert der Körper die Energieabgabe und greift nur zögernd auf die körpereigenen Fettreserven zurück (wenig Gewichtsverlust). Menschen, die fasten oder sehr wenig essen, spüren die geringere Energieabgabe am eigenen Leibe, denn sie frieren sehr leicht.

Umgekehrt kann bei üppiger Nahrung verschwenderischer mit der aus der Nahrung erzeugten Energie umgegangen werden. Dann wird ein größerer Teil der zuviel aufgenommenen Nahrung als Energie abgegeben und nur ein kleiner Teil als Fett abgelagert (geringe Gewichtszunahme). Man muss also verhältnismäßig wenig bzw. viel essen, um das Gewicht zu variieren.

Fettpolster sind nun die Reserven für Notzeiten; wen sie stören, der muss sie durch Reduktionsdiät versuchen loszuwerden. Darauf reagiert der Körper aber in biologischer Weise. Er verringert hauptsächlich die Energieabgabe und nur wenig die Fettpolster, um diese „schlechten Zeiten“ zu überstehen, so dass die Ge-

wichtsabnahme zu wünschen lässt. Eine weitere biologische Reaktion auf diese Reduktionsdiät ist die deutliche Zunahme des Appetit- und Hungergefühls, das dramatisch – bis hin zu Heißhungerattacken – ansteigen kann, besonders ausgelöst durch den Anblick und den Geruch von Nahrung, aber auch durch Situationen, auf die sonst mit Essen reagiert wurde, wie z.B. Stress, Kummer und Langeweile.

Durch diese Prozesse reguliert der Körper sein Gewicht um einen bestimmten Wert herum, der Setpoint heißt. Jeder hat einen individuellen Setpoint, der von einigen Faktoren abhängig ist:

- von den Erbanlagen (nach wem in der Familie kommst du?),
- von der Hormonlage,
- von der Ernährung,
- von der Bewegung.

Wie dieser Sollwert eingestellt wird und ob und wie er verändert werden kann, ist weitgehend unbekannt. Größere Abweichungen von diesem Wert (Gewicht) verteidigt der Körper, so dass Diäten häufig langfristig wenig Erfolg haben. Bei übergewichtigen Menschen, die ihr Übergewicht nicht durch unmäßiges Essen und Trinken erreicht haben, sondern durch erbliche Faktoren und/oder Störungen ihres Stoffwechsels, liegt der Setpoint hoch. Für diese Menschen ist es sehr schwer, durch Diät auf Dauer Normalgewicht zu erreichen, denn sie müssen ununterbrochen mit ihrer biologischen Regulation kämpfen, also dauernd hungern. Genauso geht es normalgewichtigen Personen, die einem Schönheitsideal nacheifern, das deutlich unter dem Normalgewicht und damit unter dem Setpoint liegt. Fazit: Wichtig für die eigene Orientierung ist in diesem Zusammenhang die Erkenntnis, dass der Körper sein Gewicht um einen individuellen Setpoint herum stabil hält. So kostet es Mühe (hungern oder mästen), das Gewicht über einen gewissen Spielraum hinaus zu verringern oder zu erhöhen.

Schokoladenübung

Alter	• ab 5. Klasse • auch in Grundschule möglich (altersgemäße Anleitung überprüfen!)
Gruppengröße	• beliebig
Wo einsetzbar?	• Biologie • Hauswirtschaft / Ernährungslehre • Projekttage oder –einheiten • Besinnungstage / Schullandheim • Vertretungsstunden
Material	• pro Person zwei Stückchen Schokolade
Inhaltliche Zuordnung	• bewusstes Essen • genießen • Körperwahrnehmung/-sensibilisierung
Einstieg	• Evtl. kurze inhaltliche Einführung über bewusstes Essen, Genießen

Die Schokoladenübung: Anleitung siehe S.67

Fortführende Weiterarbeit

- **„Genuss – bewusste Wahrnehmung“** z.B. Geschmackskim (s.o.), Körperübungen wie Massagen
- **„Hunger & Sättigung“**
- **„Esskultur & -sitten“** z.B. „Der Mittagstisch“ (siehe S.68)

Die Schokoladenübung

Die folgende Übung ist sowohl eine Phantasiereise als auch eine Geschmacksübung. Mit ihr soll über ein Differenzieren der Geschmacks- und Geruchswahrnehmungen ein bewusstes Genießen von Essen unterstützt werden.

Vorbereitung

- Jeder Teilnehmer bekommt 2 Stückchen Schokolade auf einer Serviette
- Ruhige, vertrauensvolle und entspannte Atmosphäre schaffen
- Ablauf und Spielregeln (Ruhe, nicht miteinander reden etc.) kurz erklären.

Ablauf

Der Lehrer liest den folgenden Text langsam vor. Wenn eine Klammer kommt, heißt das: Lesepause – In dieser Zeit zählt er leise vor sich hin. Die Aufgabe dauert ungefähr 15 Min.

Text

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

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

Träum vor Dich hin! Du bist auf einer Schokoladeninsel. Sieh sie Dir an. Auf dieser Insel ist alles aus

Schokolade – und man darf alles essen –aber nur ganz langsam (bis 40 zählen!).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Auswertung

1. Erfahrungsaustausch mit dem Partner

2. Plenum: Erfahrungsaustausch zum Thema Essgenuss. Einstieg mit folgenden Fragen:

- Wie riecht Schokolade?
- War es schwer oder leicht, die Schokolade so langsam zu essen?
- Wer hat eine „Lieblingsecke“?
- Schmeckte die Schokolade anders als sonst?

Der Mittagstisch

Zielbereich	Aktualisierung von Erlebnissen aus dem Lebensbereich Familie, Bewusstmachen der eigenen Entwicklung und der familiären Anteile, Konfrontation mit bewältigten und nicht bewältigten Situationen.
Gattung	Wahrnehmungszentrierte Spiele; allgemeine Erlebnisspiele; Lebensbereich Familie
Anwendungsbereich	Bearbeitung von Erlebnissen und Konflikten aus dem familiären Bereich
Spielort	Im Kreis
Unterlagen/Material	Reale oder imaginäre Alben oder Behälter mit imaginären Fotos
Spielschritte	1. Eingabe eines Fotoalbums oder von Bildern vom Mittagstisch 2. Aufforderung, sich die Bilder anzusehen, eines auszuwählen; mit ihm wird sich die Erlebnisreise verbinden 3. Austausch – Schilderung der Alben und Bilder und der Erlebnisse 4. Assoziationsfeedback – ausgelöst durch die Beiträge der anderen 5. Aufforderung zur Rückgabe oder zum Behalten der Bilder; wegtragen der Eingabe 6. Auswertungsgespräch und Gefühlsfeedback
Hinweise zur Durchführung	Thema sorgfältig abschätzen. Auswahl gegenwärtiger oder früherer Mittagstischsituationen; die Gruppe sollte bereits vertraut sein; besondere Schwierigkeiten berücksichtigen
Zur Auswertung	Gemeinsamkeiten der Erlebnisse betonen; stärker an der Gemeinsamkeit der Probleme als an der Einzelproblematik orientiert bleiben; Betroffenheit akzeptieren und aufgreifen; Überlegung, ob problemzentriert weitergearbeitet wird

(Quelle: Sozialtherapeutisches Rollenspiel nach Adelheid Stein)

Anmerkung:

Obige Anleitung ist in nicht modifizierter Form mit Zielgruppe Erwachsene übernommen! Die Übung kann jedoch auch auf Jugendlichen zur Bearbeitung der eigenen und gesellschaftlichen Esskultur übertragen werden. Dabei geht es mehr um den Austausch und das Ins-Gespräch-miteinander-Kommen als um einen therapeutischen Ansatz!

Susanne Schüll, Dipl. Soz. Päd. (FH)

Anad e.V. – pathways
Psychosoziale Beratungsstelle bei Ess-Störungen, Seitzstraße 8
80538 München
Tel. (089) 24 23 99 6-0
eMail: Kontakt@ANAD-pathways.de
Internet: www.anad-pathways.de

und

Sabine Schoberth-Bernard, Dipl. Soz. Päd. (FH)

Aktionskreis Ess- und Magersucht, Cinderella e.V.
Westendstraße 35
80339 München
Tel. (0 89) 5 02 12 12
eMail: cinderellaberatg@aol.com
Internet: www.cinderella-rat-bei-essstoerungen.de

Erlebnis als Ergebnis
Interaktive Methoden zur Prävention von Ess-Störungen

Workshop II: Schönheitsideale, Körperwahrnehmung

Susanne Schüll, Sabine Schoberth-Bernard

Phantasiereise „Dick und dünn auf einer Party“

Alter	• ab 8. Klasse
Gruppengröße	• beliebig
Wo einsetzbar?	• Ethik / Religion (z.B. Einstieg in Thema „Vorurteile“ oder „Werte“) • Sport (z.B. als Körperwahrnehmungs- oder Entspannungsübung) • Kunst (z.B. als Vorarbeit für Auseinandersetzung mit Körperbildern/Selbstbild und Fremdwahrnehmung mit gestalterischen Mitteln) • Projekttage oder -einheiten • Besinnungstage / Schullandheim • Vertretungsstunden
Material, Raum	• Anleitung Phantasiereise • möglichst ausreichend großer, gemütlicher Raum mit Möglichkeit sich auf den Boden zu legen – die Übung kann jedoch auch im Sitzen durchgeführt werden
Inhaltliche Zuordnung	• Körperbilder; Selbstbild und Fremdwahrnehmung • Schönheitsideale • Vorurteile (Dicke sind ... / Dünne sind ...) • Selbstwahrnehmung

Phantasiereise (Anleitung siehe S.71)

Austausch in Kleingruppen (evtl. geschlechtsgetrennt):
- „Was habe ich bei der Phantasiereise erlebt – wie ging es mir damit?“
- „Welche Vorstellungen waren gut – welche schwierig?“
- „Was habe ich Neues über mich erfahren?“

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

Fortführende Weiterarbeit

„Gesellschaftliche Einflüsse“ z.B. bzgl. Schönheits- = Schlankheitsideal; bzgl. geschlechtsspezifischer Sozialisation („Gesundes/attraktives Körpergewicht“ s.u.; Collagen/kreatives Gestalten zu Schönheitsidealen heute oder im Wandel der Zeit)

Phantasiereise „DICK UND DÜNN“

Setz dich möglichst bequem hin ...
Schließe deine Augen ...
Konzentriere dich auf deinen Atem – lasse ihn einfach fließen – Ein und Aus, Ein, Aus ...
Stell dir jetzt vor, du bist auf einer Party ...
Es kann eine Party sein, die du real erlebt hast oder auch eine Phantasieparty ...
Ist es eine Tanzparty? Eine Party, bei der hauptsächlich geredet wird? Sind viele Leute da oder wenige? ...
Wie sieht der Raum aus? ...
Was hörst du um dich herum? ... Stimmen? Musik? Geräusche? ...
Was hast du an? ... Wie fühlst du dich? ...
Achte jetzt darauf, wie du dich verhältst ... Nimmst du eine Beobachterrolle ein? Oder mischt du dich aktiv unter die Gäste? ...
Stell dir jetzt vor, dass du immer dicker wirst ... Jetzt bist du schon ziemlich massig ...
Wie fühlst du dich mit diesem Körperumfang? ...
Was hast du jetzt an? ... Und wie fühlst du dich in diesen Kleidern? ... Was sagt deine Kleidung über dich aus? ...
Was ist auf der Party los? ... Und wie verhältst du dich den anderen Leuten gegenüber? ... Bleibst du für dich oder redest, tanzt, isst du mit den anderen? ...
Kannst du von dir aus Kontakt knüpfen, oder hast du das Gefühl, warten zu müssen, bis jemand sich für dich interessiert? ...
Wie verhalten sich die anderen dir gegenüber? ...
Fühlst du dich wohl? ... Oder möchtest du lieber gehen?...
Stell dir vor, dass dein Dicksein etwas aussagt ... Fasse diese Botschaft in deiner Phantasie in Worte ...
Erlaubt dir das Dicksein, bestimmte Dinge zu sagen oder zu tun? ...
Hindert dich das Dicksein daran bestimmte Dinge zu sagen oder zu tun? ...
Jetzt stell dir vor, dass dein Fett dahinschmilzt und du immer dünner wirst ... solange, bis du ganz schlank bist ...
Schau dir an, was du jetzt anhast ... Wie fühlst du dich in diesen Kleidern?... Was sagen die Kleider über dich aus? ...
Was nimmst du wahr, wenn du dich in dein schlankes Ich hineinversetzt?...
Siehst du die Party mit anderen Augen? ...
Wen oder was sehen die anderen Gäste, wenn sie dich ansehen?...
Und wie verhalten sich die anderen dir gegenüber? ... Wirst du als du selbst gesehen? ...
Wirst du wegen deines Körpers und Aussehens bewundert?...
Wie fühlst du dich? ... Bist du selbstsicher? ... Oder fühlst du dich verletzlich?...
Erlaubt dir das Dünnsein, bestimmte Dinge zu sagen oder zu tun?...
Hindert dich das Dünnsein daran bestimmte Dinge zu sagen oder zu tun? ...
Verhältst du dich den anderen Leuten gegenüber jetzt anders als vorher, als du dick warst? ...
Achte auf den Unterschied zu vorher, als du dick warst ... Was ist anders bei dir und bei den anderen? ...
Nimm jetzt wieder deinen tatsächlichen Umfang an ...
Vergleiche die verschiedenen Situationen ... mit welchem Körperumfang hast du dich am wohlsten gefühlt, mit welchem am unwohlsten? ... Und warum?... Schau jetzt noch einmal auf die ganze Phantasiereise zurück und halte fest, was du dabei Neues über dich erfahren hast ...
Wenn du soweit bist, komme ganz langsam mit deiner Aufmerksamkeit wieder in diesen Raum ins Hier und Jetzt zurück ... Nimm dir die Zeit dazu, die du brauchst ...

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

Körperwahrnehmung – Genusskarussell

Alter	• ab Grundschule
Gruppengröße	• beliebig (bei größeren Gruppen zwei Untergruppen parallel)
Wo einsetzbar?	• Sport • Ethik / Religion • Projekttage oder -einheiten • Besinnungstage / Schullandheim • als Entspannungspausen im Unterricht
Material, Raum	• ausreichend großer und gemütlicher Raum, mit der Möglichkeit sich auf den Boden oder entsprechende Unterlagen zu legen! • ruhige Hintergrundmusik ist hilfreich (Musik + Player)
Inhaltliche Zuordnung	• Körperwahrnehmung / Gefühle • Entspannung • Körperkontakt • Vertrauen
Achtung!	• Je nach Altersstufe überlegen, ob die Übung in geschlechtsgemischter oder geschlechtsgetrennter Gruppe durchführbar ist! • Bei geschlechtsgemischter Gruppe Ausschlusskriterien vorher deutlich sagen (nur Kopf und Schulterbereich!) • In der Gruppe sollte eine ruhige Atmosphäre möglich sein

Das Genusskarussell – Anleitung

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

Fortführende Weiterarbeit

„Genießen“

„Körperwahrnehmung / Gefühle“

„Vertrauen“

z.B. mit weiteren Körperarbeitsübungen (s.u.) oder/und mit anschließenden Auswertungsgesprächen in Klein- und/oder Großgruppe.

Körperwahrnehmungsübungen – Massagen

Wettermassage

Alter: ab Grundschule
Gruppengröße: beliebig (mind. 7-8 Personen, damit ein ausreichender Kreis gebildet werden kann – bei weniger Personen als Partnerübung mit wechselnden Rollen durchzuführen)
Dauer: 5 – 10 Min.
Material: keines
Ort: ruhige Atmosphäre
Einsetzbar zur Entspannung zwischendrin, als Stunden- oder Themeneinstieg, als Abschluss
Spieltempo: ruhig bis lebhaft

Anleitung:

Kreis hintereinander stehend oder sitzend bilden, so dass jede Person bequem den Rücken der vor ihr stehenden Person mit den Händen berühren kann – die Anleitungsperson ist ebenfalls im Kreis und begleitet die Wettermassage mit der Erzählung:

- „Wolken ziehen auf“ – reiben mit der flachen Hand über Schulter, Rücken und Nacken
- „Es beginnt zu tröpfeln“ – leichtes Klopfen mit den Fingerspitzen
- „Erste dicke Tropfen fallen“ – festeres Klopfen mit den Fingerspitzen
- „Es regnet heftiger“ – schnelleres Klopfen mit den Fingerspitzen und Knöcheln
- „Da, ein Blitz!“ – schnelles Reiben mit den Fingerspitzen in einer Zickzacklinie von oben nach unten
- „Und der Donner folgt gleich hinterher“ – klopfen mit der Faust (Blitz, Donner und Regen können mehrfach wiederholt werden)
- „Das Gewitter zieht langsam ab“ – schwächere Zick-Zack-Linien, leichtes Klopfen mit den Knöcheln
- „Der Regen lässt nach“ – leichtes Klopfen mit den Fingerspitzen
- „Jetzt hört er schon fast ganz auf“ – kaum spürbares Klopfen mit den Fingerspitzen
- „Die Wolken ziehen ab, die Sonne kommt heraus“ – ausstreichende Bewegung mit den Handflächen.

Die Anleitung sollte darauf achten, dass das Klopfen nicht in zu heftiges, schmerzhaftes Schlagen ausartet – entweder vorher die einzelnen Bewegungen üben oder das Gewitter abklingen lassen.

Zoobesuch-Massage

Sie kann als Variation der Wettermassage gemacht werden. Die Anleitung führt durch einen Zoobesuch, bei dem man an den verschiedensten Tieren vorbeikommt: z.B. Elefant (festes Klopfen), Wiesel (kleine, flinke Bewegungen), Schlange (mit Arm über Rücken schlängeln), Känguru (mit beiden Händen das Hüpfen nachahmen), Flamingo (stelzende Bewegung mit den Fingern), Löwenmutter schleckt ihr Junges ab (Ausstreichen zum Schluss der Massage)

Rosinenkuchen backen – Massage-Spiel

Alter: ab Grundschule

Gruppengröße: insgesamt beliebig – pro Spielgruppe drei Personen
Dauer: 5 – 10 Min. pro Durchgang!
Material: Unterlage zum Liegen
Ort: gemütlicher Raum mit Teppichboden oder Liegeunterlagen
Einsetzbar zur Entspannung zwischendrin, als Stunden- oder Themeneinstieg, als Abschluss
Spieltempo: lebhaft

Anleitung:

Zwei setzen sich am Boden links und rechts von einem Dritten, der auf dem Bauch in ihrer Mitte liegt. Die Spielanleitung erzählt die Geschichte wie man einen guten Rosinenkuchen backt und die beiden Spieler massieren die liegende Person so, als würden sie den Kuchen backen:

- „Erst wird der Küchentisch abgewischt“ – über den Körper streichen
- „Dann Mehl darauf streuen“ – mit den Fingerspitzen zart klopfen
- „Das Mehl auf der Arbeitsfläche gut verteilen“ – mit den Fingern über den Rücken streichen
- „Jetzt wird der Teig geknetet“ – Zeit lassen zum Rückenkneten
- „Und nun wird der Teig mit dem Nudelholz ausgerollt“ – streichende Bewegungen
- „Die Rosinen werden einzeln in den Teig gedrückt“ – Druckbewegungen mit einzelnen Fingern
- „Anschließend kommt der Teig in den Ofen und wird gebacken“ – Hände auflegen, nach kurzem Verweilen die Stelle wechseln und den Körper so wärmen
- Wenn der erste Rosinenkuchen fertig gebacken ist, wird mit Rollenwechsel der zweite und dritte gebacken!

Mumie aufwecken – Deckenmassage

Alter: ab Grundschule
Gruppengröße: insgesamt beliebig – pro Spielgruppe 3 Personen
Dauer: 5 – 10 Min. pro Durchgang!
Material: Unterlage zum Liegen und pro Spielgruppe eine Decke
Ort: gemütlicher Raum mit Teppichboden oder Liegeunterlagen
Einsetzbar zur Entspannung zwischendrin, als Stunden- oder Themeneinstieg, als Abschluss
Spieltempo: ruhig bis lebhaft

Anleitung:

Eine Person der Dreiergruppe legt sich in die Decke eingewickelt auf den Boden (je nach eigener Vorliebe auf den Bauch oder den Rücken) und schließt die Augen. Die beiden anderen spielen Archäologen, die eine Mumie gefunden haben. Sie versuchen, durch eine vorsichtige und immer kräftiger werdende Massage die Mumie aufzuwecken. Anschließend Rollenwechsel.

„Oh, wie wohl ist mir!“

Alter: ab Grundschule
Gruppengröße: insgesamt beliebig
Dauer: 20 - 30 Min.
Material: Kiste mit unterschiedlichen Materialien wie z.B. Wolle, Samt, Felle, Federn, Seide, Holz, Schwamm, Bürsten, Pinsel, Watte;
evtl. Unterlage zum Liegen;
evtl. Hintergrundmusik

Ort: evtl. gemütlicher Raum mit Teppichboden oder Liegeunterlagen
Einsetzbar zur Entspannung zwischendrin, als Stunden- oder Themeneinstieg, als Abschluss
Spieltempo: ruhig

Anleitung:

- Spielpaare bilden, die sich im Raum verteilt hinsetzen oder einen Platz aussuchen, an dem sich die eine Person hinlegt und die andere neben ihr am Boden sitzen kann
- Die nicht liegende Person sucht sich aus der von der Spielleitung bereitgestellten Materialkiste ein paar Dinge aus
- Die liegende Person wird damit am Arm, Gesicht etc. berührt, gestreichelt (zart oder auch fester)
- Sie soll herausfinden, um welche Materialien oder Gegenstände es sich jeweils handeln könnte, nach was es sich anfühlt
- Es können auch mehrmals Gegenstände, Materialien aus der Kiste geholt werden
- Anschließend Rollentausch
- Je nach Alter der SpielerInnen und nach Spielintention evtl. anschließend Auswertungsgespräch im Spielpaar oder Vierergruppe und im Plenum. Mögliche Auswertungsfragen: „Welche Berührung/welches Material/welche berührte Körperstelle war besonders angenehm – unangenehm?“, „Wie ging es mir mit der Übung in den beiden Rollen?“

Baumübung

Alter: ab Grundschule
Gruppengröße: beliebig
Dauer: ca. 10 Min.
Material: ruhige aber bewegte Hintergrundmusik und Player
Ort: beliebig – gemütliche Atmosphäre von Vorteil
Einsetzbar zur Entspannung zwischendrin, als Stunden- oder Themeneinstieg, als Abschluss
Spieltempo: ruhig

Anleitung:

Ausgangsstellung: Lockeres, angenehmes Stehen im Raum verteilt – nicht zu eng, so dass für jeden ein Bewegungsspielraum bleibt; Beine hüftbreit, Knie locker, durchlässig, beweglich

gesprochene Begleitung:
Nimm den Kontakt Deiner Füße zum Boden wahr – wie Dein Körper durch die Füße hindurch sein Gewicht in den Boden abgibt …
Stell Dir vor: unter Deinen Füßen wachsen Wurzeln in den Boden – sie können tief hinunter in die Erde wachsen oder sich auch breit verfächern. Es können kräftige Wurzeln sein oder auch zarte. (Pause)
Du kannst Dir die Beschaffenheit und Farbe Deiner Wurzeln genauer vorstellen – wobei dies nicht biologisch richtig sein muss – Du kannst z.B. auch blaue, gelbe und bunte Wurzeln haben. (Pause)
Wenn Du das Bild Deiner Wurzeln deutlich vor Augen hast, wanderst Du nach oben in den Baumstamm, d.h. in Deine Beine und Deinen ganzen Körper und lässt diesen Stamm ein wenig vom Wind bewegen, so dass Du in ein Pendeln und Schwingen rund um Deinen Stand kommst (Gewicht nach vorne/hinten/rechts/links verlagern und dann kreisen).

Lass die Bewegung mühelos sein und den Atem fließen. Die Arme hängen frei aus den Schultern und der Kopf schwingt locker mit. Du kannst Dir Deinen Kopf als Baumkrone vorstellen, die sich dem Himmel entgegenreckt oder auch Deine Arme als Äste in den Himmel wachsen lassen (Arme bewegen sich leicht zur Musik).

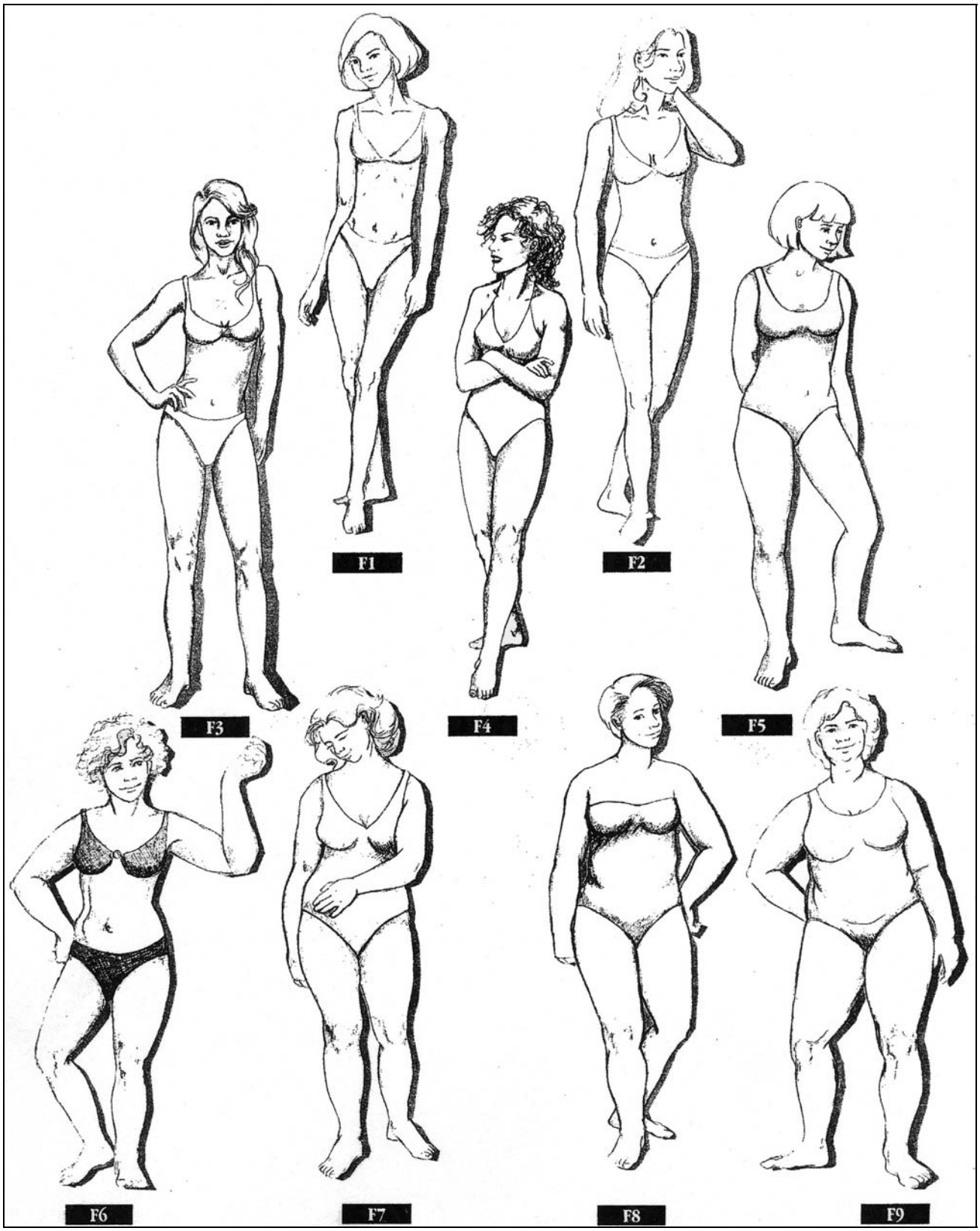
Abschluss:
Die Bewegung ausklingen lassen, den Nachhall im Körper spüren und mit der Aufmerksamkeit zurück in den Raum kommen.

Attraktives – gesundes Körpergewicht

Die Abbildungen der Frauen und Männer eignen sich für vergrößernde Kopien (jede Figur auf ein Blatt), sie können aufgehängt werden. Jede/r Schülerin bekommt zwei Klebepunkte, die sie/er zu der Frauen- und zu der Männergestalt klebt, die sie für die Attraktivste hält. Im zweiten Durchgang machen die SchülerInnen bei all den Figuren einen Strich auf das Bild, die für sie ein gesundes Körpergewicht haben.

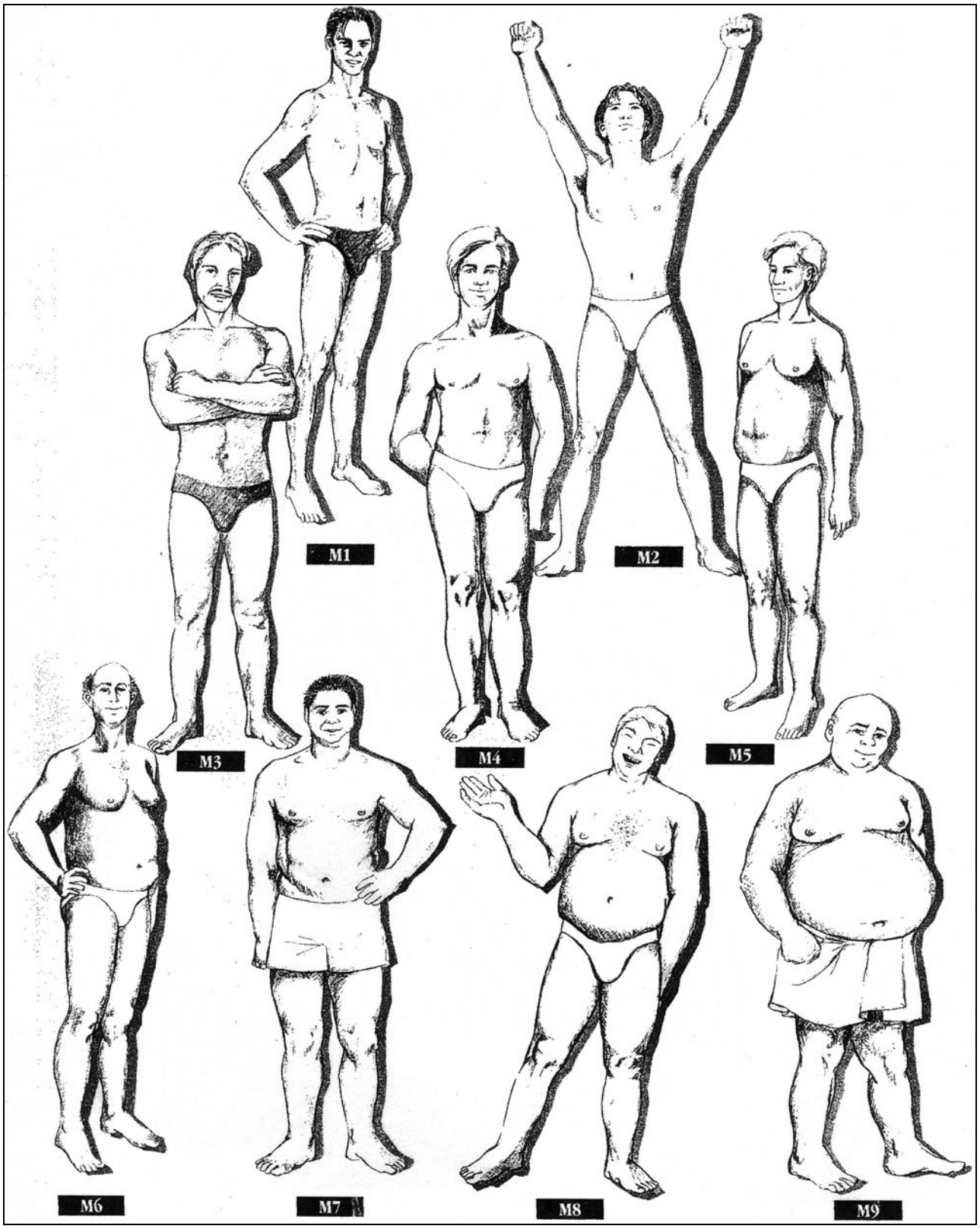
Anschließend wird das Ergebnis im Gespräch in der Gruppe ausgewertet (z.B.: „Ist attraktiv auch gleich gesund?“, „Gibt es Unterschiede in der Wahrnehmung und Bewertung?“, „Womit hängen diese Unterschiede zusammen?“ etc.) Wenn Mädchen und Jungen zwei unterschiedlich farbige Klebepunkte und Stiftfarben verwendet haben, kann auch der Unterschied zwischen der Einschätzung von Mädchen und Jungen herausgearbeitet werden.

Welches ist das attraktivste Körpergewicht?



Ein durchschnittliches Körpergewicht für Frauen (BMI 23,4) wird von Figur F4 repräsentiert (aus: „Schlankheitsideal“, aid).

Welches ist das attraktivste Körpergewicht?



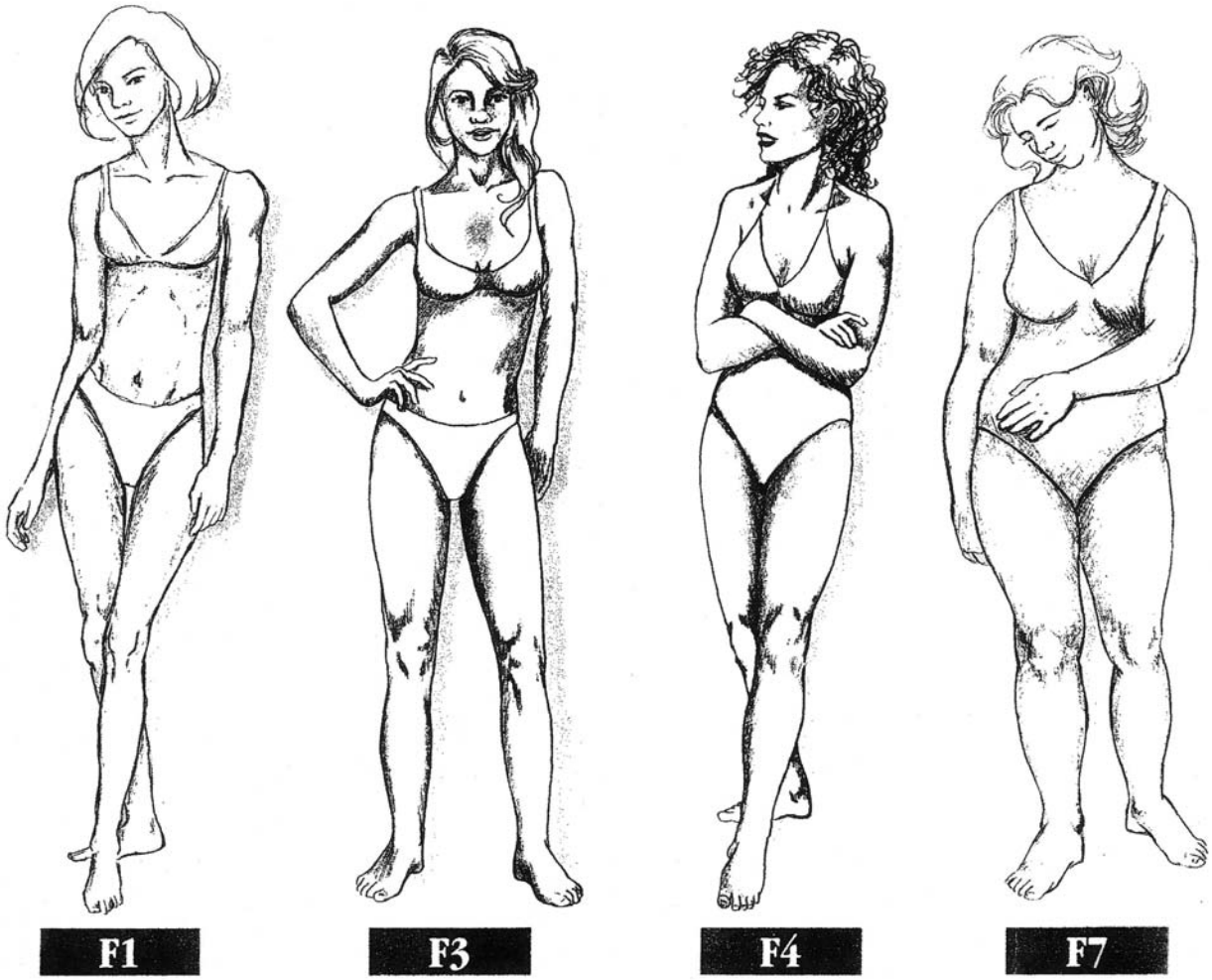
Ein durchschnittliches Körpergewicht für Männer (BMI 24,9) wird von Figur M4 repräsentiert (aus: „Schlankheitsideal“, aid).

Gesundes Gewicht der Frau

Was ist ein gesundes Gewicht? Das ist nicht so einfach zu beantworten. Zumindest liegt dabei kein extremes Unter- oder Übergewicht vor. Risiken wie z.B. Stoffwechselstörungen oder Gelenkbelastungen sind gemindert. Allerdings ist unsere Vorstellung, wie ein Mann oder eine Frau mit einem „richtigen" Gewicht auszusehen hat, häufig verzerrt. Wir haben häufig ein viel extremeres Bild im Kopf. Teste dich selbst und wähle die Frau mit

a) dem „gesunden“ und mit

b) dem „attraktivsten" Körpergewicht aus. Vergleiche dein Ergebnis mit dem deiner MitschülerInnen.

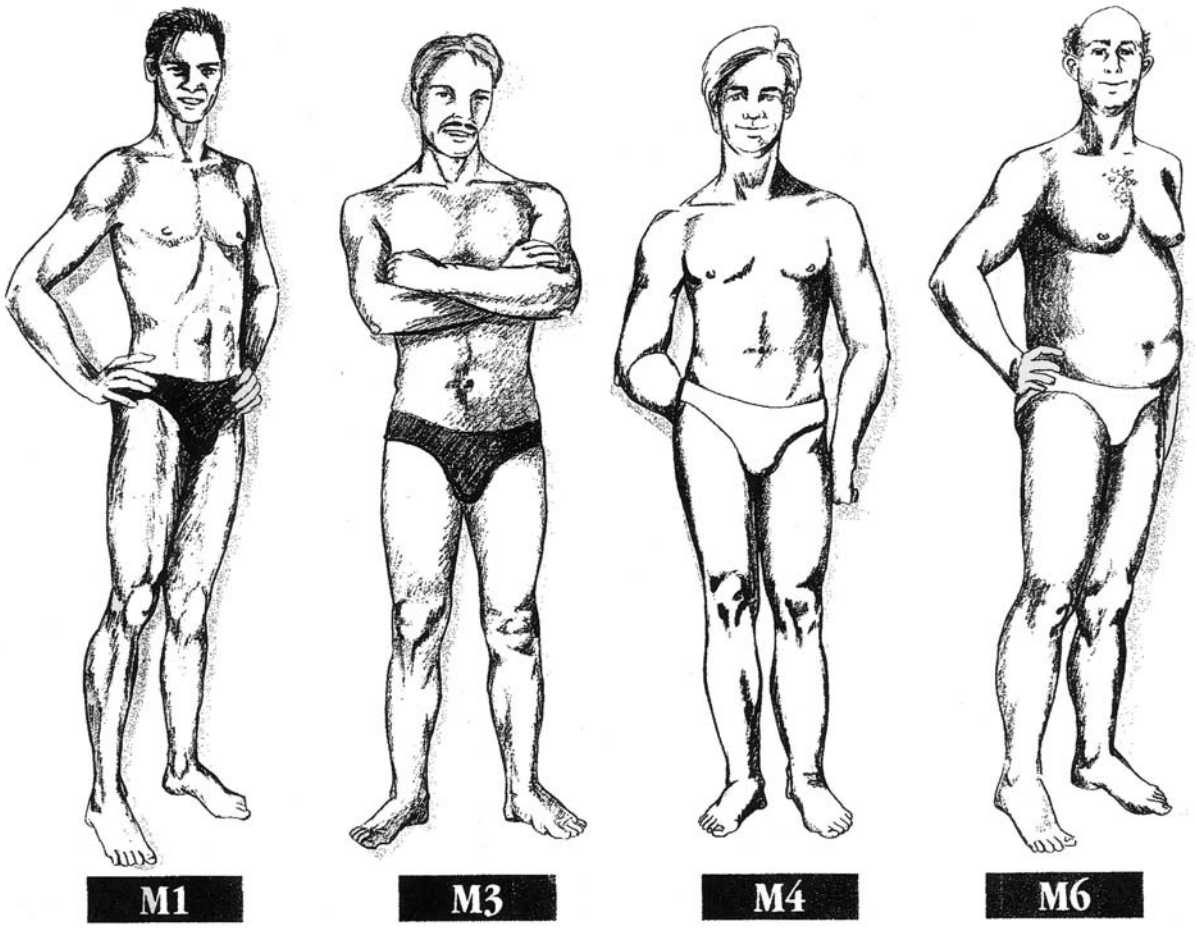


Gesundes Gewicht des Mannes

Was ist ein gesundes Gewicht? Das ist nicht so einfach zu beantworten. Zumindest liegt dabei kein extremes Unter- oder Übergewicht vor, Risiken wie z.B. Stoffwechselstörungen oder Gelenkbelastungen sind gemindert. Allerdings ist unsere Vorstellung, wie ein Mann oder eine Frau mit einem „richtigen“ Gewicht auszusehen hat, häufig verzerrt. Wir haben häufig ein viel extremeres Bild im Kopf. Teste dich selbst und wähle den Mann mit

a) dem „gesunden“ und

b) dem „attraktivsten“ Körpergewicht aus. Vergleiche dein Ergebnis mit dem deiner MitschülerInnen.



Literatur

1. **Ess-Störungen**
   Sonja Knoll
   Berner Lehrmittel- und Medienverlag BLMV 1998
   Güterstr. 13, CH – 3008 Bern
   ISBN 3-906721-65-5, BLMV-Artikel-Nr. 24.341.06
   Broschürenstelle Tel.: (01 80) 5 32 93 29

2. **Dünn und dann?**
   Ein Arbeitshandbuch rund um Essen und Schönheit für Mädchen ab 10.
   Hrsg.: Zentralstelle gegen die Suchtgefahren Schleswig-Holstein e.V. (LSSH),
   Koordinationsbüro, Schauenburger Str. 36, 24105 Kiel
   Tel.: (04 31) 56 47 70

3. **„Verflixte Schönheit“**
   Koffer und Projektideen für die Schule (Video, Kreativmaterial)
   DAK, Postfach 101444, 20009 Hamburg

4. **Mal dick mal dünn**
   Extra Heft. Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen
   (Fachreferat der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen)
   Leisewitzstr. 26, 30175 Hannover
   Tel.: (05 11) 85 87 88

5. **Essgewohnheiten**
   Materialien für die 5.-10. Klasse
   Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln, Klett Verlag 1994

6. **Nichts leichter als Essen?**
   Ess-Störungen im Jugendalter. Ein Leitfaden für Schule und Jugendarbeit
   Dagmar Preiß, Anja Wilser
   Zu bestellen bei:
   MädchenGesundheitsLaden, Lerchenstr. 54, 70176 Stuttgart
   Tel.: (07 11) 2 23 99 82; Fax (07 11) 2 26 25 67
   eMail: maedchengesundheitsladen@t-online.de

7. **„Kompakt – Das GUT DRAUF-Kommunikationspaket“**
   Bewegen, entspannen, essen - aber wie? Eine Jugendaktion der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
   Zu beziehen bei der BZgA, Postfach 910152, 51071 Köln

8. **„Schlankheitsideal“**
   aid (Hrsg.)
   Bestelladresse: Vertrieb DVG, Birkenmoor 8, 53340 Meckenheim,
   Tel.: (0 22 25) 92 61 46 oder (0 22 25) 92 61 18

9. **„Superschlank“** (erscheint voraussichtlich im Sommer 2003)
   Landratsamt Neu-Ulm, Kantstr.8, 89231 Neu-Ulm,
   Tel.: (07 31) 70 40-733,
   eMail: katja.hohenadel@lra.neu-ulm.de

Susanne Schüll, Dipl. Soz. Päd. (FH)

Anad e.V. – pathways
Psychosoziale Beratungsstelle bei Ess-Störungen, Seitzstraße 8
80538 München
Tel. (089) 24 23 99 6-0
eMail: Kontakt@ANAD-pathways.de
Internet: www.anad-pathways.de

und

Sabine Schoberth-Bernard, Dipl. Soz. Päd. (FH)

Aktionskreis Ess- und Magersucht, Cinderella e.V.
Westendstraße 35
80339 München
Tel. (0 89) 5 02 12 12
eMail: cinderellaberatg@aol.com
Internet: www.cinderella-rat-bei-essstoerungen.de

Body Mass Index

Der Body Mass Index (BMI; *Körper-Masse-Index*) ist ein Maß für das Körpergewicht. Er wird berechnet, indem man das Gewicht durch das Quadrat der Größe in Meter teilt (kg/m²):

$$\text{BMI} = \frac{\text{Gewicht in kg}}{(\text{Größe in m})^2}$$

Nach den Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation wird der BMI beurteilt wie folgt:

Normalgewicht: BMI 18,5 – 24,9 kg/(m)²

Übergewicht: BMI 25,0 – 29,9 kg/(m)²

Eine Fettsucht (Adipositas) besteht, wenn der BMI über 30,0 kg/(m)² liegt; die Stärke der Adipositas wird weiter je nach Höhe des BMI in verschiedene Grade (Adipositas Grad I-III) unterteilt.

Ein Untergewicht liegt vor, wenn der Body Mass Index 18,5 kg/m^2 unterschreitet.

Körper, Macht, Geschlecht

Gitta Mühlen Achs

Weiblichkeit und Männlichkeit wird alltäglich auch durch die Körpersprache zum Ausdruck gebracht, durch bestimmte Arten der Selbstdarstellung und bestimmte Verhaltensmuster (*doing gender*). Als „männlich“ gilt, wenn man sich breit macht, raumgreifend und selbstbewusst auftritt, laut ist und sich fordernd bis aggressiv verhält. Als „weiblich“ hingegen erscheint es uns, wenn Menschen sich dünn und schmal machen, räumlich anspruchslos sind, sich eher selbstaufmerksam und unsicher als selbstbewusst verhalten, still, leise und bescheiden auftreten und sich vor allem auch als abhängig von Beziehungen, vom Urteil und der Bewunderung anderer erweisen. Im Workshop werden wir solche „genderisierten“ Verhaltensmuster feststellen und unter dem Aspekt von Macht, Dominanz und Unterordnung analysieren. Welche rückwirkenden Auswirkungen hat genderisiertes Verhalten auf die ProtagonistInnen selbst? Wie wirken sie auf Beobachter und Beobachterinnen? Auf dem Hintergrund dieser Erkenntnisse können wir dann im zweiten Schritt versuchen, unsere Körpersprache aus dem Geschlechterkontext herauszulösen und Ansätze entwickeln, sie entsprechend den allgemeinen Vorstellungen von Selbstbewusstsein, Gleichwertigkeit und Gleichberechtigung neu zu konfigurieren.

Eine solche Arbeit mit Körpersprache kann sehr gut auch mit Jugendlichen gemacht werden, um sie die Verankerung ihrer Identität als Mädchen und Jungen, ihres Selbstbewusstseins, ihrer sozialen Umgangsmuster im Konzept von Gender bewusst erleben zu lassen und ihnen einen neuen Spielraum jenseits von Gender zu eröffnen.

Literatur

Mühlen Achs G (1998): Geschlecht bewusst gemacht. Körpersprachliche Inszenierungen – ein Bilder- und Arbeitsbuch. Verlag Frauenoffensive, München.

Vgl. dazu auch Beitrag S.50ff.

Dr. phil. Gitta Mühlen Achs

Ludwig-Maximilians-Universität
Department Psychologie/Sozialpsychologie
Leopoldstraße 13
80339 München
Tel. (0 89) 21 80 62 66
eMail: muehlen@psy.uni-muenchen.de

Essen – Last oder Lust?

Claudia Burmeister

Interaktive Methoden in der MultiplikatorInnenarbeit mit LehrerInnen und anderen pädagogischen Fachkräften.
In diesem Workshop können Suchtpräventionsfachleute am „eigenen Leib" verschiedene Übungen kennenlernen, die in MultiplikatorInnenseminaren eingesetzt werden können. Sie beziehen sich auf die gesamte Präventionsarbeit im Sinne der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, d.h. auch auf das Ansprechen und Begleiten von gefährdeten und betroffenen Jugendlichen. Die Übungen zu primärer Prävention zielen auf die Bereiche

- *Verbesserung der Körperwahrnehmung und Körperakzeptanz*
- *Stärkung des Selbstwertgefühls*
- *Kritische Auseinandersetzung mit Schönheitsidealen*
- *Förderung der Konfliktfähigkeit*
- *Auseinandersetzung mit dem eigenen Essverhalten*
- *Konstruktiver Umgang mit Gefühlen*

In der MultplikatorInnenarbeit mit LehrerInnen geht es vor allem darum, das eigene Modellverhalten zu überprüfen, Verständnis für die Dynamik von Ess-Störungen zu entwickeln und Gesprächsregeln für den Umgang mit Betroffenen zu erarbeiten.

Aufgrund der großen Nachfrage fanden zwei Workshops statt. Es wurden Übungen besprochen und ausprobiert, die PädagogInnen dazu anregen sollen, sich selbst mit ihrem Verhältnis zu Essen, Gewicht und Schönheitsidealen auseinanderzusetzen und die helfen können, ein besseres Verständnis für die Dynamik einer Ess-Störung zu entwickeln. Diese Übungen decken sich zum Teil mit den Übungen, die mit Mädchen/Jugendlichen in Schulklassen, Jugendgruppen etc. durchgeführt werden können.

Zum Einstieg tauschten sich die TeilnehmerInnen paarweise darüber aus, wann und wo sie zum letzten Mal genussvoll gegessen hatten, welche Essensregeln sie aus ihrer Herkunftsfamilie kennen und wie sie an dem betreffenden Seminartag mit Essen umgegangen waren (Wann gegessen? Aus Hunger? Aus Gewohnheit? Wie ausgewählt? Gedanken über Kalorien? Empfindungen vor/während/nach dem Essen? ...).

Es wurde gemeinsam an einer Wandzeitung der psychologische Gewinn von

- Essen/Überessen
- Hungern/Fasten
- Erbrechen
- Dicksein
- Dünnsein

erarbeitet, wobei die TeilnehmerInnen vorwiegend aus eigenen Erfahrungen berichten sollten bzw. versuchen sollten, sich in die jeweilige Situation einzufühlen.

Weiterhin wurden folgende interaktive Methoden durchgespielt:

- Ich schätze an mir
- Mein Reservetank

- Mein Körper
- Abgrenzungsübung
- Die Party
- Meine Rabattmarkensammlung
  (Beispielhaft wird die letzte Übung im Anschluss genauer beschrieben)

Bei der Referentin kann eine Mappe erworben werden mit 40 Übungen zu den Bereichen

- Schönheitsideale
- Essverhalten
- Körperwahrnehmung
- Umgang mit Gefühlen
- Selbstbewusstsein
- Kommunikation/Konfliktbewältigung

Es wurde diskutiert was bei der Durchführung in MultiplikatorInnenseminaren besonders zu beachten ist und für welche Gruppen bzw. Settings diese Methoden sich eignen.

Ein erstes Ansprechen betroffener Jugendlicher wurde im Rollenspiel unter Berücksichtigung verschiedener Rahmenbedingungen (Vorgeschichte, Art des Kontaktes, Dramatik der Symptome etc.) erarbeitet. Ebenso wurden Elterngespräche durchgespielt mit anschließender Feedback-Runde.

Die Referentin berichtete, dass MultiplikatorInnenseminare ihrer Erfahrung nach vorwiegend von PädagogInnen besucht werden, die Hilfestellungen für das Vorgehen bei konkreten Verdachtsfällen in ihrer aktuellen Arbeitssituation suchen. Diesem Schwerpunkt sei also bei der Planung entsprechend viel Zeit einzuräumen. Der theoretische Teil mit Grundinformationen könnte dagegen oft kurz abgehandelt werden, da viele TeilnehmerInnen ein recht umfangreiches Wissen über die Krankheitsbilder mitbrächten.

Die Party

Ziel	Persönliche Einstellungen und Gefühle bezüglich Dick/Dünnsein kennenlernen
Altersgruppe	ab 14 Jahre
Gruppengröße	bis 30 TeilnehmerInnen, unterteilt in Kleingruppen à 6 bis 8 TeilnehmerInnen
Material	keines
Zeitrahmen	ca. 90 Min.
Quelle	Bonetti, Dünn und dann?

Beschreibung siehe Seite 71 (DICK und DÜNN)

Auswertung

1. Welche Aspekte von Dickseins/Dünnseins waren dir bisher nicht bewusst?
2. Hast du etwas darüber erfahren, welche Teile deiner Person im Dicksein Ausdruck finden?
3. Hast du etwas darüber erfahren, welche Teile deiner Person im Dünnsein Ausdruck finden?

4. Was hast du darüber erfahren, wie es wäre, deine Idealfigur zu haben?
5. Hast du Ängste wahrgenommen, als du dick/dünn/schlank warst?

Meine Rabattmarkensammlung

Ziel	Wahrnehmung von Gefühlen, Kennenlernen verschiedener Formen, Gefühle auszudrücken; konstruktiver Umgang mit Konflikten
Altersgruppe	ab 14 Jahre
Gruppengröße	bis 30 Personen, Austausch in Kleingruppen á 4 bis 6 Personen
Material	Schreibzeug, Papier
Zeitrahmen	ca. 90 Min.
Quelle	Übung aus der Transaktionsanalyse

Beschreibung

Psychologische Rabattmarken sind bestimmte Gefühle oder Erinnerungen an Gefühle, die gesammelt werden, um sie eines Tages gegen einen psychologischen Gewinn einzutauschen. Viele Menschen sammeln gern z.B. „Ärgermarken“.

Beispielsweise ärgert sich ein Mädchen immer wieder über das Zuspätkommen einer Freundin. Wenn sie diesen Ärger nicht rechtzeitig ausdrückt und deutlich sagt, dass sie erwartet, dass die Freundin in Zukunft rechtzeitig kommt, kann es sein, dass sie irgendwann einen Wutausbruch bekommt, bei dem sie die Freundin unangemessen und verletzend beschimpft, oder dass sie den Kontakt ganz abbricht.

Auswertung

- Wo sammle ich „Ärgermarken“?
- Wie sähe die „Endauszahlung“ aus, wenn ich weiter sammle?
- Wie könnte ich meinem Ärger Ausdruck verschaffen?
- Wie kann ich die bestehende Sammlung abbauen?
- Wie kann ich dafür sorgen, dass ich nicht immer wieder in dieselbe Situation gerate?

Zuerst schriftliche Einzelarbeit, anschließend Austausch in Kleingruppen. Zu beachten: möglichst konkrete Schritte planen, nicht bei allgemeinen Aussagen bleiben.

Claudia Burmeister, Dipl. Soz. Päd. (FH)

Frauengesundheitszentrum e.V. Regensburg
Untere Bachgasse 12/14
93047 Regensburg
Tel. (09 41) 8 16 44
eMail: BurmeisterClaudia@gmx.de

Geschlechtsspezifische Aspekte des Suchtverhaltens und der Prävention
Suchtprävention unter dem Genderaspekt

Anne Fromm, Wolfram Skasa-Weiß

Moderne Suchtpräventionskonzepte haben sich weg von einer zumeist drogenspezifischen und geschlechtsneutralen, häufig unter dem Aspekt der Abschreckung transportierten Aufklärung hin zu einem differenzierten Ansatz der Befähigung („Lebenskompetenzförderung“) entwickelt. Im Blickpunkt steht nun der Mensch, bzw. die Ausrichtung an der Lebenswelt von Zielgruppen, bei der Suchtgefährdungen in problematischen Entwicklungsverläufen bzw. bei fehlenden Bewältigungsressourcen ausgemacht werden.

Dieser Ansatz ist heute aus der Präventionsarbeit nicht mehr wegzudenken, unterscheiden sich doch z.B. sowohl Entwicklungsprobleme wie auch die zur Verfügung stehenden Bewältigungsressourcen in der konkreten Lebenswelt der Adressaten von Suchtprävention z.B. bei Mädchen und Jungen. Bereiche wie Suchtentwicklung und Suchtformen weisen daher auch später bei Frauen und Männern unterschiedliche Ausprägungen auf und setzen somit für Jungen- bzw. Mädchenarbeit in der Suchtprävention einen Geschlechter-differenzierenden Blickwinkel voraus.

Der Aspekt des „Gender“ (das „soziale Geschlecht“) spielt hierbei eine wichtige Rolle, belegen doch Ergebnisse aus zahlreichen Studien der Geschlechterforschung, dass Mädchen und Jungen von Geburt an gesellschaftlich immer noch auf ein bestimmtes Verständnis und auf Idealbilder ihrer Geschlechtlichkeit (Mann – Frau) festgelegt werden (→„Doing Gender“). Durch die Orientierung an und die Verfestigung von sozial vorgefundenen Normen von „Männlichkeit – Weiblichkeit“ lassen sich somit immer wieder „hausgemachte“ (oftmals auch unbeabsichtigte) geschlechtsstereotype Fortschreibungen von Benachteiligungen bzw. Einschränkungen einer selbstbestimmten Lebensführung von Mädchen und Jungen aufzeigen (Diskriminierungen, Ausgrenzungsmuster, u.a. ...).

In der Pädagogik allgemein wie auch in der Suchtprävention speziell ist Genderpädagogik als ein grundlegender Ansatz zu begreifen, der vorgibt, Individuen in ihrer Geschlechtlichkeit zu stärken, der Polarisierung entgegenzuwirken und Strukturen, die eine Geschlechterhierarchie unterstützen, zu beeinflussen. Im Sinne von „Gender Mainstreaming“ geht es letztlich um eine Einbindung der Chancengleichheit in sämtliche politische Konzepte und Maßnahmen der Gemeinschaft, um bei allen gesellschaftlichen Vorhaben unterschiedliche Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern von vornherein und regelmäßig zu berücksichtigen.

In dem Workshop sollte den Teilnehmerinnen und Teilnehmern – neben Austausch und Information – die Möglichkeit gegeben werden, die konkrete Arbeit mit gemischtgeschlechtlichen wie auch homogenen Gruppen kennen zu lernen, die eigene Erziehung zur Männlichkeit bzw. Weiblichkeit zu hinterfragen und die Bedeutung geschlechtsspezifischer Aspekte für eine wirksame Suchtprävention und Förderung von Lebenskompetenzen kennen zu lernen. Denn als Förderer/Förderinnen von Jungen und Mädchen im Rahmen von Suchtprävention müssen wir zunächst bei uns selbst, bei unseren eigenen Ressourcen, Verhaltens-, Konsum-, und Beziehungsmustern anfangen und uns darüber klar werden, ob und wie wir diese transportieren (wollen).

Bericht aus dem Workshop

Die einzelnen Themenaspekte wurden jeweils am Vor- und Nachmittag mit unterschiedlichen TeilnehmerInnen durchgeführt.

Zu Beginn stellte die Workshopleitung die Arbeit des Präventionsprojektes INSIDE und anschließend den geplanten Ablauf des Workshops vor, der sich in folgende Teile gliedern lässt:

1. Warm-Up

Begonnen wurde mit einem „persönlichen Porträt", einer Warm-Up-Methode, die sowohl dem gegenseitigen Kennenlernen, wie auch der Hinführung und Austauschmöglichkeit zum Thema dient. Immer in Zweiergruppen aufgeteilt, stellten sich zwei TeilnehmerInnen mit Hilfe eines vorher ausgefüllten Bogens der gesamten Gruppe unter den Gesichtspunkten

- *„Meine Arbeitsstelle"…*
- *„Meine Zielgruppe(n)"…*
- *„Was mir am „Mann-Sein" / „Frau-Sein" gefällt …*

vor. Die unter geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten vorgetragene letzte These bot den TeilnehmerInnen einen Einstieg ins Thema über die Auseinandersetzung mit den eigenen Potenzialen und „starken Seiten".

2. Einführung in den „Genderaspekt"

Die TeilnehmerInnen erhielten per Vortrag und anschließender Diskussion die Möglichkeit eines kurzen Einstiegs in die Thematik „Suchtprävention unter dem Genderaspekt", wobei hierbei die Begriffsklärungen eine zentrale Rolle spielten:

- **„Gender"** bezeichnet das soziale Geschlecht, und stellt damit genau den Aspekt von Geschlechtlichkeit in den Mittelpunkt, der durch Sozialisation auf allen Ebenen beeinflussbar ist.
- **Genderpädagogik** beinhaltet eine Geschlechter-differenzierte Sichtweise in homogenen und koedukativen Zusammenhängen. Sie nivelliert nicht und hebt Differenzierungen nicht auf (Dekonstruktionstheorie), sondern kann eine Ausweitung der Differenzierung **(Geschlechtervielfalt)** befördern. Damit soll verhindert werden, dass ein spezifischer Blick auf die Geschlechter aufgegeben wird.
- **„Doing Gender": „**Männliche und weibliche Individuen sind nicht nur Produkte des Geschlechterverhältnisses, sie gestalten es auch durch ihre eigene Lebenspraxis, in der sie Vorgaben aufgreifen, interpretieren und verändern" (Ute Schad in: Frauenrechte und kulturelle Differenz).
- In der Pädagogik allgemein wie auch in der Suchtprävention speziell ist **Genderpädagogik** als ein grundlegender Ansatz zu begreifen, der vorgibt Individuen in ihrer Geschlechtlichkeit zu stärken, der Polarisierung entgegenzuwirken und Strukturen, die eine Geschlechterhierarchie (nicht nur Mann – Frau) unterstützen, zu beeinflussen.
- Genderpädagogik soll sich politisch einmischen, um zu bewirken, dass flexiblere und nicht nur von Geschlechterhierarchie geprägte Strukturen geschaffen werden. Die Strategie des **„Gender Mainstreaming"** soll eine Einbindung der Chancengleichheit in sämtliche politische Konzepte und Maßnahmen der Gemeinschaft im Sinne eines Top-Down Verfahrens („von oben nach unten") gewährleisten.

3. Methode „Lebensfluss“

Im letzten Abschnitt des Workshops sollte es nun darum gehen, sich mit den eigenen Förderern bzw. Förderinnen auseinanderzusetzen und deren Bedeutung für die Entwicklung der eigenen Potenziale sowie der Konstruktion von Männlichkeit/Weiblichkeit zu hinterfragen. Aufgeteilt in geschlechtshomogene Gruppen sammelten die TeilnehmerInnen ihre männlichen Förderer (→ Männergruppe), bzw. ihre weiblichen Förderinnen (→ Frauengruppe). Dies wurde methodisch unterstützt durch einen persönlichen „Lebensfluss“, d.h. jede/r zeichnete auf ein Blatt Papier ihren/seinen ganz persönlichen Lebensweg von Geburt an bis zum jetzigen Zeitpunkt. Die im o.g. Sinne bedeutenden Bezugspersonen konnten nun im Bild an markanten oder weniger markanten Lebensabschnittspunkten eingetragen werden, die jeweiligen „Förderkonzepte“ auf ihre Geschlechtsspezifität hinterfragt und der Kleingruppe vorgestellt werden. Im Anschluss daran kam man in der Gesamtgruppe zusammen, um sich die wesentlichen Ergebnisse gegenseitig vorzustellen.

Neben der Vielfalt an Einblicken in die unterschiedlichsten bewusst und unbewusst wahrgenommenen Förderkonzepte bezeichneten die TeilnehmerInnen die Unterstützung eigener Wege als besonders hilfreich. Leider konnte der Transfer für die eigene Arbeitsstelle/Zielgruppen aus Zeitgründen nicht mehr detailliert besprochen werden. Es zeigte sich aber sowohl in den Kleingruppengesprächen wie auch im abschließenden Feedback, dass die „alltägliche“ suchtpräventive Arbeit mit den Zielgruppen aufgrund der vorangegangenen Übung bewusster und teilweise aus einem neuen Blickwinkel betrachtet werden konnte.

Einblick in die Gender-Projekte von INSIDE

Abschließend konnten sich die TeilnehmerInnen über speziell von INSIDE durchgeführte Gender-Projekte informieren. Hierbei standen Erfahrungen sowohl aus dem koedukativen, wie auch dem geschlechtshomogenen Bereich zur Verfügung.

Anne Fromm, Dipl. Päd.
Wolfram Saska-Weiß, Dipl. Soz. Päd. (FH)

Präventions-Projekt INSIDE, Condrobs e.V. München
Peschelanger 11
81735 München
Tel. (0 89) 67 92 08 38
eMail: insideatschool@condrobs.de
Internet: www.condrobs.de

Projektvorstellungen zur Prävention bei Kindern suchtkranker Eltern

I. Die Blauvögel
Arbeit mit Kindern aus suchtbelasteten Familien

Angelika Kern, Peter Zarling

Es reicht nicht mehr aus, den Suchtkranken einer therapeutischen/medizinischen Versorgung zuzuführen, sondern es muss in vermehrtem Maße das gesamte soziale Umfeld, in dem der Kranke lebt, mit einbezogen werden. In erster und dringlicher Linie betrifft dies die Familie des Suchtkranken.

Im Idealfall ist es zwar möglich, Partner, Angehörige oder auch Arbeitgeber in die Behandlung mit einzubeziehen, die Kinder jedoch werden dabei häufig „übersehen“. Dies liegt mitunter daran, dass Eltern selbst nach einer Behandlung glauben wollen, ihre Kinder – unabhängig von deren Alter – hätten in all den Jahren des Suchtmittelmissbrauchs nichts davon bemerkt. Nun, der Arbeitgeber wusste Bescheid, die Nachbarn hatten gemunkelt, nur die Kinder sollten von all dem nichts bemerkt haben?

Allgemeine Situation dieser Kinder

Kinder sind im System Familie immer der schwächste und schutzbedürftigste Teil. Sucht ist nicht nur eine Krankheit, sondern zugleich immer auch ein Symptom für eine Persönlichkeitsstörung und für psychische und soziale Probleme. Ihre Auffälligkeit besteht gerade darin, dass sie über Jahre hinweg vertuscht und verheimlicht werden kann, bevor Außenstehende die Sucht erkennen. Wenn wir weiter davon ausgehen, dass Kinder sich immer am Modell der Eltern orientieren, dann bedeutet dies, dass Kinder aus suchtbelasteten Familien erfahren und lernen, dass man zur Bewältigung problematischer Situationen „etwas nimmt“, also eine Droge konsumiert, um eine angenehme Wirkung zu erzielen. Statt Problembearbeitung findet so eine Bewusstseins- und Wahrnehmungsveränderung statt. Wenn ein Kind dies frühzeitig erlebt, dann gilt dieses Verhalten so lange als normal, bis *andere* Erfahrungen in *anderen* Familien im Austausch mit *anderen* Kindern gemacht werden können, z.B. im Kindergarten und in der Schule. Das Kind lernt aber – wie der Betroffene vor der Umwelt, der Partner vor Nachbarn und Angehörigen – Missstände zu verheimlichen, zu verbergen und zu verschweigen. Da auch in der Familie über dieses Problem nicht offen und nüchtern gesprochen wird, kann ein Kind auch nicht offen sprechen. Dazu bedarf es großen Vertrauens – gerade in einem Gespräch mit Vertretern offizieller Stellen. Es hat Angst vor einer Bestrafung der Eltern, wie auch Angst, von diesen bestraft zu werden. Oft genug fiel in Gesprächen das Wort „Verrat“.

Suchtkranke Eltern versuchen häufig alles, um ihren Kindern gute Eltern zu sein. Schuldgefühle und Schuldvorwürfe, Phasen der Abstinenz und des Konsums konfrontieren die Kinder. Die Folgen für sie sind: sie werden vernachlässigt, dann über die Maßen verwöhnt und zur Kontrolle eines Elternteils missbraucht. Ihre kindgemäßen Bedürfnisse bleiben zweitrangig und können oft von den Eltern nicht befriedigt werden.

Ein zentrales Problem für diese Kinder ist die permanente Überforderung. Sie sollen sich altersgemäß und kindgemäß verhalten, denn sonst fallen sie auf. Zugleich müssen sie öfter als dies ihre Altersgenossen tun – mitunter für Monate und Jahre – Aufgaben der Eltern übernehmen. So müssen sie Geschwister versorgen, die Mutter beruhigen, den Notarzt holen etc.. Sie werden von Vater und

Mutter befragt, zu Bündnissen gezwungen und ausgespielt. So lernen auch sie auszuspielen.

- Kinder in Familien Suchtkranker wachsen ohne konstanten festen Orientierungsrahmen auf.
- Es mangelt ihnen an Vertrauen und an Geborgenheit gegenüber Erwachsenen und damit auch an Vertrauen in sich selbst.
- Sie dürfen und können ihre kindgemäßen Bedürfnisse oft nicht ausleben. Sie werden früh gefordert und überfordert, wenn sie Aufgaben der Eltern übernehmen müssen.
- Sie wachsen oft in einem Milieu der Angst und Gewalt auf.
- Die Kinder leiden oft unter Schul- und Kontaktschwierigkeiten.
- Die Kinder fühlen sich mit ihren Gefühlen, Wahrnehmungen und Sehnsüchten, vor allem aber mit ihren Problemen allein gelassen.
- In Suchtfamilien herrscht häufig über Jahre hinweg ein anhaltender Dauerstress, und die Rolle als „Überlebensstrategie“ wird zum festen Bestandteil der Persönlichkeit. Am häufigsten sind hierbei für die Kinder folgende Rollen festzustellen: Helfer, Friedensstifter, Sündenbock, Partnerersatz, Clown, Held.

All dieses Wissen hat dazu geführt, dass es an unserer Beratungsstelle seit fast zehn Jahren eine Kindergruppe gibt.

Bei den Vorüberlegungen zu dieser Gruppe haben wir uns dafür entschieden Kinder der Altersgruppe 7 bis 14 Jahre aufzunehmen. Grund dafür ist, dass Kinder in diesem Alter beginnen, über Erfahrung und Verhaltensweisen zu reflektieren. Eine weitere Voraussetzung ist, dass wenigstens ein Elternteil auf Grund seiner Alkohol-, Medikamenten-, Drogenproblematik oder als Angehöriger eines solchen in Einzelbetreuung an einer Beratungsstelle ist und dem Kind die Erlaubnis gegeben hat, an der Kindergruppe teilzunehmen und dort über alles zu reden. Über die verschiedensten Möglichkeiten des Spiels und über einen festen Ablauf der Gruppenstunden versuchen wir bestimmte Bedingungen zu berücksichtigen und die folgenden Ziele zu erreichen:

- einen Schutz bietenden festen und konstanten Rahmen
- eine konstante Betreuung durch die gleichen Bezugspersonen
- Versuch, eine Vertrauensbeziehung zu den Kindern aufzubauen
- den Kontakt zu den Eltern halten, den Austausch suchen
- eine feste Struktur im Ablauf der Gruppenstunde
- Gestaltung von jahreszeitlichen Festen und Geburtstagen
- Planungs- und Gestaltungshilfen für Freizeit und Ferien für Kinder und Eltern

Das alleinige Ziel einer Kindergruppe darf und kann es nicht sein, das Thema Suchtkrankheit der Eltern „auf den Tisch zu bringen“. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass dies erst geschehen kann, wenn über gemeinsames Spiel und gemeinsame Erlebnisse das Vertrauen dazu groß genug wird.

Und hier das Wichtigste über unsere Kindergruppe „Blauvögel“

Beginn des Projekts/der Maßnahme:

Ende 1991 mit Kindern aus suchtbelasteten Familien, die zum damaligen Zeitpunkt zur Behandlung bzw. Beratung in die PSB Bamberg kamen.

Zielgruppe(n):

Kinder aus suchtbelasteten Familien im Alter von 7 bis 14 Jahren, zu Beginn acht Kinder, deren Eltern in das Setting der PSB eingebunden sind und bei denen eine Suchtproblematik (Alkohol-, Medikamenten- und/oder Drogenabhängigkeit, „Co-Abhängigkeit“) vorliegt. Nach vorheriger Absprache steht die Kindergruppe auch Kindern offen, deren Eltern der Beratungsstelle noch nicht bekannt sind.

Geschichte des Projekts/der Maßnahme:

Spontane Aktion der Gruppenbildung, da Kinder in der Beratungsstelle bisher kaum Raum hatten. Ergänzt wurde diese Aktion durch Zusatzausbildungen in systemischer Familientherapie der Mitarbeiter.

Personelle Ausstattung:

Die Arbeit mit den Kindern wird von zwei Mitarbeitern (Dipl. Sozialpädagogen/-in, Vollzeit) im Rahmen ihres Auftrages an der PSB geleistet.

Räumlich-sachliche Ausstattung:

Räumlichkeiten der PSB stehen zur Verfügung (Gruppenraum, Beratungszimmer, Garten), sowie Bastel-, Spiel- und Malmaterialien verschiedenster Art.

Hauptsächliche Zuweisungswege (Überweisungskontext):

Klienten, deren Kinder zwischen 8 und 13 Jahre alt sind, werden durch die Mitarbeiter der PSB über die Kindergruppe informiert und an die beiden „verantwortlichen Mitarbeiter“ verwiesen.

Anfragen von anderen Institutionen (Erziehungsberatung, Gesundheitsamt etc.)

Schwerpunkte der Öffentlichkeitsarbeit:

- Presseartikel, Radiointerviews
- Fortbildungsveranstaltung für ErzieherInnen, LehrerInnen und anderweitiges pädagogisches Personal
- Elternabende

Publikationen zum Projekt/zur Maßnahme:

Zeitungsartikel, Jahresberichte, Konzept (wird auf Anfrage zugesandt)

Angelika Kern, Peter Zarling

Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle
für Suchtkranke und deren Angehörige
Friedrichstr. 19, 96047 Bamberg
Tel. (09 51) 2 10 00
Fax (09 51) 2 08 28 10
eMail: psb@caritas–bamberg.de

II. Kind – S(s)ucht – Familie
Prävention bei Kindern suchtbelasteter Eltern

Jürgen Bergfeld

Das Projekt Kind – S(s)ucht – Familie wurde in Landsberg am Lech im Jahre 2000 und 2001 durchgeführt und wird im Jahr 2003 fortgesetzt. Die Motivation zu diesem Projekt deckt sich mit den Schilderungen der Kollegen aus Bamberg („Die Blauvögel“), mit denen ich zusammen unser Projekt vorgestellt habe.

Die Gruppe bestand aus acht Mädchen und sieben Jungen zwischen 6 und 13 Jahren. Es fanden zehn Doppelstunden mit zusätzlich drei begleitenden Elternabenden statt.

Bedingung für die Aufnahme der Kinder in therapeutische Gruppen der SOS-Erziehungsberatungsstelle Landsberg war die zeitgleiche Behandlung des suchtkranken Elternteils in der Beratungs- und Behandlungsstelle der Caritas Landsberg. Das Gesundheitsamt fungierte beratend und kümmerte sich um finanzielle und darstellende Aspekte.

Ziel dieses Projektes war es, Kindern aus Suchtfamilien einen Schutzraum zu bieten, in dem sie sein dürfen wie sie sind. Sie sollten ein Stück auf ihrem Entwicklungsweg begleitet werden und lernen, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu entwickeln. Wichtig war der Austausch mit anderen Kindern unter therapeutischer Leitung, die Förderung der eigenen Körper- und Gefühlswahrnehmung sowie die Unterstützung im Umgang mit Konflikten. Ferner wurde auf das Erlernen neuer und angemessener Strategien zum Lösen von Problemen hingearbeitet.

Nach Ablauf des Projektes erwies sich die Voraussetzung, dass Eltern gleichzeitig Beratung und Behandlung in Anspruch nehmen mussten, als wichtigste Bedingung zu Gunsten der Kinder.

Jürgen Bergfeld

Gesundheitsamt Landsberg/Lech
Kohlstattstraße 8
86899 Landsberg/Lech
Tel. (0 81 91) 94 88 32
eMail: GesundheitsamtLL@freenet.de

Beratungs- und Therapieangebote bei Ess-Störungen

Ambulante Einrichtungen

Caritasverband Amberg e.V.
Fachambulanz für Suchtprobleme
Luitpoldstraße 2, 92224 **Amberg**
Tel. (0 96 21) 47 55 40
Fax (0 96 21) 47 55 40

Stadt Augsburg, Gesundheitsamt
Sozialpsychiatrie
Karmelitengasse 11, 86152 **Augsburg**
Tel. (08 21) 3 24 20 55

Caritasverband für die Diözese Augsburg
Suchtberatungs- und Behandlungsstelle
Sebastian-Kneipp-Gasse 12, 86152 **Augsburg**
Tel. (08 21) 3 45 54-0
Fax (08 21) 3 45 54-39

Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke
Hainstraße 15, 96047 **Bamberg**
Tel. (09 51) 2 10 00 oder 2 10 09
Fax (09 51) 2 08 28 10

Klang-Raum
Praxis für Musik- und Psychotherapie
Promenadestraße 19, 96047 **Bamberg**
Tel. (09 51) 20 83 615
Fax (09 51) 2 0 83 615

Die Brücke
Fachambulanz für Suchtkranke
Berliner Platz 3, II. St., 84489 **Burghausen**
Tel. (01 71) 17 68-2 77 (Fr. Kainz)

Psychosoziale Beratung und Behandlung
Fachambulanz für Suchtprobleme
Kirchgasse 12, 84130 **Dingolfing**
Tel. (0 87 31) 20 01

Psychosoziale Beratungsstelle des Blauen Kreuzes
Ostenstraße 31, 85072 **Eichstätt**
Tel. (0 84 21) 97 36-0

PROP e.V.
Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle
Oberer Graben 22, 85354 **Freising**
Tel. (0 81 61) 34 16
Fax (0 81 61) 34 35

Con-Drobs e.V.
Suchtberatungsstelle
Elternkreise
Martinswinkelstraße 13, 82467 **Garmisch-Partenkirchen**
Tel. (0 88 21) 7 20 21
Fax (0 88 21) 7 20 23

Caritas-Zentrum Ebersberg
Fachambulanz für Suchtkranke
Kircherstraße 6, 85567 **Grafing**
Tel. (0 80 92) 50 24

Caritasverband für die Diözese Eichstätt e.V.
Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtgefährdete und -erkrankte
Jesuitenstraße 4, 85049 **Ingolstadt**
Tel. (08 41) 30 91 38

Caritasverband für die Stadt Kempten e.V.
Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle für Abhängige
Lingstraße 4, 87435 **Kempten**
Tel. (08 31) 2 50 19

Caritasverband für den Landkreis Landsberg
Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle bei Suchtproblemen
Brudergasse 215, 86899 **Landsberg am Lech**
Tel. (0 81 91) 94 29 16
Fax (0 81 91) 94 10 75

Fachambulanz für Suchterkrankungen
Franz-und-Johann-Wallach-Straße 12, 83714 **Miesbach**
Tel. (0 80 25) 28 06 60
Fax (0 80 25) 28 06 94
eMail: Fachambulanz@Miesbach.net

Con-Drobs e.V.
Außenstelle Mittenwald
Am Anger 2, 82481 **Mittenwald**
Tel. (0 88 23) 93 24 12
Fax (0 88 23) 93 24 13

Selbsthilfezentrum München
Bayerstraße 77, 80335 **München**
Tel. (0 89) 53 29 56-11
Fax (0 89) 53 29 56-60

Fachambulanz für Ess-Störungen
im Therapieverbund der Caritas
Landwehrstraße 26-IV, 80336 **München**
Tel. (0 89) 23 11 49-70
Fax (0 89) 23 11 49-76
eMail: faessstoerungen@caritasmuenchen.de

Cinderella
Aktionskreis Ess- und Magersucht e.V.
Westendstraße 35, 80339 **München**
Tel. (0 89) 5 02 12 12
Fax (0 89) 5 02 25 75
eMail: CinderellaBeratg@aol.de

ANAD e.V.
Psychosoziale Beratungsstelle für Ess-Störungen
Seitzstraße 8, 80538 **München**
Tel. (0 89) 24 23 99 60
Fax (0 89) 24 23 99 66
eMail: Kontakt@ANAD-pathways.de
Internet: http://www.ANAD-pathways.de

Max Planck Institut für Psychiatrie
Kraeplinstraße 10, 80804 **München**
Tel. (0 89) 30 62 24 69

Institut für Therapieforschung
Psychotherapeutische Ambulanz
Montsalvastraße 14, 80804 **München**
Tel. (0 89) 36 08 04 22
Fax (0 89) 36 08 04 29
eMail: ambulanz@ift.de

TCE
Therapie-Centrum für Ess-Störungen am Max-Planck-Institut für Psychiatrie
Schleißheimer Straße 267, 80809 **München**
Tel. (0 89) 35 62 490

Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Städtisches Krankenhaus Harlaching
Sanatoriumsplatz 2, 81545 **Münche**n
Tel. (0 89) 62 10 28 96

Con-Drobs e.V.
Außenstelle Murnau
Am Burggraben 20, 82418 **Murnau**
Tel. (0 88 41) 4 77 88
Fax (0 88 41) 62 73 78

Diakonisches Werk Donau-Ries e.V.
Suchtberatungs- und Behandlungsstelle
Außenstelle Nördlingen der PSB Donauwörth
Bürgermeister-Reiger-Straße 38, 86720 **Nördlingen**
Tel. (0 90 81) 2 90 70-30
Fax (0 90 81) 2 90 70-70

DICK & DÜNN
Kontakt & Beratung bei Ess-Störungen
Hallerhüttenstraße 6, 90461 **Nürnberg**
Tel. (09 11) 47 17 11
Fax (09 11) 4 61 03 28

Beratung und Behandlung für Kinder, Jugendliche und Eltern
Caritasverband Nürnberg e.V.
Frau Runge
Tucherstraße 15, 90403 **Nürnberg**
Tel. (09 11) 2 35 42 41

Fachzentrum Sucht/Stadtmission
Frau Scheindl-Roth
Solgerstraße 21, 90429 **Nürnberg**
Tel. (09 11) 27 73 90

Frauengesundheitszentrum FGZ e.V.
Frau Willuweit
Fürther Straße 154, 90429 **Nürnberg**
Tel. (09 11) 32 82 62

Jugendamt der Stadt Nürnberg
Präventive Jugendhilfe
Koordinationsstelle Suchtprävention
Frau Rumrich
Feldgasse 37, 90489 **Nürnberg**
Tel. (09 11) 2 31 55 81

Regionalzentrum für Selbsthilfegruppen
KISS Kontakt und Informationsstelle
Frauentorgraben 69, 90443 **Nürnberg**
Tel. (09 11) 2 34 94 49

Selbsthilfegruppe Overeaters Anonymus
c/o Evang.-Luth. Pfarramt St. Johannis
Am Palmplatz 13, 90419 **Nürnberg**
Tel. (09 11) 3 93 11 92

PROP e.V.
Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle
Riederweg 6, 85276 **Pfaffenhofen-Ulm**
Tel. (0 84 41) 89 06-0
Fax (0 84 41) 89 06-19, -20

FrauenGesundheitsZentrum e. V.
Untere Bachgasse 12-14, 93047 **Regensburg**
Tel. (09 41) 8 16 44
Fax (09 41) 89 34 73

FrauenBeratungs- und TherapieZentrum Regensburg
Adolf-Schmetzer-Straße 27, 93055 **Regensburg**
Tel. (09 41) 79 12 50

Fachambulanz für Suchtprobleme
Psychosoziale Beratung und Behandlung
Ringstraße 55, 95643 **Tirschenreuth**
Tel. (0 96 31) 17 33
Fax (0 96 31) 25 25

Selbsthilfegruppe Nimmersatt
Frau Kaarmann
Breslauer Straße 19a, 91080 **Uttenreuth**
Tel. (0 91 31) 5 00 50

Selbsthilfebüro
Karmelitenstraße 43, 97070 **Würzburg**
Tel. (09 31) 37 34 68

Kliniken

„Sonnenbichl“ – Evangelisches Kurzentrum für Mutter und Kind
Gertrud-Stahmer-Stiftung
Am Sonnenbichl l, 83229 **Aschau**
Tel. (0 80 52) 90 68-0
Fax (0 80 52) 90 68-66

Klinik für Psychosomatische Medizin
Haus l, Sebastian-Kneipp-Allee 4, 87730 **Bad Grönenbach**
Tel. (0 83 34) 98 11-00
Fax (0 83 34) 98 12-99
eMail: info@kliniken-groenenbach.de

Fachklinik Heiligenfeld GmbH
Euerdorferstraße 4-6, 97688 **Bad Kissingen**
Tel. (09 71) 82 06-0
Fax (09 71) 68 529
eMail: info@heiligenfeld.de

Psychosomatische Klinik
Salzburger Leite l, 97616 **Bad Neustadt**
Tel. (0 97 71) 67 01
Fax (0 97 71) 65 93-01
eMail: psk@psychomatische-klinik-bad-neustadt.de

Klinik Am schönen Moos
Fachklinik für Psychotherapie und Psychosomatik
Am Schönen Moos 7, 88348 **Bad Saulgau**
Tel. (0 75 81) 50 70
Fax (0 75 81) 50 72-11
eMail: klinik.a.s.m.@gmx.de

Klinik Dr. Schlemmer
Fachklinik für psychosomatische Erkrankungen
Ringbergstraße 53, 83707 **Bad Wiessee**
Tel. (0 80 22) 84 50
Fax (0 80 22) 84 5180
eMail: Klinik-Dr-SchlemmerGmbH@onlinehome.de

TCE
Therapie-Centrum für Ess-Störungen am Max Planck Institut für Psychiatrie
Schleißheimerstraße 267, 80809 **München**
Leitung: Dr. Monika Gerlinghoff
Tel. (0 89) 35 62 49-0
Fax (0 89) 35 62 49-99
Kontakt-Telefon: (089) 35 62 49-18

Klinik Hochried
Fachklinik für Kinder- und Jugendmedizin
Hochried 1-12, 82418 **Murnau**
Tel. (0 88 41) 4 74-0
Fax (0 88 41) 4 74-1 11
eMail: info@klinikhochried.de

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin
Klinikum Nord
Leitender Arzt: Prof. Dr. med. W. Pontzen
Prof.-Ernst-Nathan-Straße, 90419 **Nürnberg**
Tel. (09 11) 39 82-839 oder 39 82-840
Fax (09 11) 39 82 861

Adula-Klinik Oberstdorf
Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Klinik Dr. Reisach GmbH & Co. KG
In der Leite 6, 87561 **Oberstdorf**
Tel. (0 83 22) 70 90
Fax (0 83 22) 70 94-03
Faxabruf: (0 83 22) 70 99 86 772
eMail: info@adula-klinik.de

Medizinisch Psychosomatische Klinik Roseneck
Am Roseneck 6, 83209 **Prien am Chiemsee**
Tel. (0 80 51) 68-0
Fax (0 80 51) 68-35 32

Panorama Klinik
Kurstraße 22, 88175 **Scheidegg**
Tel: (0 83 81) 80 20
Fax (0 83 81) 80 24-84
e-Mail: info@panorama-fachklinik.de
Internet: http://www.panorama-fachklinik.de

Hochgrat-Klinik
Dr. Reisach GmbH & Co. KG, Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Wolfsried 108, 88167 **Stiefenhofen**
Tel. (0 83 86) 20 72
Fax (0 83 86) 41 07
eMail: info@hochgrat-klinik.de

Psychosomatische Klinik Windach
Klinik für Verhaltensmedizin, -therapie, psychosomatische und
neurologische Störungen
Schützenstraße 16, 86949 **Windach**
Tel. (0 81 93) 72-0
Fax (0 81 93) 72-909
eMail: mail@klinik-windach.de

Internet-Adressen

www.ANAD-pathways.de und www.anad.de

www.aktionmut.de

www.anorexia-nervosa.de

www.bundesfachverbandessstoerungen.de

www.bzga-essstoerungen.de

www.cinderella-rat-bei-essstoerungen.de

www.essfrust.de

www.hungrig-online.de

www.magersucht-online.de
www.bulimie-online.de
www.adipositas-online.de

www.t-c-e-.de (Therapiecentrum für Ess-Störungen München)

www.praevention-von-essstoerungen.de (= etss-stoerungen.net)

www.magersucht.de

www.oa-deutschland.de