

Monika Weiderer

Eßstörungen bei Jugendlichen

Erscheinungsformen, Ursachen und Ansätze schulischer Prävention

In unserer Gesellschaft wird Essen für immer mehr Menschen zu einem Problem. Vor allem Mädchen und junge Frauen sind von Bulimie, Anorexie oder unspezifischen Störungen des Eßverhaltens betroffen, deren Ursachen in individuellen Vulnerabilitätsfaktoren sowie Umweltbedingungen zu sehen sind. Aufgrund des jugendlichen Erkrankungsalters sind auch Lehrkräfte verstärkt mit dem Problem der Eßstörungen konfrontiert und ist die Einbeziehung der Schule in die Präventionsbemühungen unabdingbar. Präventives Handeln umfaßt dabei verschiedene Ansatzpunkte, die sich unter die Bausteine störungsunspezifische Prävention im Sinne der Vermittlung von Selbstwertgefühl und Konfliktfähigkeit, störungsspezifische Informationsvermittlung in verschiedenen Bereichen des Regelunterrichts, Präventionsveranstaltungen, Lehrerfortbildung und Elternarbeit subsumieren lassen.

1. Was sind Eßstörungen?

Essen ist etwas alltägliches, lebensnotwendiges und zählt auf den ersten Blick zu den natürlichsten und selbstverständlichsten Dingen der Welt. Der unbefangene Umgang mit Essen wird aber für immer mehr Menschen zu einem Problem. Neueren Studien zufolge nehmen in unserer Gesellschaft Störungen des Eßverhaltens rapide zu, wobei vor allem Frauen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter davon betroffen sind, aber auch der Anteil der Jungen und Männer im Ansteigen begriffen ist (Waadt, Laessle & Pirke, 1992; Gerlinghoff & Backmund, 1995; Logue, 1995).

Als die am weitesten verbreiteten Eßstörungen sind die Bulimie (Eß-Brechsucht) und die Anorexie (Magersucht) sowie unspezifische Formen gestörten Eßverhaltens zu nennen. Die Prävalenzschätzungen für Bulimie liegen zwischen drei und acht Prozent für junge Frauen in der Altersgruppe von 16 bis 30 Jahren. Insgesamt sind in Deutschland etwa 700 000 Personen betroffen, wobei es sich zu 95 Prozent um Frauen und Mädchen handelt (Logue, 1995). Jungen und Männer stellen derzeit fünf Prozent der Erkrankten, aber mit steigender Tendenz. Da bulimisches Verhalten aber typischerweise

dann auftritt, wenn die Betroffenen allein sind und da es von starken Schuld- und Schamgefühlen begleitet wird, welche eine Verheimlichung begünstigen, ist von einer hohen Dunkelziffer betroffener Personen auszugehen. Die Mehrzahl der magersüchtigen Mädchen und Frauen ist zwischen 12 und 20 Jahre alt, etwa jedes 100. Mädchen leidet an behandlungsbedürftiger Anorexie. Der Erkrankungspiegel liegt bei Anorexie zwischen dem 14. und 18. Lebensjahr (Herpertz-Dahlmann & Remschmidt, 1994), Bulimikerinnen finden sich verstärkt ab etwa dem 16. Lebensjahr. Vor allem das damit verbundene Schamgefühl und die Überzeugung, als einzige von einer derartigen Störung betroffen zu sein, hindert viele Mädchen und junge Frauen daran, frühzeitig Beratung und Hilfe zu suchen, sondern häufig wagen sie erst nach mehreren Krankheitsjahren den Schritt zu einer professionellen Behandlung.

Neben dem Vorliegen einer Symptomatik, welche die Diagnose „Bulimie“ oder „Anorexie“ anhand der definierten Diagnosekriterien rechtfertigt, sind Einzelsymptome dieser Störungsformen bei Mädchen und jungen Frauen im allgemeinen weit verbreitet. So führen etwa 3,5 Prozent der weiblichen Gesamtbevölkerung in Deutschland ohne Diagnose einer Eßstörung willkürliches Erbrechen herbei und ca. fünf Prozent benutzen Abführmittel zur Gewichtsregulierung. Bei etwa 20 Prozent der Mädchen und jungen Frauen tritt mindestens einmal pro Woche ein als nicht kontrollierbarer Eßanfall erlebtes Verhalten auf. Über Süß- und Heißhunger, Streßessen und Kalorienangst klagen 20 bis 40 Prozent der Bevölkerung in Deutschland (Logue, 1995).

Aufgrund der Tatsache, daß gezügeltes Eßverhalten für Frauen und Mädchen in unserer Gesellschaft bereits zur Normalität geworden ist (über die Hälfte der 18jährigen Frauen hat in ihrem Leben schon mindestens eine Diät gemacht), besteht oft Unklarheit über die Grenze zwischen normalem und gestörtem Eßverhalten und welche ernststen medizinischen Probleme und Komplikationen letzteres nach sich ziehen kann. Auf den ersten Blick kann insbesondere bulimisches Verhalten so-

gar als ideale Lösung erscheinen, um sowohl die breite Verfügbarkeit wohlschmeckender Nahrungsmittel genießen zu können, als auch dem Wunsch, den gesellschaftlichen Attraktivitätsnormen zu genügen, gerecht zu werden. Der hohe Stellenwert der Schlankeheit im Leben von Mädchen und Frauen beigemessen wird und die Mühen, die dafür in Kauf genommen werden, lassen sich ja unschwer bei Durchblättern diverser Frauenzeitschriften erkennen.

Es ist ersichtlich, daß die Prävalenzrate von Eßstörungen in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat und weiter zunehmen wird. Aufgrund dieser Tatsache und dem jugendlichen Erkrankungsalter sind neben medizinischen und psychotherapeutischen Einrichtungen auch Lehrkräfte seit einiger Zeit verstärkt mit dem Problem gestörten Eßverhaltens bei Schülerinnen und Schülern konfrontiert und es ist abzu-sehen, daß diese Entwicklung in den nächsten Jahren andauern wird. Die Prävention von Eßstörungen stellt insofern zukünftig ein wichtiges Arbeitsfeld suchtpräventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen bei Jugendlichen dar. Da das Haupterkrankungsalter bzw. die Entwicklung bis zum Ausbruch einer manifesten Eßstörung in die Zeit des Schulbesuchs fällt, kristallisiert sich auch die Schule als ein wichtiger Bereich präventiven Handelns heraus.

2. Kennzeichen für das Vorliegen von Eßstörungen

Die Erscheinungsformen gestörten Eßverhaltens sind nicht eindeutig voneinander abgrenzbar. Die Übergänge zwischen den einzelnen Krankheitsbildern können fließend sein. So haben beispielsweise viele später bulimische Frauen in ihrer Vergangenheit Phasen der Magersucht erlebt.

Kennzeichnend für das Vorliegen einer Störung ist jedoch prinzipiell, daß der Alltag der Betroffenen zwanghaft um das Thema Essen und Dickwerden kreist. Während anorektische Mädchen und Frauen unter größtem Ener-

gieaufwand ihre Nahrungsaufnahme auf ein Minimum reduzieren, versuchen Bulimikerinnen, das Dickwerden dadurch zu umgehen, indem sie ihr Essen wieder erbrechen.

Bei der Bulimie treten oft über Jahre hinweg Eßanfälle auf, die von den Betroffenen als nicht kontrollierbar erlebt werden. In kürzester Zeit werden große Mengen von Nahrungsmitteln gegessen und wieder erbrochen. Häufig ist die Auslösesituation für eine Eßattacke durch Momente bestimmt, in denen als negativ erlebte Gefühle wie z. B. Versagensangst oder Einsamkeit nicht ausgehalten, sondern mit Essen übertönt werden. Die Betroffenen leiden meist unter Scham- und Schuldgefühlen und sind daher auch bemüht, ihre Erkrankung möglichst geheim zu halten. In vielen Fällen wissen weder die Familie noch der engste Freundeskreis über die Erkrankung Bescheid. Sehr häufig ist auch der Versuch, die aufgrund der Eßattacken befürchtete Gewichtszunahme durch den Mißbrauch von Abführmitteln und Entwässerungsmitteln oder durch dem Eßanfall nachfolgende strenge Diäten zu umgehen. Mädchen und Frauen, die an Bulimie leiden, weisen folglich meist ein im Normbereich liegendes Körpergewicht auf, so daß ihre Krankheit auf den ersten Blick nicht erkennbar ist (Waadt et al., 1992). Im Gegensatz zu bulimischen Frauen nehmen magersüchtige Personen über lange Zeit nur extrem wenig Nahrung zu sich, um ihr Gewicht auf ein von ihnen gesetztes Idealmaß zu reduzieren, das weit unter der als gesund erachteten Gewichtsgrenze liegt. Hierdurch treten gravierende Gewichtsverluste bis hin zu akut lebensbedrohlichem Untergewicht auf. Charakteristisch für die anorektische Persönlichkeit ist dabei eine panikartige Furcht vor Gewichtszunahme sowie eine Verzerrung der eigenen Körperwahrnehmung, so daß sie sich trotz eines bereits gravierenden Untergewichts noch als zu dick erlebt (Gerlinghoff & Backmund, 1995). Kennzeichnend für beide Formen gestörten Eßverhaltens ist ein Zustand der Mangelernährung, der im Zuge der verringerten Nahrungsmittelaufnahme eintritt. Im Zusammenhang mit diesem Mangelzustand treten beispielsweise gehäuft Hautveränderungen auf. So finden sich bei 10 bis 30 Prozent der Bulimiepatientinnen trockene Haut und brüchige Haare mit Haarausfall, als deren Ursache eine Verminderung der Schilddrüsenhormonwirkung gilt. Auch kann wiederholtes Erbrechen zu Störungen im Elektrolythaushalt führen und weitere körperliche Komplikatio-

nen, wie z. B. Muskelschwäche oder kardiale Arrhythmie nach sich ziehen. Häufiges Erbrechen führt bei den Betroffenen weiter zu Zahnschädigungen aufgrund des hohen Säuregehalts in der Mundhöhle (Waadt et al., 1992). Als psychische Begleiterscheinungen erleben Betroffene aufgrund der Veränderungen des Stoffwechsels sekundär häufig depressive Verstimmungen (Waadt et al., 1992), die sich für das Umfeld als ausgeprägte Stimmungsschwankungen und Stimmungs labilität darstellen.

Während auf das Vorliegen einer Bulimie äußerlich meist lediglich aufgrund dieser begleitenden Symptome geschlossen werden kann, ist die Manifestation einer Anorexie in den meisten Fällen aufgrund des ausgeprägten Untergewichts unschwer erkennbar, das allerdings oft durch weite Kleidung kaschiert wird.

Im Vorfeld der Entstehung einer Bulimie oder Anorexie treten jedoch meist mehr oder weniger ausgeprägte Verhaltensänderungen auf, die für das Vorhandensein gestörten Eßverhaltens sprechen, ohne daß bereits eine diagnostizierbare Erkrankung vorliegt:

- So ziehen sich viele von Eßstörung betroffene Mädchen und Frauen aus ihrem sozialen Umfeld, z. B. dem Klassenverband oder dem Freundeskreis, zurück und haben große Schwierigkeiten, tiefere Beziehungen zu anderen Menschen einzugehen.
- Personen mit Eßstörungen essen auch vornehmlich in Abgeschiedenheit von anderen Personen, aus Angst, ihre Schwierigkeiten im Umgang mit Essen könnten von anderen wahrgenommen werden.
- Die betroffenen Mädchen zeichnen sich weiter vielfach durch ein erstaunlich detailliertes Wissen in bezug auf den Kaloriengehalt nahezu aller Lebensmittel aus. Dabei verbieten sie sich in ihrem Speiseplan meist Nahrungsmittel, denen der Ruf anhaftet, besondere „Dickmacher“ zu sein.
- Mädchen mit einer anorektischen Störung fallen häufig durch eine ausgeprägte Leistungsorientierung im schulischen und sportlichen Bereich auf, die das für die Altersstufe übliche Maß deutlich überschreitet. Magersucht geht in vielen Fällen einher mit einer nahezu zwanghaften ständigen Forderung und Überforderung des eigenen Körpers bis an die Grenzen der Leistungsfähigkeit.

Neben den körperlichen Begleiterscheinungen stellt insbesondere das Auftreten dieser Veränderungen für Lehrkräfte einen Hinweis auf eine sich möglicherweise entwickelnde oder bereits manifest vorliegende Eßstörung dar. Zwar können diese Anzeichen auch Ausdruck einer anderweitigen Problematik sein, prinzipiell sprechen sie jedoch immer für das Vorhandensein von Schwierigkeiten im Leben der Schülerin.

3. Ursachen gestörten Eßverhaltens

Ein einheitliches empirisch abgesichertes Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung gestörten Eßverhaltens liegt bisher nicht vor. Es ist allerdings aufgrund der bisher vorhandenen Studien zu vermuten, daß unidimensionale Konzepte zur Erklärung der Symptomentwicklung nicht ausreichen. Als Rahmenkonzept erweist sich bisher ein Modell am geeignetsten, das die Entwicklung der Störung als Interaktion individueller Vulnerabilitätsfaktoren mit bestimmten Umweltbedingungen erklärt und für den Prozeß der Aufrechterhaltung zusätzliche psychobiologische Zusammenhänge berücksichtigt (Waadt et al., 1992).

Als hypothetische individuelle Vulnerabilitätsfaktoren sind zu nennen:

- ein geringes Selbstwertgefühl, das die Anpassung an gesellschaftliche Gewichts- und Attraktivitätsnormen wahrscheinlicher macht. Je weniger ein Mädchen oder eine Frau ihr Selbstwertgefühl aus ihren persönlichen Fähigkeiten und Eigenschaften schöpfen kann, desto größer ist für sie die Versuchung, den eigenen Wert über die möglichst perfekte Einhaltung gesellschaftlicher Vorgaben zu definieren. Ausgelöst durch entwicklungsbedingte Gegebenheiten, aber auch durch die widersprüchlichen gesellschaftlichen Rollenerwartungen an Mädchen und Frauen, herrscht in der Phase der Pubertät und Adoleszenz eine erhöhte Selbstunsicherheit bei den Mädchen vor. Sie versuchen auch meist stärker als Jungen, den Erwartungen ihres sozialen Umfeldes zu entsprechen, da sie bereits von klein auf verstärkt zur Anpassung an die Erwartungen anderer erzogen wurden. Anpassung an äußere Werte kann insofern für sie dazu dienen, in einer Zeit der Orientierungslosigkeit den eigenen Selbstwert zu stabilisieren.
- Dysfunktionale Denkschemata, die Gedanken wie „Nur wenn ich schlank bin, bin ich lebenswert“ beinhalten und dadurch eine unangemessene Interpretation der Realität bedingen. Derartige Denkschemata können ihre Grundlage in realen Erfahrungen haben (z. B. Hänseleien wegen des Aussehens oder Körpergewichts), können jedoch auch aufgrund einer falschen kognitiven Zuordnung von Problemursachen beruhen („Wenn ich schlank wäre, hätte ich keine Probleme mehr“).
- Ein gegenüber dem Durchschnitt der weiblichen Bevölkerung erniedrigter Energiebedarf, der ein erhöhtes Risiko für Gewichtszunahme bedeutet. Durch diese physiologischen Gegebenheiten wird es für die betroffene Frau sehr schwierig, das geltende Schönheitsideal ohne krasse Einschränkung der Nahrungsaufnahme zu erreichen. Bulimisches Verhalten scheint hierfür zunächst einen Ausweg zu bieten.
- Verminderte Konfliktfähigkeit bzw. fehlende Strategien zum Umgang mit Konflikten und zur Problemlösung. Sie führen dazu, daß die – insbesondere im Pubertätsalter entstehenden – Konflikte und Belastungssituationen nicht nach außen getragen und adäquat gelöst wer-

den, sondern der eigene Körper in selbstschädigender und aggressiver Weise als Austragungsort dient. Als Grundkonflikt, der die Entstehung einer Eßstörung begünstigt, ist in diesem Zusammenhang die Suche nach der eigenen Identität zu sehen. Häufig ist sie begleitet von langjährigen inneren und äußeren Kämpfen und Schwankungen zwischen Abhängigkeit und Autonomie. Zunächst innerhalb der Familie, später in der Partnerbeziehung und im gesellschaftlichen Leben. Stehen dem Mädchen bzw. der jungen Frau nicht genügend Ressourcen zur Verfügung, die damit verbundenen Belastungssituationen in ihrem Umfeld auf konstruktive Art und Weise zu bewältigen, so kann eine Wendung gegen den eigenen Körper – unbewußt – als einzig möglicher Lösungsweg erscheinen.

Umweltbedingungen, die eine Entstehung gestörten Eßverhaltens fördern sind:

- Das in der westlichen Gesellschaft insbesondere für Mädchen und Frauen vorherrschende Schönheitsideal, welches eine Ausprägung der weiblichen Körperformen als normal, attraktiv und erstrebenswert erachtet, die bereits anorektischen Züge aufweist, stellt einen Nährboden für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Eßstörungen dar (Wolf, 1991). Der Druck, der durch dieses Ideal auf die in ihrer eigenen Identität noch nicht gefestigten jungen Frauen ausgeübt wird, sowie die Diskrepanz zwischen dem Ideal und der Ausprägung der eigenen Körperformen, führt bei vielen dazu, neben den angepriesenen Schlankheitsdiäten auch ganz offensichtlich gesundheitsschädigende Maßnahmen zur Gewichtskontrolle einzusetzen.

- Psychosoziale Stressoren, wie z.B. kritische Lebensereignisse oder chronische Alltagsbelastungen. Diesen Einflüssen kommt bei den betroffenen Mädchen im Schulalter großes Gewicht zu. Sowohl durch die Belastungen (z. B. Ablösung von der Familie; Statusunsicherheit zwischen Kind und Erwachsenen; Ausbildung der weiblichen Körperformen, Übernahme der Frauenrolle und die damit verbundenen widersprüchlichen Rollenerwartungen; Suche nach der eigenen Identität; Hinwendung zum anderen Geschlecht) stellen für die Mädchen dieser Altersstufe häufig überaus hohe Hürden dar. Die vorhandenen Ressourcen und Problembewältigungsstrategien reichen aber in vielen Fällen nicht aus, den Problemen adäquat zu begegnen und sie bewältigen zu können. Die Eßstörung kann als Versuch angesehen werden, diese anderweitig vorhandenen Probleme zu bekämpfen oder auszublenden, indem der Körper und das eigene Eßverhalten zum Mittelpunkt der Probleme gemacht wird.

- Einige AutorInnen vertreten die Ansicht, sexueller Mißbrauch und die Entwicklung von Eßstörungen seien miteinander verknüpft (Connors & Marse, 1993). Insgesamt liegen jedoch widersprüchliche Befunde zum Zusammenhang von sexuellem Mißbrauch und der Entwicklung von Eßstörungen vor, so daß ein monokausaler Erklärungsansatz diesen Resultaten zufolge in jedem Fall abzulehnen ist. Eine vorliegende Mißbrauchserfahrung ist eher als ein unspezifischer Risikofaktor im Hinblick auf die Entstehung einer Eßstörung zu sehen, die in ein komplexes, multifaktorielles Bedingungsgefüge eingebettet ist (Köpp, 1994).

4. Bausteine schulischer Prävention

Da der Erkrankungsgipfel von Eßstörungen bei Mädchen, aber auch Jungen, in einer Altersgruppe auftritt, die sich noch im Schulalter befindet, werden Lehrerinnen und Lehrer zunehmend mit diesem Phänomen konfrontiert. Nicht selten ist ein oder sogar mehrere Mädchen in einer Schulklasse von Bulimie, Anorexie oder einer unspezifischen Eßstörung betroffen. Beratungs- und VertrauenslehrerInnen werden von Eltern und Schülerinnen um Rat gefragt, wenn das Problem offenkundig wird. Lehrkräfte sind somit wichtige AnsprechpartnerInnen in der Prophylaxe von und der Intervention bei Eßstörungen. Die Lehrkräfte stehen jedoch der Problematik häufig mit eigener Hilflosigkeit gegenüber und wissen nicht, wie sie diese für sie neuen Anforderungen bewältigen sollen, wie Ansätze zur Prävention und Intervention bei gestörtem Eßverhalten gestaltet sein oder wie sie auf eine möglicherweise betroffene Schülerin zugehen und ihr Unterstützung anbieten können. Dennoch stellt die Schule als wichtiger Lern- und Lebensbereich der Kinder und Jugendlichen, ein vorrangiges Feld für präventive Ansätze dar. Prävention im schulischen Bereich beinhaltet dabei zwei tragende Grundpfeiler: Zum einen störungsunspezifische Präventionsbemühungen, die vor allem die Stärkung des Selbstwertes und die Förderung eigener Ressourcen und Kompetenzen der Schülerinnen anstreben. Zum anderen kann und soll schulische Prävention daneben auch störungsspezifisch orientiert sein, indem in verschiedenen Unterrichtsreichen Informationen gegeben und Sachverhalte aufgegriffen werden, welche geeignet sind, eine Auseinandersetzung mit Ursachen und Auswirkungen gestörten Eßverhaltens anzustoßen. Das präventiv orientierte Vorgehen der Lehrkräfte muß dabei vor allem hinsichtlich störungsunspezifischer Ansätze in den Rahmen des Regelunterrichts integriert sein. Förderung von Ich-Stärke, von Selbstbewußtsein und von Selbstwertgefühl erscheinen als bedeutsame Aspekte aller schulischen Bemühungen von Anfang an und können nicht auf „Sonderveranstaltungen“ ausgelagert werden. Was den störungsspezifischen Bereich anbelangt, ist Prävention neben der Auseinandersetzung im Unterricht auch im Rahmen eigener schulischer Veranstaltungen

möglich, z. B. im Rahmen eines Workshops, der den Schülerinnen die Möglichkeit zu Information, Diskussion und Selbsterfahrung im Zusammenhang mit (gestörtem) Eßverhalten und eigenen Idealvorstellungen bietet.

Aus diesen Grundüberlegungen lassen sich Bausteine der schulischen Prävention von Eßstörungen ableiten, die unabhängig voneinander den Schülerinnen ein Stück weit den Weg in ein selbstbestimmtes Leben ohne Eßstörungen ebnen können:

1. Baustein:

Störungsunspezifische Stärkung von Selbstwertgefühl und Selbstakzeptanz; Entwicklung von Ressourcen und Kompetenzen zur Problemlösung und Konfliktbewältigung

Unter diesem Baustein subsumieren sich alle Ansätze im Unterricht, die dazu geeignet sind, den Mädchen ihre persönlichen Stärken und Fähigkeiten bewußt zu machen und diese zu bestärken und zu fördern. Eine Unterrichtshaltung, welche die einzelne Persönlichkeit akzeptiert und dadurch zur Selbstakzeptanz des Individuums beiträgt ist dabei nicht erst in den höheren Klassen erforderlich, wenn das Problem der Eßstörung akut wird, sondern ist von Anfang an in möglichst breitem Umfang zu verwirklichen.

Diese Haltung kann dazu beitragen, die eigene Identität und das sich entwickelnde weibliche Selbstbild zu unterstützen, die persönliche Individualität als gut und richtig zu erleben, insbesondere zu einer Zeit, in der die Mädchen in ihrem Alltag permanent mit den widersprüchlichen Erwartungen an das weibliche Rollenverhalten konfrontiert werden. Die Umsetzung dieser Haltung in einem Unterricht, der den Mädchen eine positive Selbsterfahrung und Festigung des eigenen Selbstbildes und Selbstwerts ermöglicht, wird auch dazu beitragen, den Mädchen Konfliktfähigkeiten zu vermitteln.

2. Baustein:

Störungsspezifische Informationsvermittlung und Selbsterfahrung

Dieser Baustein beinhaltet alle Ansätze, die in verschiedenen Unterrichtsreichen und auch Unterrichtsfächern darauf abzielen, den Schülerinnen in einem breiten Umfang Wissen und Informationen zu Ernährung und Eßstörungen nahezubringen und eigene

Einstellungen zu gesellschaftlichen Idealnormen zu reflektieren. Beispielsweise können im Biologieunterricht physiologische Vorgänge bei normalem und gestörtem Eßverhalten vermittelt werden. Im Kunstunterricht können unsere geltenden gesellschaftlichen Attraktivitätsnormen hinterfragt und ihre Veränderbarkeit über die Jahrhunderte hinweg aufgezeigt werden. In vielen Unterrichtsbereichen findet sich Raum, die gesellschaftlichen Rollenvorgaben für Mädchen und Frauen als einen Ursachenkomplex gestörten Eßverhaltens zu erörtern, Fremddefinitionen des eigenen Geschlechts zu entlarven und Wege zum Umgang mit widersprüchlichen Erwartungen bzw. zu einer individuellen Definition von Frausein zu erarbeiten. Vielleicht mag sogar ein entsprechend gestalteter Sportunterricht dazu beitragen, den Mädchen einen neuen, positiven Zugang zum eigenen Körper zu eröffnen. Lehrkräfte, die sensibel für die Problematik gestörten Eßverhaltens und das zugrundeliegende multifaktorielle Ursachegefüge sind, werden in vielen Unterrichtsbereichen Ansatzmöglichkeiten finden, den Schülerinnen Informationen, Selbsterfahrungsmöglichkeiten und Diskussionsgrundlagen zur Verfügung zu stellen.

3. Baustein:

Gestaltung einer Präventionsveranstaltung zum Thema „Ernährung und Eßstörungen“

Die Bereiche, die als oben genannte Bausteine im Regelunterricht enthalten sein sollen, können ebenfalls in einer unabhängig davon angebotenen Präventionsveranstaltung zur Sprache kommen, z. B. im Rahmen eines Workshops. Interessierten kann in diesem Rahmen weiter die Möglichkeit geboten werden,

- sich über Ernährung und Körpergewicht bzw. physiologische Vorgänge bei der Gewichts- und -abnahme zu informieren,
- das eigene Eßverhalten und die Einstellung zum eigenen Körper bzw. zur eigenen Figur zu hinterfragen,
- scheinbar unumstößliche gesellschaftliche Idealnormen zu reflektieren,
- gesellschaftliche und individuelle Ursachen gestörten Eßverhaltens zu diskutieren,
- Schwierigkeiten der Übernahme der Erwachsenenrolle, insbesondere für Mädchen, zu thematisieren,
- eigene Erwartungen an das Frausein zu beleuchten,
- destruktive und konstruktive Strategien der Konfliktbewältigung zu erörtern,
- Informationen über Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten zu Eßstörungen zu erhalten,

● sich bewußt zu werden, daß gestörtes Eßverhalten ein in unserer Gesellschaft weit verbreitetes Phänomen ist, dessen man sich nicht schämen muß,

● sich in einem offenen Rahmen über eigene Probleme im Umgang mit Essen auszutauschen, ohne daß jedoch Zwang zur Darstellung der eigenen Problematik besteht.

● Nicht vergessen werden sollte auch die Förderung der Genußfähigkeit. Diese kann beispielsweise durch eine Übung zum bewußten Genießen eines Stückes Schokolade angeregt werden, bei der deutlich wird, wie achtlos und lieblos wir oft unsere Nahrung vertilgen, ohne auf deren Geschmack und den damit verbundenen Genuß zu achten und wie anders und befriedigend der bewußte und aufmerksame Genuß sein kann.

Allerdings kann ein zwei bis drei Schulstunden umfassender Workshop nur ein Anfang sein, mögliche Problemlagen der Schülerinnen anzusprechen. Es können in dieser kurzen Zeitspanne lediglich weitere Unterstützungs- und Beratungsmöglichkeiten aufgezeigt werden, an die sich eine betroffene junge Frau wenden kann.

In diesem Zusammenhang hat es sich als sinnvoll erwiesen, wenn die Präventionsveranstaltung nicht von einer Person des Lehrerkollegiums durchgeführt wird, sondern z. B. von einer Mitarbeiterin einer Beratungseinrichtung. Dies kann dazu beitragen, die Schwellenangst gegenüber einer professionellen Beratung abzubauen und macht die oftmals vorhandene Befürchtung Betroffener, sich gegenüber einer Lehrkraft bloßzustellen, überflüssig.

Prävention im schulischen Umfeld darf jedoch nicht nur ausschließlich die Schülerinnen im Blickfeld haben, sondern um effektive Präventionsarbeit leisten zu können ist zum einen die eigene Fortbildung und Selbsterfahrung der Lehrkräfte, zum anderen aber auch die Elternarbeit als unabdingbar anzusehen.

4. Baustein:

Lehrerfortbildung und Selbsterfahrung

Um den Anforderungen, welche die Problematik der Eßstörungen an die einzelne Lehrkraft stellt, gerecht werden zu können, erscheint eine kontinuierliche Auseinandersetzung und Fortbildung zumindest der BeratungslehrerInnen in diesem Bereich unumgänglich. Um auftauchenden Fragen von SchülerInnen und Eltern gerecht werden zu können, um effektive störungsbezogene Präventionsarbeit leisten zu können und um die eigenen Kompetenzen im Umgang mit eßgestörten Schülerinnen zu erweitern, sind umfassende Sachkenntnisse im Hinblick auf

gestörtes Eßverhalten und seine Behandlungsmöglichkeiten erforderlich.

5. Baustein:

Elternarbeit

Nicht zu vergessen ist schließlich, daß schulische Prävention auch immer die Zusammenarbeit mit den Eltern einschließen sollte. Hier kann es einerseits um Informations- und Gesprächsangebote im Rahmen von Elternabenden gehen, andererseits werden eventuell Eltern betroffener Schülerinnen sich um Rat und Unterstützung an die Lehrkraft wenden, wobei es zu klären gilt, inwieweit die betroffene Schülerin durch ExpertInnen außerhalb des schulischen Umfelds therapeutische Unterstützung finden kann. In jedem Fall stellt die Elternarbeit eine weitere tragende Säule des präventiven Handelns dar.

5. Fazit

Schulische Prävention beinhaltet vorwiegend, die Schülerinnen in ihrem Selbstbewußtsein als Mädchen und Frau zu stärken und zu unterstützen. Schulische Prävention muß sich aber auch immer die Frage stellen, welche gesundheitsfördernden und -hemmenden Einflüsse die Schule selbst beinhaltet. In diesem Zusammenhang stellt sich auch im Hinblick auf die Prophylaxe von Eßstörungen die Forderung, nicht nur den Aspekt der Wissensvermittlung in der Schule zu betonen, sondern ihren pädagogischen Auftrag stärker in den Vordergrund zu rücken. Ziel der Schule sollte es sein, Mangelerscheinungen im Leben der Schülerinnen zu beheben, nicht aber, sie zu vergrößern (Vontobel, 1985). Hierbei ist es auch als Aufgabe der Schule zu sehen, Strategien zur Konfliktbewältigung zu vermitteln und sie sollte zur Stärkung des Selbstbewußtseins und des Selbstwertgefühls der einzelnen Schülerinnen beitragen, indem sie Anerkennung statt Ablehnung vermittelt (Carlhoff & Schmidt, 1981). Es geht also darum, ein psychohygienisch günstiges Lernmilieu zu erzeugen, das zur eigenverantwortlichen und selbstbewußten Bewältigung der Belastungen befähigt und dazu beiträgt, die unreflektierte, übertriebene Anpassung an gesellschaftliche Vorgaben bzw. die Wendung von Konflikten gegen die eigene Person überflüssig werden zu lassen.

▷ Fortsetzung siehe S. 424

Literatur für Lehrkräfte und Schülerinnen:

- Bruch, H. (1973). Eßstörungen. Frankfurt: Fischer.
- Gerlinghoff, M. (1986). Magersüchtig. Eine Therapeutin und Betroffene berichten. München: Piper.
- Lawrence, M. (Hrsg.). (1989). Satt aber hungrig. Frauen und Eßstörungen. Reinbek: rororo.
- Wolf, N. (1991). Der Mythos Schönheit. Reinbek. Rowohlt.
- Valette, B. (1990). Suppenkaspar und Nimmersatt. Eßstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Reinbek. rororo.

Literatur:

- Carlhoff, H. W. & Schmidt, R. (1981). Zur Prophylaxearbeit im pädagogischen Bereich. In H. W. Carlhoff (Hrsg.), Drogenkompendium für Lehrer und Eltern (S. 113–124). Heidelberg: Quelle & Meyer.
- Connors, M. E. & Norse, W. (1993). Sexual abuse and eating disorders: a review. International Journal of eating disorders, 13, 1–11.
- Gerlinghoff, M. & Backmund, H. (1995). Therapie der Magersucht und Bulimie. München: Psychologie Verlags Union.
- Herpertz-Dahlmann, B. & Remschmidt, H. (1994). Anorexia und Bulimia nervosa im Jugendalter. Deutsches Ärzteblatt, 91, 906–911.
- Köpp, W. (1994). Zur Häufigkeit sexuellen Mißbrauchs bei eßgestörten Frauen. PPM 44, 159–162.
- Logue, A. W. (1995). Psychologie des Essens und Trinkens. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Vontobel, J. (1985). Erziehung zu süchtigem Verhalten in der Schule? In K. Kollehn & N. Weber (Hrsg.), Der drogengefährdete Schüler (S. 82–90). Düsseldorf: Schwann.
- Waadt, S., Laessle, R. & Pirke, K. (1992). Bulimie. Ursachen und Therapie. Berlin: Springer.
- Wolf, N. (1991). Der Mythos Schönheit. Reinbek: Rowohlt.