

Birke, Stephanie

Essstörungen im Jugendalter und deren Interventionsmöglichkeiten

BACHELORARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2015

Birke, Stephanie

Essstörungen im Jugendalter und deren Interventionsmöglichkeiten

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2015

Erstprüfer: Prof. Dr. phil. Beetz

Zweitprüferin: Prof. Dr. phil. Weber-Unger-Rotino

Birke, Stephanie:

Essstörungen im Jugendalter und deren Interventionsmöglichkeiten.

2015 – 38,5 Seiten (Fließtext), Mittweida, Hochschule Mittweida –

University of Applied Sciences, Fachbereich Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 18.12.2015

Referat:

Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, mit Hilfe von Ursachen und Erklärungsansätzen zu verdeutlichen, weshalb sich Essstörungen besonders im Jugendalter herausbilden. Dabei sollen Möglichkeiten sozialarbeiterischen Handelns im Umgang mit Betroffenen verdeutlicht werden. Auch die Früherkennung und Anzeichen einer Essstörung sollen aufgegriffen werden.

Diese hier vorliegende Bachelorarbeit ist eine reine Literaturarbeit und wurde mittels Fachliteratur angefertigt.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Essstörungen	4
2.1 Essstörungen im Jugendalter	4
2.2 Magersucht und Bulimie	4
2.3 Begleiterkrankungen	8
2.4 Begleiterscheinungen	8
3. Die Entstehung von Essstörungen	9
3.1 Ursachen.....	9
3.2 Risikofaktoren	10
3.2.1 Familiäre Faktoren	10
3.2.2 Individuelle Faktoren	11
3.2.3 Gesellschaftliche und soziokulturelle Faktoren	14
3.2.4 Genetische Faktoren.....	17
3.3 Beginn und Auslöser	18
4. Behandlung	22
4.1 Therapie.....	22
4.2 Therapiebereiche	24
4.3 Das Therapiezentrum für Essstörungen (TCE)	29
5. Die Rolle des/der Sozialarbeiters/in im Kontext von Essstörungen	32
5.1 Soziale Arbeit in der Therapiephase	32
5.2 Soziale Arbeit außerhalb/ vor der Therapiephase	33
6. Zusammenfassung	36

1. Einleitung

Wer heutzutage möchte denn nicht als schlank, gesund und schön beschrieben werden? Man könnte meinen, schön und schlank zu sein krönt den Erfolg. Dabei wird doch stets behauptet, dass es auf die inneren Werte ankommt. Aber wer kann nach der ersten Begegnung denn sagen, ob dieser Mensch einen tollen Charakter hat?

Egal, ob bei einem Bewerbungsgespräch oder einem Date, wenn optisch nichts Schönes oder etwas Störendes für den Betrachter zu sehen ist, wird es grundsätzlich kein zweites Mal geben. Obwohl bei Bewerbungsgesprächen darauf geachtet werden sollte, die Entscheidung nicht am Aussehen fest zu machen, werden meiner Beobachtung nach doch immer wieder gepiercte, tätowierte oder ungepflegte Personen benachteiligt.

Viele Eltern achten schon früh darauf, dass ihr Kind schöne Sachen trägt, die Haare hübsch aussehen und es nicht zu pummelig wird. Dieses „darauf achten“ zieht sich meist durch das gesamte Leben. Eine begehrte Person im Berufs- und Privatleben zu sein, ist der Wunsch vieler Menschen.

Bereits in der Schule tauschen sich Kinder/Jugendliche über die neusten Trends in Sachen Mode und Schönheit aus.

Dies geht dann über ins Jugendalter, wo es gerade durch die Entwicklungsaufgaben zur „Pflicht“ wird, sich mit seinem Körper und dessen Veränderungen zu beschäftigen.

In diesem Alter teilen sich die Jugendlichen die meiste Zeit mit Gleichaltrigen und lösen sich immer mehr von ihrem Elternhaus ab. Sie entdecken ihren eigenen Körper oder auch den ihres Partners und dessen Veränderungen sowie die damit verbundene Übernahme neuer Rollen. In dieser Zeit spielen die Meinungen von Freunden eine entscheidende Rolle. Dies kann parallel dazu, zu Konflikten im Elternhaus führen.

Des Weiteren haben auch die Medien einen immer größeren Einfluss auf die Heranwachsenden. Die meisten von ihnen sind bei sozialen Netzwerken angemeldet oder holen sich über bestimmte Foren die Informationen, die sie benötigen. Egal, ob in einer Boulevardzeitung, der Werbung oder den sozialen Medien, überall dreht es sich um Schminktipps, Frisurentrends, Fitnessübungen für die Traumfigur und Diätrezepte.

Schon vor der Adoleszenz beginnen sich einige Kinder Gedanken über ihren Körper und ihr Aussehen zu machen. Sie klammern sich an Stars und Vorbilder. Vorbilder können ebenso Freunde, Geschwister oder Bekannte sein. Die Jugendlichen sehen oft schon im Elternhaus, wie viel Zeit und Kraft z.B. die Mutter in Pflege, Kosmetik oder Diäten steckt. Es werden weder Kosten noch Mittel gescheut und alle gebotenen Möglichkeiten genutzt, um diesem Schönheits- und Schlankheitsideal zu entsprechen. Egal, in

welchem Alter sich diese Person befindet oder welchen Gefahren sie sich aussetzt (z.B. Risiken einer Operation), an erster Stelle steht es dem Ideal zu entsprechen.

Selbst im Erwachsenen- und späteren Seniorenalter wird viel dafür gegeben, noch ein paar Jahre jünger aussehen zu können oder noch top in Form zu bleiben. Mit kleinen Mogeleyen und Eingriffen kann jeder Körper perfekt geformt und gestaltet werden, egal in welchem Alter.

Oft wird Menschen, die schlank und gepflegt aussehen „unterstellt“, dass diese gesund leben, viel Sport treiben und sich ausgewogen ernähren. Etwas kräftigeren Menschen hingegen wird schnell unterstellt, dass diese sich zu wenig bewegen oder ungesund ernähren.

Doch warum ist unsere Denkweise so?

Warum ordnen wir schlanken Menschen ein längeres Leben, besseres Wohlbefinden und eine gute Gesundheit zu?

Und wer sagt eigentlich, wann eine Person dick, dünn, krank, gesund, normal oder unnormal ist?

Das Gewicht zu bestimmen und zu messen ist leicht. Man stellt sich auf die Waage und erkennt, ob eine Zu- oder Abnahme stattgefunden hat. Ob das Gewicht, welches wir auf die Waage bringen für unsere Körpergröße „normal“ ist, entscheidet der sogenannte Body-Mass-Index (BMI).

Aber warum entscheidet dieser darüber, ob das Ganze normal ist?

Wann spricht man von einer Gefahr?

Weshalb bilden sich Essstörungen gerade im Jugendalter heraus?

In meiner Arbeit werde ich mich mit den Essstörungen des Jugendalters, speziell mit der Bulimie und der Magersucht auseinandersetzen. Ich habe mich in diesem Beleg für diese Entwicklungsphase entschieden, da ich die Dringlichkeit zum Ausdruck bringen möchte, welche zusätzliche Gefahr im Jugendalter besteht und welche Rolle die Soziale Arbeit in diesem Bereich spielen kann.

Bevor ich mich näher mit dieser Thematik auseinander setze, war es mir wichtig vorab aufzuzeigen, dass einige Richtlinien, Diagnosen oder Behandlungen kritisch zu betrachten sind. Deshalb möchte ich neben der Zusammenfassung am Ende, nach einigen Unterpunkten kritische Bemerkungen anbringen.

Ich werde verdeutlichen, ab wann das Essverhalten bzw. das Magern zur Krankheit wird und ob oder inwieweit die Gefahr rechtzeitig von Angehörigen, Freunden sowie uns als Sozialarbeiter/innen erkannt und ggf. eingegriffen werden kann.

Zuletzt möchte ich anmerken, dass Bulimie und Magersucht keine Erkrankung ist, wel-

che nur das weibliche Geschlecht betreffen kann. Es hat sich gezeigt, dass die ganze Thematik nachrangig immer häufiger bei dem männlichen Geschlecht auftritt. Warum dennoch die Anzahl der betroffenen Frauen eine deutlich höhere ist, möchte ich anhand von Ursachen und den Rollenbildern versuchen zu erläutern.

Außerdem sollte erwähnt werden, dass sich meine hier vorliegenden Angaben nur auf Deutschland beziehen. Es gibt Kulturen und Länder, in denen ein anderes Ideal in Bezug auf das körperliche Aussehen bevorzugt wird (Afrika – kräftigere Frauen werden bevorzugt).

2. Essstörungen

2.1 Essstörungen im Jugendalter

Bevor die verschiedenen Essstörungen genannt werden, soll mit Hilfe einer Definition erläutert werden, in welchem Bereich diese Störungen stattfinden.

|| Essstörungen sind der „Oberbegriff für psychosomatische Störungen in Verbindung mit der Nahrungsaufnahme [...]“ (Helmut Lingen GmbH & Co. KG (2006) S. 238).

Es gibt eine Vielzahl an Essstörungen. Neben der Magersucht (Anorexia nervosa) und der Ess-Brech-Sucht/ Bulimie (Bulimia nervosa) gibt es weitere Essstörungen.

Die Esssucht (Fettsucht) an sich ist durch eine unkontrollierte und ständige Nahrungszufuhr gekennzeichnet, welche mit extremer Diät oder Sport bekämpft werden soll. Diese kann häufig zu schweren gesundheitlichen Folgen bzw. zur Fettleibigkeit (Adipositas) führen.

Die Binge-Eating-Störung (BED) beinhaltet wie bei der Bulimie das Verschlingen großer Nahrungsmengen in einer kurzen Zeit. Sie ist gekennzeichnet durch das häufige Auftreten von Heißhungeranfällen sowie regelrechten Fressattacken. Der einzige Unterschied zur Bulimie besteht darin, dass nach der Nahrungsaufnahme keine entgegensteuernden Maßnahmen, wie z.B. das Erbrechen, stattfinden.

Neben diesen Essstörungen gibt es des Weiteren die „Nicht Näher Bezeichneten (NNB) Essstörungen“, bei denen die Mehrheit an Symptomen wie bei einer Bulimie oder einer Magersucht vorhanden ist. Allerdings fehlt mindestens ein Kriterium und darf somit nicht als eine dieser Störungen diagnostiziert werden (vgl. Jacobi, Paul, Thiel (2004) S.8f).

Bei fast allen dieser Essstörungen ändert sich das Verhalten nicht nur in Bezug auf das Thema „Essen“, sondern auch gegenüber der Familie, den Freunden und Bekannten.

Gerade im Bereich der Persönlichkeit finden Veränderungen statt. Viele Betroffene haben ein sehr geringes Selbstwertgefühl und sind stark von depressiven Phasen belastet. Häufig besorgen sich diese Personen Krankschreibungen, um von der Schule bzw. Arbeit fern bleiben zu können (vgl. Wietersheim, Kordy, Kächele (2004) S. 7).

2.2 Magersucht und Bulimie

In meiner Arbeit begrenze ich mich auf die Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. Aus diesem Grund möchte ich diese Störungen definieren und deren Symptome näher

beschreiben. Die Definitionen werde ich aus einem allgemeinen Lexikon verwenden, da diese mit einfachem Wortlaut verständlich erklärt werden.

|| Magersucht „[...] als Anorexia nervosa eine v.a bei pubertären Mädchen u. Frauen auftretende psychisch bedingte, schwere Essstörung [...]“ (Bertelsmann Lexikon Verlag (2001) S. 555).

|| Bulimie ist eine „[...] psychosomat. Erkrankung, bei der versucht wird, Heißhungerattacken mit unkontrollierter Nahrungsaufnahme durch künstl. herbeigeführtes Erbrechen zu korrigieren [...]“ (Bertelsmann Lexikon Verlag (2001) S. 138).

Subtypen

Die Diagnosekriterien richten sich nach den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV. Bei der Anorexia nervosa unterscheiden beide Systeme in zwei Subtypen.

Im ICD-10 ist bei Typ 1 die Magersucht gemeint, welche ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsreduzierung eintritt (vgl. Gerlinghoff, Backmund (2006) S. 12).

Das bedeutet, dass diesen Personen das Hungergefühl fehlt oder die Person essen möchte, ihr aber bewusst ist, dass es ihr nicht schmecken wird (vgl. Keppler (2000) S. 23). Bei Typ 2 hingegen werden trotz eines vorhandenen Hungergefühls bewusst aktive Maßnahmen (z.B. Fasten) zur Reduzierung des Gewichts vorgenommen (vgl. Gerlinghoff, Backmund (2006) S. 12).

Im DSM-IV unterscheidet man zwischen dem restriktiven und dem bulimischen Typ.

Bei dem restriktiven Typ gibt es weder Heißhungerattacken noch Maßnahmen, die ergriffen werden, um eine Gewichtszunahme zu verhindern. Genau diese Maßnahmen werden bei dem bulimischen („Binge-Eating/ Purging“) Typus angewandt.

Das DSM-IV teilt die Bulimia nervosa ebenfalls in zwei Subtypen auf.

Zum einen gibt es wieder den „Purging- Typ“, welcher das in einer Regelmäßigkeit wiederkehrende Erbrechen oder Einnehmen von Laxantien (Abführmitteln) oder anderen Medikamenten herbeiführt.

Zum anderen den „Non-purging-Typ“, der geprägt ist von Methoden, wie dem Fasten oder extremer körperlicher Bewegung (vgl. Gerlinghoff, Backmund (2006) S. 13).

Zahlen und Fakten

Frauen erkranken statistisch häufiger, mit einer deutlichen Mehrheit von 90%, an den Essstörungen Bulimie und Magersucht als Männer (vgl. Löwe, Quenter, Wilke (2004) S. 16). In Deutschland gibt es rund 100.000 Menschen, die an Magersucht erkrankt sind.

An Bulimie sind bereits 600.000 Männer und Frauen erkrankt (vgl. Harrach (2015) (o. S.)).

An Magersucht erkranken Frauen grundsätzlich zwischen dem 12.-25. Lebensjahr.

Der Beginn einer Erkrankung an Bulimie tritt überwiegend später, zwischen dem 14.-15. Lebensjahr, ein (vgl. Gerlinghoff, Backmund (2006) S. 20).

Am häufigsten erkranken Frauen an Bulimie und Magersucht im Alter von 15-18 Jahren. Männer hingegen erst im Zeitraum zwischen 18-25 Jahren. Dies lässt sich vermutlich damit begründen, dass auch die Pubertät später eintritt und somit die Veränderungen des Körpers erst zum späteren Zeitpunkt eine Rolle spielen (vgl. Amrhein (2010) (o. S.)).

Symptome der Magersucht

Die Magersucht ist bereits seit den 1970er Jahren bekannt.

Als erkrankt gelten diejenigen die mindestens 15% unter dem Normalgewicht liegen, oder anders gesagt, einen BMI unter 17,5 haben (vgl. Gerlinghoff, Backmund (2006) S. 10f).

Der BMI wird wie folgt errechnet: $\text{Körpergewicht (kg) : Körpergröße (m}^2\text{)}$

Alles, was im Bereich von 18-26 liegt, entspricht dem Normalbereich. Bei Kindern und Jugendlichen (ab 10 Jahren) werden Alter und Geschlecht mitberücksichtigt. Denn gerade in diesem Lebensalter weisen Kinder oft ein niedrigeres Gewicht auf, da sie sich in einer starken Wachstumsphase befinden (vgl. Gerlinghoff, Backmund (2006) S. 18).

Weil ich mich in dieser Arbeit auf den BMI beziehe, möchte ich diesen kritisch betrachten. Das Ideal- und Normalgewicht richtet sich nach dem BMI. Doch gerade ein Idealgewicht, kann für jedes Individuum völlig verschieden gesehen werden. Es gibt Partner/innen, die möchten eine/einen kurvenreiche/n Frau/Mann, Andere bevorzugen mehr eine/n Frau/Mann, an der/dem „kein bisschen Fett“ zu sehen ist. Wenn ein/e Mann/Frau dem Idealgewicht entspricht, heißt es ebenso wenig, dass diese/r sich damit wohlfühlt. Ebenso ist es schwierig zu sagen, ab wann ein/e Mann/Frau krankhaft zu dünn oder zu dick ist. Die Ärzte/Ärztinnen haben ihren Richtwert, aber die subjektive Betrachtung von den „Betroffenen“ oder den „Außenstehenden“ kann doch wieder eine ganz andere sein.

Aus medizinischer Sicht reicht der BMI allein nicht aus, um diese Person als erkrankt zu diagnostizieren. Es müssen weitere Symptome vorliegen.

Die Betroffenen meiden in der Regel kalorienreiche Nahrungsmittel oder erbrechen sich

nach dem Speisen. Ebenso werden Abführmittel, Appetitzügler oder Entwässerungsmittel (Diuretika) bevorzugt eingenommen.

Die Wahrnehmung dieser Erkrankten ist oft so gestört, dass diese sich immer zu dick fühlen, egal wie viel sie an Gewicht verlieren. Die Betroffenen leiden unter einem verzerrten Selbstbild. Aus der Angst heraus zu dick werden zu können, betreiben Magersüchtige sehr viel Sport.

Bei einigen Frauen, welche aufgrund ihrer Magersucht ein sehr niedriges Gewicht erreicht haben, kommt es zum Ausbleiben der Menstruation (Amenorrhö).

Bei den Männern kommt es zu Potenzverlust oder dem Verlust der Begierde nach sexuellen Tätigkeiten.

Auch die Wachstums-, Schilddrüsenhormone und die Ausschüttung von Insulin können beeinträchtigt werden. Wenn die Magersucht bereits vor der Adoleszenz eintritt, kann diese sogar den Entwicklungsprozess verzögern (vgl. Gerlinghoff, Backmund (2006) S. 11).

Symptome der Bulimie

Die Bulimie, welche auch als „Stierhunger“ bezeichnet werden kann, wurde in den 80er Jahren erstmals in das DSM-III aufgenommen.

Die Betroffenen befassen sich ununterbrochen mit dem Thema „Essen“. Sie haben eine große Gier nach Nahrung. Auf dieses heftige Verlangen können die sogenannten „Essattacken“ folgen. Dabei wird eine sehr große Menge an Nahrung (meist hochkalorische Speisen) in kürzester Zeit aufgenommen.

Anschließend erfolgt eine Maßnahme, dem „Zunehmen“ entgegenzusteuern, in dem die Nahrung erbrochen oder abgeführt wird. Auch der Missbrauch von Medikamenten, wie z.B. das Schilddrüsenpräparat, das den Stoffwechsel auf Hochtouren bringen soll, wird als Maßnahme in Betracht gezogen.

Wie bei der Magersucht besteht bei diesen Menschen die Angst davor zu dick zu werden.

Wenn die Heißhungeranfälle im Durchschnitt mindestens 2 mal wöchentlich und das über 3 Monate lang auftreten, kann dies als krankhaft bezeichnet werden (vgl. Gerlinghoff, Backmund (2006) S. 13).

Es ist möglich, dass eine zuvor erkrankte magersüchtige Person später ins Krankheitsbild der Bulimie fällt. Umgekehrt ist es eher selten der Fall. Da der Übergang bzw. die Grenze nicht klar zu erkennen ist, liegt die Schwierigkeit darin festzustellen, ab wann bestimmte Symptome eingetreten sind (vgl. Keppler (2000) S. 24).

Der wesentliche Unterschied zwischen beiden Erkrankungen ist der, dass Bulimiker/in-

nen nicht zwangsläufig untergewichtig sein müssen. Ebenfalls realisieren die an Bulimie erkrankten Menschen im Gegensatz zu den Magersüchtigen, dass sie an einer Art Essstörung leiden (vgl. Diehl (1999) S. 148).

2.3 Begleiterkrankungen

Bevor eine Diagnose gestellt werden kann, sollte meiner Meinung nach unbedingt geschaut werden, woher diese Erkrankung kommt, welche Vorerkrankungen evtl. vorliegen oder welche Verhaltensweisen die- oder derjenige mitbringt. Wichtig ist es die Ursachen einzubeziehen, da eine ursachengerichtete Arbeit eine Ausprägung einer Essstörung vielleicht mindern oder gar verhindern kann.

Viele an Essstörungen leidende Personen haben zudem noch andere Begleiterkrankungen, wie z.B. Angst- oder Zwangsstörungen.

Die meisten von ihnen erleben eine oder mehrere depressive Episoden.

Auch Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch begleitet einige essgestörte Personen.

Des Weiteren können Vorerkrankungen, wie z.B. Depressionen, als Begleiterkrankung eine Essstörung mit sich bringen.

Beide Varianten sind möglich. Hierbei ist es wichtig zu schauen, welche Symptomatik welcher Erkrankung evtl. als erstes vorhanden war oder ob sich aufgrund eines bestimmten Auslösers beide Krankheiten parallel entwickelt haben (vgl. Gerlinghoff, Backmund (2006) S. 22).

Die Begleiterkrankungen sollten nicht vernachlässigt, sondern parallel mitbehandelt werden. Dazu wäre eine gute Netzwerkarbeit mit anderen Einrichtungen nötig, da sich sonst jede Einrichtung nur auf ihren Themenbereich bezieht und sich aus den Begleiterkrankungen feste eigenständige Störungen entwickeln können. Dann wäre, wenn möglich, die Essstörung gemindert oder geheilt ABER eine andere Begleiterkrankung der neue Behandlungspunkt.

2.4 Begleiterscheinungen

Begleiterscheinungen, die eine Essstörung nach einer gewissen Zeit mit sich ziehen kann, können z.B. Herz- Kreislauf-, Magen- Darm- sowie Nierenprobleme sein. Gerade durch die extreme Bewegung, die eine Vielzahl der Erkrankten tätigt, kommt es häufiger zu Herzrhythmusstörungen, einem niedrigen Blutzuckerwert und die Entwicklung von Osteoporose wird gefördert. Durch eine Störung des Elektrolyte-

(Mineralsalz-)haushalts und den Mangel an Nähr-, Mineralstoffen und Spurenelementen, kann es zu bestimmten Mangelercheinungen in Organen (z.B. Niere) oder den Knochen kommen. Mehrfach verändert sich das Wachstum der Haare, die Nägel brechen ab und die Haut trocknet aus. Insbesondere bei der Bulimie werden durch das häufige Erbrechen bzw. Aufstoßen von Magensäure die Zähne (Karies), die Speiseröhre und der Rachen zerstört. Bei Bulimikern/innen sind am Finger regelrechte Verätzungen zu erkennen. Im Mund- Gesichts- Bereich schwillt die Speicheldrüse in der Nähe des Ohres an und die Muskulatur dieses Bereiches schwindet. Eine Überdehnung des Magens kann dann stattfinden, wenn eine übermäßig große Menge an Essen oder Trinken aufgenommen wird (vgl. Gerlinghoff, Backmund (2006) S. 30-36).

Für die Praxis könnte das bedeuten, dass wir als Sozialarbeiter/innen im Bereich der Jugendhilfe frühere Anzeichen erkennen können, die nicht eindeutig aufzeigen, dass es sich um eine Essstörung handelt. Aber es kann Hinweise geben, dass womöglich etwas mit dem Körper des/der Jugendlichen nicht in Ordnung ist. Fühlt der/die Jugendliche sich häufiger schlapp, klagt über Bauch- oder Herzbeschwerden, verändert sich das äußere Erscheinungsbild (Haare, Nägel, Haut) enorm, zeigt sie/er mögliche Verätzungen an Fingern, dann sollte dies hinterfragt werden. Zeigt die/der Jugendliche weitere Auffälligkeiten im Verhalten oder sogar im Essverhalten, ist ein Intervenieren unbedingt erforderlich. Zumindest sollten diese Auffälligkeiten nicht ignoriert und einfach dem Jugendalter zugeordnet werden, in dem der Körper ja sowieso „verrückt“ spielt. Allerdings ist es wichtig, den Jugendlichen keine Angst zu machen, indem sofort Diagnosen entwickelt werden. Mögliche Belastungsfaktoren, wie z.B. Schule, Familie oder Freunde/ Partner, sollten angesprochen werden. Wenn bereits größere „Gefahr“ besteht und der/die Jugendliche sich komplett verschließt, können andere Spezialisten wie z.B. Ärzte/Ärztinnen, Therapeuten/innen oder Psychologen/innen hinzugezogen werden.

3. Die Entstehung von Essstörungen

3.1 Ursachen

Die Erklärungsansätze, wie eine Essstörung entsteht, sind vielfältig. Dabei wird der Mensch als bio-psycho-soziale Einheit betrachtet. Das bedeutet, es gibt Ursachen im genetischen sowie im soziokulturellen/gesellschaftlichen, familiären oder individuellen Bereich. Es sind multidimensionale Faktoren, die eine Essstörung hervorrufen können.

So können es einzelne Faktoren sein, die das Ganze zum Ausbruch bringen aber auch eine Vielzahl verschiedener Ursachen, die in ihrer auftretenden Häufigkeit dann zu einer Essstörung führen (vgl. Jacobi, Paul, Thiel (2004) S. 21).

3.2 Risikofaktoren

3.2.1 Familiäre Faktoren

Im familiären Bereich gibt es gerade während der Pubertät viele Konflikte.

Die sogenannten Bilderbuchfamilien, bei denen immer alles perfekt abläuft, sind dabei oft die schwierigsten Kandidaten. In diesen Familien herrscht in den meisten Fällen eine große Empörung darüber, wenn es heißt, ihr Kind sei krank. Sie argumentieren dann damit, dass es dem Kind doch an nichts gefehlt hat, sie immer für ihn/sie da waren und es nie Probleme gegeben hat.

Das ist genau das Problem. Es sind genau diese Familien, die ihren Kindern keinerlei Privatsphäre lassen, ihnen sagen, mit wem sie sich verabreden können oder wer schlecht für sie ist. Sie sind zwar äußerlich mit ihrem Kind verbunden, unterbinden allerdings, dass Probleme angesprochen werden und haben keinerlei inneren Zugang zu ihnen.

Die typischen Rollenbilder mit ihren Attributen werden in diesen Familien gelebt. Die Kinder haben häufig kein richtiges Vertrauen zu den Eltern, insbesondere nicht zur Mutter, da diese nach ihrem Rollenbild die Allwissende ist.

Gerade in der Adoleszenz spielt die Abnablung vom Elternhaus (Entwicklungsaufgabe) eine entscheidende Rolle, die durch Überbehütung und Kontrolle der Eltern nicht stattfinden kann.

Hinzu kommt, wenn die Ehe/Partnerschaft ähnlich verläuft und Sorgen nicht ausgetauscht werden können. Das Kind bekommt dadurch kein anderes Verhalten vermittelt. Es bemerkt die Unzufriedenheit der Eltern, besonders die der Mutter, welche z.B. ihren Beruf nicht mehr ausleben kann.

Diese Mütter vermitteln durch die eigene Unzufriedenheit und ihre „einzige Aufgabe“, die Kinder zu erziehen, dass die Rolle der Frau einer „Opferrolle“ entspricht. Da die Frau/Mutter auf ihren Job sowie ihre eigenen Interessen verzichtet und alles für die Kinder und ihren Mann „opfert“, kann dies auf das Kind so wirken, als reiche es in der Rolle der Frau für kein eigenes Leben mehr aus.

Diese Beobachtung kann prekäre Folgen haben. Die Jugendlichen, welche sowieso in diesem Alter mit ihrer Körperreife und der Übernahme der Rolle (Entwicklungsaufgabe) zu „kämpfen“ haben, könnten ihre Annahme der Rolle verweigern bzw. ablehnen, bis hin zum Wunsch der Übernahme der Rolle des anderen

Geschlechts, welches in ihren Augen alles „darf“ und ausleben kann.

Es gibt zudem Mütter, die ihren Kindern keinerlei sexuelle Aufklärung bieten. Im Gegenteil, eventuell sogar den Sexualakt als etwas Böses darstellen, wo der Mann die Frau nur „benutzt“.

Durch solch ein Bild kann gerade im Jugendalter eine Ablehnung gegenüber dem anderen Geschlecht entstehen.

Im späteren Verlauf dient eine Essstörung möglicherweise als Druckmittel dazu, dass die Familie zusammenhalten muss und eine Trennung der Eltern „nicht“ durchgeführt werden „darf“ (vgl. Gerlinghoff (2001) S. 65-71).

3.2.2 Individuelle Faktoren

Die individuellen Faktoren habe ich nach den Lebensphasen sortiert, da so ein besserer Überblick geschaffen werden kann, was in der jeweiligen Lebensphase im Kontext von Essstörungen als risikoreich erachtet wird.

Frühe Kindheit

Neben den familiären Problemen gibt es des Öfteren Schwierigkeiten im individuellen Bereich. Ursachen, weshalb Essstörungen entstehen, gehen häufig bis in die frühe Kindheit zurück.

Wenn die Mutter ihren Säugling zwar wahrnimmt aber nicht „angemessen“ reagiert und ihre eigenen Bedürfnisse und Vorstellungen dem Ganzen voran setzt, kann dies dazu führen, dass das Kind zwar die Anwesenheit der Mutter erlebt, es sich trotzdem allein fühlt, da die Mutter keine Rückkopplungssignale an das Kind sendet.

Die Mutter versucht zum Teil, ihre Defizite in der Wahrnehmung mit der Hilfe des Kindes auszugleichen. Allerdings schlägt dies meist fehl.

Die Impulse und mit diesen umzugehen, lernt das Kind erst mit einer empathischen Mutter. Ist diese Empathiefähigkeit der Mutter nicht vorhanden, kommt es dazu, dass das Kind sich selbst vor seinen eigenen Impulsen fürchtet und diese verdrängt. Auf Dauer kann dies auslösen, dass Impulse wie Wut oder Trauer vom Kind selbst nicht mehr wahrgenommen werden. Sie bleiben unauffällig und das Kind wirkt unbekümmert, obwohl es im Inneren aufgewühlt ist.

Eine andere Ursache wäre, dass die Mutter nur grundlegende Bedürfnisse betrachtet und interpretiert. Wenn das Baby schreit, muss es entweder die Windel voll oder Hunger haben.

Die Konsequenzen daraus sind, dass durch die fehlende Aufnahme im körperlich-seelischen Bereich (oralen Bereich) später einmal Verunsicherungen im Empfindungsbereich

auftreten können. Allerdings ist eine Voraussetzung, um eine eigene Identität bilden zu können, Empfindungen zu erkennen.

Diese Ursache nimmt gerade bei dem Krankheitsbild der Bulimie einen hohen Stellenwert ein, da die Betroffenen dieser Erkrankung in schwierigen Situationen oder bei Anspannungen die Nahrungsaufnahme als Bewältigung bevorzugen.

Ihnen fehlt es zu unterscheiden, ob ein Bedürfnis, welches sie gerade verspüren, ein Körperliches oder ein Psychisches ist. Da sie es nicht anders kennen und nur so gelernt haben, befriedigen sie dieses Bedürfnis „körperlich“, indem sie essen. Das, was die Mutter in der frühen Kindheit begonnen hat, setzen die Erkrankten in ihrem Verhalten fort (vgl. Keppler (2000) S. 109-112).

In der Kindheit können Fütterstörungen oder Störungen mit dem Verdauungstrakt auftreten. Diese frühkindlichen Belastungen, können ebenso Essstörungen im Jugendalter herausbilden (vgl. Jacobi, Paul, Thiel (2004) S. 28f).

Kindheit

Nach dem Säuglingsalter beginnt das Kind sich und seine motorischen Fähigkeiten sowie seine Exkremente kennen zu lernen. Es lernt allmählich die Bedürfnisse des Körpers wahrzunehmen.

Allerdings kann dieses Kennenlernen des Körpers negativ von der Mutter beeinflusst werden. Wenn die Mutter immer genau bestimmt, wann ihr Kind auf Toilette gehen muss oder essen soll, dann verlernt das Kind, selbst auf seinen Körper zu achten.

Die Mutter hat ihren festen Zeitplan und diesen soll ihr Kind einhalten. Irgendwann passt sich das Kind genau an diesen an, um einer genervten und meckernden Mutter zu entkommen. Dieses Verhalten übernimmt das Kind für sein ganzes Leben.

Dies wäre ein Erklärungsansatz dafür, weshalb essgestörte Personen zum Perfektionismus neigen und immer im Mittelpunkt stehen wollen. Ebenso versuchen sie, diese Konfliktsituationen zu umgehen. Sie streben gute Leistungen in der Schule an und möchten den Körper und ihr Verhalten bestens an ihre Umgebung anpassen.

Deshalb verkompliziert dieses unauffällige Verhalten es, die Anzeichen einer Essstörung früher zu erkennen, da die Eltern zufrieden mit ihren Kindern sind und die Kinder auch keine negativen Äußerungen zu ihrem Befinden geben.

Erst nach einem bestimmten Auslöser kann es dazu kommen, dass die Jugendlichen mit ihrem Körper oder Verhalten nach „Hilfe“ rufen und die Eltern sich plötzlich sorgen, was denn mit ihrer Tochter/ ihrem Sohn los sei (vgl. Keppler (2000) S. 114-116).

Adoleszenz

Jugendliche, die an einer Essstörung erkranken, haben überwiegend eine zusätzliche Beeinträchtigung in ihrer Persönlichkeit. Diese Betroffenen besitzen ein sehr geringes Selbstwertgefühl und haben Angst vor den Unsicherheiten des Lebens. Der Anspruch, ihr Körpergewicht immer weiter zu reduzieren und die Angst davor, zu dick zu werden, ist enorm hoch. Nicht nur im Bereich des Körpers haben sie dieses hohe Anspruchsniveau. Ebenso erzwingen sie Bestleistungen in der Schule oder in ihrem Job. Sie neigen regelrecht zum Perfektionismus und zeigen ständigen Ehrgeiz (vgl. Gerlinghoff (2001) S. 72-74).

Oft wird der Partner/die Partnerin von Betroffenen idealisiert und als perfekt beschrieben, da ein/e „nicht“ perfekte/r Partnerin/Partner nicht zum eigenen Bild passt. Die Sauberkeitsansprüche einer Betroffenen in der Wohnung sind ausgesprochen hoch. Alle Frauen im Umfeld werden als eine Art Konkurrenz angesehen. Die Jugendliche sieht ihre Aufgabe darin, den anderen immer überlegen zu bleiben.

Es herrscht eine ständige Unzufriedenheit, egal wie perfekt alles ist. Die kleinste Enttäuschung macht diese Menschen zutiefst unglücklich. Enttäuschungen können Selbstvorwürfe, Niedergeschlagenheit und Depressionen hervorrufen. Die Folgen sind regelrechte Zusammenbrüche, bei denen die Jugendlichen in eine Art Erschöpfungszustand fallen und im Inneren ein totales Durcheinander herrscht. Es kann dazu führen, dass der-/diejenige nun versucht, eine hohe Leistung in einem anderen Bereich zu erzielen, um somit wieder Anerkennung zu erhalten. Oder aber es geht noch einen Schritt weiter in die negative Richtung und es kommt zu Affekthandlungen (z.B. Beendigung der Beziehung), mit denen die Betroffenen selbst nicht zurechtkommen (vgl. Keppler (2000) S. 41-43).

Spontanität ist für diese Erkrankten etwas Unmögliches und Furchtbares. Da sich die Erkrankten den ganzen Tag damit beschäftigen, wie und wann sie heimlich essen oder wie sie das Ganze umgehen können, sind Unternehmungen außerhalb des Planes kaum denkbar.

Die Betroffenen sind in der Regel familienabhängig und idealisieren diese. Vor allem wird die Mutter hochgelobt. Oft passen sich diese Jugendlichen an das gewünschte Verhalten der Mutter an und gehen allen Konfliktpunkten aus dem Weg (vgl. Gerlinghoff (2001) S. 72-74).

Nicht nur in der Familie reagieren sie so, sondern auch in der Beziehung zu Gleichaltrigen. Sie haben Durchsetzungsprobleme und eine sehr große Unsicherheit ihnen gegenüber (vgl. Jacobi, Paul, Thiel (2004) S. 36).

Entscheidend und prägend sind neben diesen Ursachen vor allem belastende/ kritische Lebensereignisse, wie Trennung der Eltern, Verluste, Vernachlässigung oder sexueller Missbrauch (vgl. Jacobi, Paul, Thiel (2004) S. 27).

3.2.3 Gesellschaftliche und soziokulturelle Faktoren

Ein gesellschaftlicher Faktor, welcher eine einflussreiche Rolle spielt, ist das vorherrschende Schlankeitsideal. Gelobt zu werden, wenn wieder ein paar Kilo weniger auf der Waage stehen oder nun die Kleidergröße 36 oder kleiner passt, bedeutet für einige Personen Anerkennung und Erfolg in der Gesellschaft.

Um eine perfekte Selbstdarstellung erreichen zu können, muss der Körper sportlich geformt und gut aussehen. Für die Einschätzung, wie viel gegessen werden darf, werden z.B. Kalorientabellen zur Hilfe genommen. Es gibt bestimmte Uhrzeiten, an denen empfohlen wird, eine bestimmte Menge zu essen oder an denen bestimmte Nahrungsmittel nicht mehr gegessen werden sollten, wie z.B. Kohlehydrate am Abend.

Als Kontrolle dient die Waage. Disziplin und Kontrolle spielen hierbei die ausschlaggebende Rolle (vgl. Keppler (2000) S. 33-38).

In der Gesellschaft wird für gemeinsame Aktivitäten zur Gewichtsabnahme geworben. Es gibt Tanz- und Fitnesskurse, die in einer Gruppe durchgeführt werden können. Die Bedeutung von Fitnessstudios nimmt immer mehr zu, da in so einer Einrichtung der Körper von anderen wahrgenommen, gelobt und bewundert werden kann.

Dies kann meiner Meinung nach als Motivation dienen. Es entsteht ein „Wir“- Gefühl, gemeinsam ein Ziel zu erreichen, da es andere Mitmenschen gibt, die ähnliche „Probleme“ mit ihrem Körper haben.

Allerdings sehe ich die Gefahr dabei, dass es zu Konkurrenzkämpfen mit den Mitstreitern kommen kann und radikalere Methoden, welche sich negativ auf Körper und Geist auswirken können, in Betracht gezogen werden.

Eine besondere Risikogruppe stellen die Leistungssportler/innen dar. Dazu zählen Tänzer/innen, Schwimmer/innen, Leichtathleten/innen, Ringer/innen und viele mehr (vgl. Jacobi, Paul, Thiel (2004) S. 28).

Die Gesellschaft formt sich ein Bild, wie ein Mann oder eine Frau auszusehen haben. Dieses Bild wird mit Hilfe von Medien verstärkt.

Eine große Menge der Menschen möchte in dieses perfekte Bild hinein passen und versucht z.B. mittels vorgeschriebener Portionsgrößen und Fitnessangeboten, jenes Bild

zu erfüllen. Welche Auswirkung es auf den Körper und die Psyche hat, steht für sie erst einmal im Hintergrund. Im Vordergrund steht die Anerkennung in der Gesellschaft.

Wenn das vorgeschriebene Bild nicht erfüllt wird, erfährt der- oder diejenige Ablehnung bzw. wird diese Person schnell als „unnormale“ bezeichnet.

Hierbei sollte schon kritisch in Frage gestellt werden, wer überhaupt sagen kann, was „normal“ und was „unnormale“ ist?

Ferner, wann ein Essverhalten überhaupt als eine „Störung“ gesehen werden kann?

Ist eine Störung/ Krankheit vielleicht einfach ein Verhalten oder eine Unangepasstheit eines Menschen an die Gesellschaft?

Neben dem Schönheitsideal sollten die Rollenbilder mit ihren von der Gesellschaft zugewiesenen Attributen mit in Betracht gezogen werden.

Der Mann wird als stark, muskulös, mutig beschrieben, der nicht weint und seine Gefühle unterdrückt. Er ernährt sich deftig und isst viel Fleisch.

Die Frau hingegen versorgt die Familie und wird eher als zart, klein, schlank, sexy, schön und liebevoll beschrieben. Sie zeigt ihre Gefühle offenkundig und ernährt sich größtenteils von Salat und Rohkost (vgl. Habermas (1990a) S. 138 zit. n. Stahr, Barb-Priebe, Schulz (2010) S. 74).

Im Laufe der Jahre haben sich gesellschaftliche Rollenbilder entwickelt und verändert. Die Frau kann nun neben der Versorgung der Familie, ihr Berufsleben entwickeln und fortsetzen. Der Mann hingegen „darf“ nun ebenso Gefühle zeigen und sich am Haushalt beteiligen, ohne als unmännlich angesehen zu werden. Die Versorgung und Erziehung der Kinder „darf“ dieser gern mit übernehmen (vgl. Stahr, Barb-Priebe, Schulz (2010) S. 80f).

Trotz dessen sind die Anforderungen, dass eine Frau schön und schlank aussehen soll, geblieben. Allerdings sind im Laufe der letzten Jahre vermehrt die Ansprüche an das Männerbild gewachsen. Wo früher ein Körper mit Fülle, Macht ausdrückte und ein kräftiger Körper als effektiv angesehen wurde, wird heute der „Waschbärbauch“ weniger bevorzugt. Die Tendenz geht zum durchtrainierten, muskulösen und schlanken Mann, welcher zudem etwas Geld für Kosmetik ausgibt (vgl. Stahr, Barb-Priebe, Schulz (2010) S. 83-85).

EXKURS: Essstörungen = Frauenproblem?

Ich möchte an dieser Stelle noch einmal aufgreifen, dass Essstörungen als „Frauenproblematik“ gesehen werden.

Diese Aussage lässt sich insofern bestätigen, dass die Mehrheit (90%) der

Erkrankten, Frauen sind. Allerdings habe ich auf Grund verschiedenster Faktoren überprüft, wie diese Prozentzahl zustande gekommen ist und ob es in diesem Bereich eine hohe Dunkelziffer bei Männern geben könnte.

Ein Argument dafür wäre, dass im Allgemeinen weniger im Männerbereich geforscht wurde und selbst Ärzte diese Diagnose selten dem männlichen Geschlecht zuordnen.

Grundsätzlich empfinden Männer ähnliche Gefühle wie erkrankte Frauen. Allerdings unterdrücken Männer noch länger ihre Symptome und gehen auch bei deren starker Ausprägung nicht zum Arzt.

Die Ursachen können ebenfalls im familiären, biologischen und individuellen Bereich liegen. Bei den Jungen spielt vor allem die Vater – Sohn Beziehung eine entscheidende Rolle. Ein Risikofaktor kann sich ergeben, wenn ein autoritärer Erziehungsstil vorherrscht und der Sohn dem Vater nie etwas recht machen kann. Somit projiziert der Junge dies auf seinen eigenen Körper und seine Leistungen. Zum anderen wäre auch ein abwesender Vater nicht hilfreich, da die Rolle des Mannes nicht vermittelt werden kann. Somit richtet der Sohn sich eher nach dem Verhalten der Mutter. Durch einen hohen Leistungsanspruch der Eltern an ihr Kind können sich starke Gefühle in dem Jungen aufbauen, welche er mit Hilfe von Kompensationsmöglichkeiten bewältigen möchte (vgl. Stahr, Barb-Priebe, Schulz (2010) S. 47-51).

Eine Kompensationsmöglichkeit, die sich der Junge wählt, könnte die Bulimie sein. Sie verkörpert zum einen das „Vollstopfen“ und das damit verbundene Befriedigen und Trösten. Zum anderen das „Auskotzen“ von Problemen und Reinigen des Körpers durch das Erbrechen (vgl. Keppler (2000) S. 114).

Somit werden ungelöste Konflikte auf der Körperebene bewältigt.

Allerdings ist noch ein wichtiger Unterschied zu den Frauen mit einzubringen. Der Mann beginnt meist mit einer Diät, weil er ein Übergewicht aufzeigt. Das Ziel der Männer ist es, an Körperfett zu verlieren aber an Muskelmasse zuzunehmen. Frauen hingegen möchten nur an Gewicht verlieren (vgl. Mangweth-Matzek (2015) S. 92f).

Meine Vermutung ist, dass es eine hohe Dunkelzahl an erkrankten Männern gibt, da diese ihre Attribute wie Stärke, Kontrolle, Selbständigkeit und Offenheit nicht abgeben möchten. Das würden sie allerdings in ihren Augen tun, wenn sie sich vor einem/einer Arzt/Ärztin oder Therapeuten/in öffnen würden und sich somit die Hilfe holen müssten.

Ebenfalls ist die Gesellschaft zu wenig aufgeklärt und somit wird das Thema immer noch als „Frauenproblematik“ angesehen und deshalb erst recht nicht gern von einem Mann zugegeben.

Selbst Ärzte/Ärztinnen ordnen bei Männern die typischen Symptome, wie oben beschrieben, nicht den Essstörungen zu. Bei Frauen ist anhand der Vorsorgeuntersuchungen beim Gynäkologen/ Gynäkologin, welche 1-2 mal im Jahr stattfinden, ein Befund des Ausbleibens der Menstruation (=Symptom) erkennbar und wird somit eher hinterfragt (vgl. Stahr, Barb-Priebe, Schulz (2010) S. 47-51).

3.2.4 Genetische Faktoren

Ob es einen Zusammenhang zwischen Essstörungen und biologischen Faktoren oder Dispositionen gibt, wurde nur teilweise erforscht bzw. bestätigt.

In einer in STAHR beschriebenen Zwillingsstudie von Claude Braun und Marie-Jose Chouinard wurde mit Hilfe von Zwillingsforschung, Forschung zur Krankheitshäufigkeit bei Verwandten, Tierversuchen, Hormon- und Hirnforschung herausgefunden, dass das Erkrankungsrisiko, wenn ein eineiiger Zwilling im Laufe des Lebens an Essstörungen erkrankt auch der andere erkrankt bei 35-56% liegt. Ein 6-faches Risiko hätten Verwandte ersten Grades, sprich Kind-Eltern-Großeltern et cetera (vgl. Stahr, Barb-Priebe, Schulz (2010) S. 54).

Allerdings sollte dabei angemerkt werden, dass nur wenige Zwillingspaare getestet wurden. Außerdem wurde kein Zwillingspaar getestet, welches nicht mehr zusammen lebt (vgl. Schepank (1991b) zit. n. Stahr, Barb-Priebe, Schulz (2010) S. 55; Fichter (1985) S. 252 zit. n. Stahr, Barb-Priebe, Schulz (2010) S. 55).

Möglicherweise gibt es einen Zusammenhang zwischen Serotoninmangel, Depressionen und Essstörungen. Serotonin ist ein Neurotransmitter und beeinflusst unser Zentralnerven-, Herz- Kreislauf- und Darmsystem. Es konnte festgestellt werden, dass es häufiger zu Heißhungeranfällen kommt, wenn zu wenig Serotonin vorhanden war. Ebenfalls kann der Mangel an Serotonin, Depressionen auslösen. Die Heißhungeranfälle sowie die depressiven Episoden stehen des Öfteren im Zusammenhang mit Essstörungen. Zudem haben mehrere Therapiestudien belegen können, dass Antidepressiva bei Bulimikerinnen und Anorektikerinnen eine Wirksamkeit gezeigt haben (vgl. Jacobi, Paul, Thiel (2004) S. 30f).

3.3 Beginn und Auslöser

Essverhalten

Wann genau das Essverhalten in eine Essstörung übergeht und ab wann es zu einer Gefahr wird, ist schwer zu erkennen. Es kann jahrelang unbemerkt bleiben. Die Betroffenen verhüllen ihre Auffälligkeiten mit weiter Kleidung. Ebenso verleugnen sie ihr Gewicht (vgl. Löwe, Quenter, Wilke (2004) S. 16f).

Anzeichen dafür wären, womögliche Änderungen des Essverhaltens und eine Abneigung gegenüber dem Essen. Ein geändertes Essverhalten kann zum Beispiel sein, dass die Nahrung nur noch mit Stäbchen gegessen wird oder sogar die Getränke gelöffelt werden. Es findet eine ständige Auseinandersetzung mit der Thematik „Essen“ statt. Es werden Lebensmittel gewogen oder/und Kalorientabellen und Kochbücher studiert. Auch das Einkaufen und Kochen möchten die Betroffenen selbst übernehmen. Gemeinsame Mahlzeiten werden gemieden. Es kann so weit gehen, dass die Jugendlichen ihre Familie bekochen, regelrecht mästen und selbst nichts von dem Gekochten essen. Um es weniger auffallen zu lassen, isst die/der Betroffene sehr langsam, klagt über Völlegefühl und Appetitlosigkeit. Eine Gereiztheit und häufiger Rückzug wären ebenfalls Anzeichen (vgl. Gerlinghoff (2001) S. 122f).

Allerdings sollte beachtet werden, dass eine Mehrzahl der Anzeichen vorhanden sein muss, um Vermutungen aufstellen zu können. Ebenfalls sollte betont werden, dass einige dieser Anzeichen während der Jugendphase auftreten können, ohne dass eine Essstörung entwickelt wird. Die aufgezählten Anzeichen sollten mehrmalig oder längerfristig beobachtet werden, bevor eingegriffen wird.

Es sollte aber nicht leichtsinnig betrachtet werden, da diese Betroffenen erst nach einer sehr langen Zeit eine Arztpraxis aufsuchen würden.

Die betroffenen Jugendlichen gehen erst dann zum Arzt, wenn sie von Schwindel, dauerhaften Frieren, Schlaptheit und/oder Schmerzen im Bauch geplagt werden. Schlimmstenfalls können Symptome, wie die Todessehnsucht, entstehen. Magersucht und Bulimie sind Essstörungen, welche überwiegend in der Pubertät entwickelt werden. Wenn in diesem Alter Patienten mit diesen Symptomen, sowie dem Ausbleiben von der Menstruation eine Arztpraxis aufsuchen, ist ein hohe Aufmerksamkeit der Ärzte gefordert (vgl. Löwe, Quenter, Wilke (2004) S. 16f).

Unpassend wäre es den Jugendlichen nur mahnende Worte, Appetitanreger, Vitamintabletten oder gar die Pille (bei den Mädchen) zu verschreiben (vgl. Gerlinghoff (2001) S. 123).

Veränderungen

In der Pubertät gibt es eine Vielzahl an Ereignissen und Veränderungen. Der Körper sowie das Erleben und Verhalten der pubertierenden Person verändern sich.

Es gibt erste Kontakte und womögliche Grenzerfahrungen in Beziehung zu Alkohol, Tabak und Drogen. Ebenfalls sticht heraus, dass in dieser Zeit viel Konfliktpotenzial und „Unverständnis“ im Elternhaus herrscht. Die Selbstbezogenheit und Bezogenheit auf Gleichaltrige (Entwicklungsaufgabe) nimmt stark zu.

Ein kritischer Vorfall im Freundes-, Bekannten- oder Familienkreis kann der Auslöser dieser Erkrankung sein. Auch ein Einbruch/Abbruch von gewohnten, angenehmen Situationen kann Anlass geben. So ein Einbruch könnte z.B. nach einer Trennung geschehen. Aber auch ein fester Ablauf (Schule, Ausbildung) kann plötzlich wegbrechen und der/die Jugendliche fühlt sich hilflos und alleine.

Überwiegend findet ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren statt und es entsteht ein nahtloser Übergang zur Erkrankung (vgl. Gerlinghoff (2001) S. 74f).

Diät

Ein gestörtes Essverhalten kann sich auch aus einer harmlosen Diät entwickeln, vielleicht aus dem Interesse heraus, einem Mädchen/ Jungen gefallen zu wollen.

Nebenbei kann es zu Lob oder Anerkennung im Freundeskreis oder der Familie kommen. So entwickelt sich neuer Ansporn weiter zu machen (vgl. Jacobi, Paul, Thiel (2004) S. 36).

Es werden Freunde zu Konkurrenten, weil diese vielleicht schlanker und somit „schöner“ aussehen. Oder schlimmstenfalls steht der Schwarm - um im Jugendjargon zu bleiben - auf die beste/n Freund/in. Dann versuchen einige Betroffene die Aufmerksamkeit des Schwarms auf sich zu lenken und das Aussehen der Freundin/ des Freundes zu übernehmen. Dies kann damit beginnen, dass ein ähnliche/r Kleidungsstil, Frisuren sowie „Verhaltensweisen“ übernommen werden. Das Ziel ist es so zu sein, wie der/die Freund/in. Auch das Gewicht sollte dem der Freundin/ des Freundes nahe kommen. Ein regelrechtes Übertrumpfen, kann als Ziel gesetzt werden: Besser aussehen, weniger wiegen, höhere Leistungen erbringen.

Es wäre sogar möglich, dass beide gemeinsam mit einer Diät beginnen, allerdings nur eine der beiden Gewicht verliert. Dabei kommt es zum regelrechten Machtkampf, wer mehr in kürzester Zeit abnimmt. Die anfänglichen Methoden werden verschärft bzw. es werden Methoden verheimlicht, die nebenbei noch durchgeführt werden. Das Duellieren wird zum Mittelpunkt dieser Freundschaft.

Immer wieder kann es zu „Kontrollverlusten“ kommen. Zum Beispiel, dass an einem Tag kein Sport gemacht wurde oder am Abend Kohlehydrate gegessen wurden. Das hat einen negativen Effekt als Folge. In der nächsten Zeit wird der/die Betroffene viel dafür geben, das wieder gut zu machen, indem sie/er z.B. ein hohes Maß an sportlichen Aktivitäten ausübt oder die Ernährung weiter einschränkt. Das bedeutet, dass sie/er vielleicht doppelt so lange Sport macht, als sie/er es vorher getan hat oder sie/er ernährt sich von Light-Produkten bzw. schränkt die Nahrungsmenge drastisch ein.

Die Kontrolle über das Essverhalten wird immer weiter verschärft. Es werden weniger „Ausrutscher“ geduldet und wenn, dann (z.B. durch exzessive körperliche Bewegung) sanktioniert (vgl. Keppler (2000) S. 17-26).

Da Jugendliche in der Adoleszenz immer mehr Verantwortung für sich selbst übernehmen, vielleicht häufiger für sich alleine kochen und essen möchten, fällt es den Eltern anfänglich wahrscheinlich nicht auf, dass etwas nicht stimmt. Durch das isolierte Essen fernab der Familie fehlt es den Jugendlichen an einem gemeinsamen Austausch und der „Esskultur“.

Nach einiger Zeit kann sich das Ganze soweit steigern, dass, wenn gemeinsam am Tisch gegessen wird, für die/den Betroffene/n nur das Thema „Essen“ eine Rolle spielt und keine Gespräche, die drum herum stattfinden, aufgenommen werden. Die Konzentration ist ganz auf das Nahrungsmittel und die Menge gerichtet. Somit stellt Essen keinerlei Befriedigung oder Entspannung mehr dar. Zusätzlich werden die Mitmenschen gefordert, indem sie in einen Machtkampf vermittelt werden. Sie sorgen sich um die betroffene Person und teilen dies mit. Vielleicht versuchen sie die/den Jugendlichen zu beeinflussen, dass diese/r mehr isst. Dieses Diskutieren führt allerdings dazu, dass die/der Magersüchtige es als etwas Positives ansieht und es genießt, die Mitmenschen zu täuschen. Sie sorgen sich und ihnen fällt die Veränderung auf. Genau das motiviert die betroffene Person weiter zu machen, da Veränderungen bemerkt wurden.

Es findet ein ständiger Wechsel zwischen Magern und Essen statt, wobei das Magern einen immer höheren Stellenwert einnimmt. Die Jugendlichen haben bereits ein so verzerrtes Körperbild von sich selbst, dass sie nicht zufrieden mit dem sind, was sie im Spiegel sehen. Dies kann zu depressiven Phasen führen.

Die Strategien, weiter an Körpergewicht zu verlieren, werden immer radikaler. Die eigentlichen Ziele verliert die Person völlig aus den Augen.

Nach außen zeigt sie sich mit weiter Kleidung. Doch dies dient nur als Täuschung. Von den nahestehenden Personen wollen sie die Aufmerksamkeit bekommen und bewusst

auf ihre Not hinweisen. Einige stellen auch bewusst ihren abgemagerten Körper z.B. im Schwimmbad zur Schau.

Eine Steigerung des Magerns ist das Fasten. Wenn dieses Fasten über eine längere Zeit betrieben wird, kann es schwere gesundheitliche Folgen mit sich ziehen oder zum Tod führen.

Um das Gewicht zu reduzieren, werden zusätzliche Mittel eingesetzt, die das Ganze beschleunigen sollen. Essen wird als Gift, Schmutz und Bedrohung wahrgenommen. Deswegen wird es entweder gemieden oder muss nach Nahrungsaufnahme so schnell wie möglich entfernt werden. Nach dieser Entfernung sind die Betroffenen zwar beschämt und fühlen sich schuldig, allerdings überwiegt das Gefühl der „Befreiung und Reinheit“.

Aus diesen radikalen Maßnahmen kann sich nach und nach eine Bulimie herausbilden. Es kann bereits schon im Anfangsstadium beginnen, dass die Betroffenen direkt ihre Diäten radikal erweitern und sich aktive Maßnahmen suchen, welche das Essen wieder aus ihrem Körper bringen soll, ohne vorab magern zu müssen. Allerdings gibt es bei der Bulimie, im Gegensatz zur Magersucht, ein deutlich größeres Ausmaß an Kontrollverlusten durch Heißhungerattacken. Deshalb entwickelt ein/e Bulimiker/in viel früher einen Plan für entgegensteuernde Maßnahmen (vgl. Keppler (2000) S. 17-26).

— Bevor genauer beschrieben werden soll, welche Rolle die Soziale Arbeit vor und während einer Therapie übernehmen kann, halte ich es für notwendig aufzuzeigen, welche Therapiemöglichkeiten und Bereiche angeboten werden und notwendig sind.

Ein Überblick, was genau in einer Behandlung ablaufen kann, sollte für jede/n Sozialarbeiter/in eine Informationserweiterung und Voraussetzung sein, um gut arbeiten zu können. Wie bereits erwähnt, ist das Öfteren eine Netzwerkarbeit mit Einrichtungen notwendig und dabei ist es gut zu wissen, welche Aufgaben andere Einrichtungen und Spezialisten erfüllen. Neben dem eigenen Fachbereich sollten Informationen über einen anderen Fachbereich eingeholt werden. In der Therapiephase können Sozialarbeiter/innen in der Sozialtherapie eingesetzt werden. Welche Funktion sie in diesem Bereich erfüllen, wird im Punkt 5.1 näher erläutert.

Ebenso können Sozialarbeiter/innen mit einer zusätzlichen therapeutischen Ausbildung in einigen anderen Therapiebereichen arbeiten.

4. Behandlung

4.1 Therapie

In der Behandlungsphase gibt es zunächst einen entscheidenden Unterschied zwischen Bulimikern/innen und Anorektikern/innen. Die an Bulimie Erkrankten haben im Unterschied zu den Magersüchtigen eine Krankheitseinsicht und suchen eigenmotiviert Behandlungsstellen auf. Magersüchtige Patienten/innen plagt eine zu große Angst davor, an Gewicht zunehmen zu müssen und somit die Kontrolle über sich und ihren Körper zu verlieren. Deshalb gibt es seltener Fälle, wo Anorektiker/innen eigenmotiviert die Hilfe aufsuchen.

Falls es doch zu einem Erstgespräch kommt, werden sie trotz dessen anfangs versuchen, ihr Gewicht in irgendeiner Art und Weise beizubehalten.

In dieser Phase ist Verständnis, egal ob von Angehörigen, Ärzten, sowie Therapeuten, die Grundvoraussetzung. Erst dann kann der/die Betroffene Vertrauen entwickeln und sich langsam öffnen.

In den ersten Gesprächen sollen gemeinsam Vorstellungen und Ziele besprochen werden, die den Weg aus einer Essstörung möglich machen. Dabei ist es außerordentlich wichtig, dass die Patienten/innen eigenmotiviert sind und sich nicht von ihrer Umwelt gezwungen fühlen, diese Therapie machen zu müssen.

Allerdings werden schon beim Erstgespräch Ziele formuliert, die unerlässlich den Weg zum Mindestnormalgewicht und Essverhalten beinhalten. Ebenfalls soll verdeutlicht werden, dass das „neu erlernte“ Essverhalten nicht nur in der Therapie, sondern auch außerhalb Anwendung finden muss. Die Schwierigkeit besteht darin, das neu gelernte Essverhalten aus der Therapie in den Alltag zu transferieren.

Der/Die Patient/in wird nicht in der ersten Sitzung ihre „Gewichtspobie“ beseitigen können, aber er/sie sollte den Wunsch nach einer Veränderung haben (vgl. Jacobi, Paul, Thiel (2004) S. 40f).

Grundsätzlich ist zur Behandlung einer Essstörung eine Psychotherapie notwendig. Diese kann im Rahmen einer Familien-, Gruppen- oder Einzeltherapie stattfinden. Je nach Dauer, Dimension, Symptomatik, Vorbehandlung der Erkrankung sowie dem Umfeld der Betroffenen wird entschieden, ob eine ambulante oder stationäre bzw. teilstationäre Behandlung angebracht ist (vgl. Gerlinghoff (2001) S. 121 f).

Bevor entschieden wird, welche Behandlung am sinnvollsten wäre, wird eine ausgiebige Diagnose erarbeitet, um einen für die/den Patientin/en individuellen

Behandlungsplan anfertigen zu können. Dabei werden z.B. Krankheitsgeschichte, Gewichtsentwicklung, Essverhalten, psychische Verfassung und aktuelle Lebenssituationen mit einbezogen (vgl. Herzog, Nikendei, Friederich (2004) S. 34f).

Grundsätzlich werden ambulante Psychotherapien in Betracht gezogen, wenn keine zusätzlichen körperlichen und psychischen Erkrankungen vorliegen. Die Erkrankten erhalten in den überwiegenden Fällen neben der Psychotherapie noch eine Ernährungstherapie/-beratung sowie eine Sport- oder Bewegungstherapie. Reicht diese Therapie nicht aus bzw. wird keinerlei Verbesserung wahrgenommen, kann eine Erhöhung von Therapiestunden ebenso der Übergang zur tagesklinischen Behandlung in Betracht gezogen werden.

In dieser Tagesklinik werden tagesstrukturierende Angebote gemacht. Des Weiteren wird eine Möglichkeit an regelmäßigen Mahlzeiten geboten.

Stationäre Behandlungen werden in Betracht gezogen, wenn zusätzliche körperliche Schwierigkeiten, wie z.B. Darminfekte, aufgetreten sind. Ebenso wird eine stationäre Aufnahme erforderlich, wenn akute Krisen oder psychische Auffälligkeiten vorliegen. Ziel von stationärer Behandlung ist die Vorbereitung einer ambulanten weiterführenden Therapie.

In der stationären Therapiezeit obliegt es vor allem, die Begleiterscheinungen/-erkrankungen mit zu behandeln. Ebenfalls soll ein Motivationsaufbau der Patienten/innen für eine weiter folgende Therapie, die Normalisierung von Gewicht und Essverhalten, ebenso wie die Behandlung der psychischen Komorbidität gelingen. Nach einem stationären Aufenthalt, sollte unmittelbar eine ambulante Therapie folgen (vgl. Herzog, Nikendei, Friederich (2004) S. 35f).

Wenn eine Überbrückung von der stationären zur ambulanten Phase notwendig sein sollte, da z.B. psychische Konflikte vorhanden sind, kann eine teilstationäre (tagesklinische) Behandlung genutzt werden. (vgl. Herzog, Nikendei, Friederich (2004) S. 50).

Da es sich, wie oben bereits erwähnt, bei den Essstörungen Bulimie und Magersucht um multifaktorielle Erkrankungen handelt, sind auch die Therapien, welche angeboten werden, vielfältig. Die Betroffenen haben unterschiedliche Begleiterscheinungen/-erkrankungen sowie eine unterschiedliche Ausprägung an Symptomen der Essstörung. Ebenso unterscheiden sich Auslöser und Ursachen bei den verschiedenen Patienten/innen. Deshalb kann nicht pauschal gesagt werden, welche Therapien notwendig sind. Grundsätzlich steht eine Psychotherapie an erster Stelle.

4.2 Therapiebereiche

Neben der reinen Psychotherapie wird eine begleitende Ernährungstherapie empfohlen. Wie genau sich eine Ernährungstherapie gestaltet, wird im Punkt 4.3 am Beispiel des „Therapiecentrums für Essstörungen“ (TCE) in München erläutert.

Psychopharmakologische Therapie

Eine weitere Therapie ist die psychopharmakologische (medikamentöse) Behandlung, welche bei bestimmten Symptomen zum Einsatz kommen kann. Wie bei den genetischen Ursachen erklärt wurde, stehen Serotoninmangel, Depressionen und Essstörungen vermutlich in einem Zusammenhang. Deswegen werden mit Hilfe von Antidepressiva Begleiterkrankungen wie Depressionen behandelt in der Hoffnung, so auch die bulimischen Symptome zu minimieren (vgl. Herpertz, Kochhäuser, Senf (2004) S. 51).

Internistische Therapie

Neben dieser Behandlung kann gleichermaßen eine internistische (innere Medizin – beschäftigt sich mit den Organen) Therapie angebracht sein. Diese ist notwendig, wenn der/die Patient/in langsam an eine bestimmte Nahrungsaufnahme gewöhnt werden soll oder durch die Erkrankung ein zu großer Mangel an Vitaminen und Nährstoffen vorhanden ist.

In dieser Therapie sollen die Betroffenen langsam wieder an das Essen gewöhnt werden. Dies geschieht mittels einer Steigerung der Nahrungsmenge sowie der Auswahl an bestimmten Nahrungsmitteln. Durch die großen Pausen muss sich das Verdauungssystem erst wieder an eine bestimmte Nahrungsmenge gewöhnen. Werden zu schnell zu große Mengen an Nahrung erzwungen, kann dies zu Überreizungen führen (vgl. Köpp, Friederich, Zipfel (2004) S. 138-140).

Konzentrierte Bewegungstherapie

Die konzentrierte Bewegungstherapie sowie die Entspannungstherapie zählen zu den Standardverfahren in Verbindung einer Psychotherapie. Die Bewegungstherapie soll dazu dienen, den Körper wieder spüren zu lernen. Mit Hilfe von Entspannungsübungen und autogenem Training wird das Bewusstsein erweitert und der Körper kann wieder wahrgenommen werden (vgl. Herpertz, Kochhäuser, Senf (2004) S. 54).

Entspannungstherapie

Die Entspannungstherapie wird meist in *autogenes Training* und *progressive Muskelrelaxationen* eingeteilt.

Bei dem *autogenen Training*, sollen Körperteile und dessen Veränderungen wahrgenom-

men und die Selbstentspannung hergestellt werden.

Bei der *Muskelrelaxation* soll ein Wechsel zwischen Anspannung und Entspannung bestimmter Muskelgruppen erreicht werden. Das Ziel ist es, Körper und Seele zu entspannen und somit womögliche Angstgefühle, welche mit Spannungen verbunden waren, zu lösen. Es kann durch diese Übungen ein Zugang zum Körper und dem verzerrten Selbstbild der Betroffenen geschaffen werden.

Bei Magersüchtigen können diese Übungen zu starkem Widerstand führen und unangenehme Empfindungen mit sich ziehen. Diese negativen Auswirkungen wiederum können dazu dienen, dass die Therapeuten/innen einen weiteren Zugang zu anderen psychischen Belastungen, welche im Hintergrund verborgen sind, bekommen (vgl. Wietersheim, Probst-Wiemuth (2004) S. 162-164).

Magersüchtige und Bulimikerinnen wurden befragt, welche Therapiebereiche sie für sich als am hilfreichsten empfanden. Dabei ist herausgekommen, dass bei den Anorektikerinnen die Einzeltherapie vor der Entspannungstherapie, allerdings die Entspannungstherapie vor der Gruppentherapie steht.

Bei den an Bulimie Erkrankten stand die Entspannungstherapie sogar noch über der Einzeltherapie.

Kritisch angemerkt werden sollte, dass die Bulimikerinnen nur jede Therapie einzeln bewertet haben und dann dieses Ergebnis zu Stande gekommen ist. Sie wurden nicht direkt gebeten, die Therapien untereinander zu vergleichen (vgl. Wietersheim, Probst-Wiemuth (2004) S. 165).

Gestaltungstherapie

In der Gestaltungstherapie findet eine Anregung von Phantasie und Kreativität statt. Durch das Erkennen eigener Fähigkeiten und der Wahrnehmung von entstandenen Resultaten können Gefühle und innerpsychische Konflikte nach außen getragen und reflektiert werden (vgl. Herpertz, Kochhäuser, Senf (2004) S. 54f).

In die gestaltungstherapeutischen Verfahren lässt sich die *Mal- und Tontherapie* einordnen. Bei dieser sollen ebenfalls Empfindungen sichtbar gemacht werden, welche die Betroffenen nicht in Worte fassen können. Verdrängte Lebensereignisse können mittels dieser Methodik offengelegt werden (vgl. Jantschek, Sudau, Feiereis (2004) S. 204).

Der/Die Therapeut/in sollte nicht krampfhaft versuchen, etwas in den Formen und Gestaltungen zu erkennen. Es mögen bestimmte Farben und Formen bevorzugt werden, jedoch kann der/die Jugendliche nicht immer sagen, warum er/sie ausgerechnet diese

gewählt hat.

Es sollten ursächliche und auslösende Faktoren aufgegriffen und geschaut werden, ob diese mit den Formen und Farben in Verbindung stehen könnten. Aber es sollte nichts Uneindeutiges zu etwas Eindeutigem interpretiert werden, nur damit überhaupt eine Interpretation stattfinden konnte.

Die Betroffenen sollten sich nicht in ihrer Kreativität eingeschränkt fühlen und aufgrund der Interpretationen des/der Therapeuten/in, das nächste Mal z.B. eine andere Farbe wählen. Ich denke deshalb, dass Schlussfolgerungen oder Erklärungsansätze vorsichtig getätigt werden sollten und ihre Zeit brauchen.

Einzeltherapie

In der Einzeltherapie werden Symptomatik und aktuelle Konflikte des/der Klienten/in reflektiert. Ebenfalls fließen in den Erarbeitungen des Behandlungskonfliktes lebensgeschichtliche Ereignisse ein, welche für bestimmte Symptome verantwortlich sein könnten. In aller Regel leiden die Betroffenen an aktuellen Symptomen der Essstörung. Das Ziel ist es dann, dieses Leiden zu verringern. Eine Protokollierung der Nahrungszufuhr kann ein bedeutender Schritt sein. Die angefertigten Protokolle werden gemeinsam mit dem Therapeuten besprochen.

Ein großer Schritt ist getan, wenn die Betroffenen ihre inneren Konflikte wahrnehmen können und sie nicht mehr länger hilflos ihren Ängsten oder Kontrollverlusten ausgeliefert fühlen. Wenn dies erreicht ist, kann weiter nach vorn geschaut und Lösungsstrategien erarbeitet werden, die sich eventuell positiv auf das Selbstwertgefühl auswirken können. In der Phase der Stärkung des Selbstwertgefühls bietet es sich an biographische Ereignisse einzubringen (vgl. Herpertz, Kochhäuser, Senf (2004) S. 53).

Familietherapie

Bei der Familientherapie finden hauptsächlich Gespräche mit der Kernfamilie bzw. mit den wichtigsten Bezugspersonen statt. Dabei werden alle Familienmitglieder gefragt, was sie im Zusammenhang mit der Erkrankung bzw. der Erkrankten wissen oder sagen möchten. Es werden kritische Situationen besprochen, die vielleicht im Vorfeld oder während der Behandlung aufgetreten sind. Nicht nur die Sichtweise der/des Klientin/en wird angehört, sondern überdies die der Angehörigen.

Das Ziel dieser Gespräche ist es, Beziehungskonflikte zu thematisieren sowie einen Informationsbedarf zu decken. Es werden die Ressourcen der Familie ebenso wie verschiedene Lösungsansätze besprochen.

Neben diesen Gesprächen kann die Familientherapie mit Hilfe von *Genogramm*- und

Skulpturgruppenarbeit optimiert werden. Diese Erarbeitungen finden größtenteils ohne oder nur sekundär mit der Familie statt.

In der *Genogrammarbeit* beschäftigen sich Betroffene mit ihrem Familienstammbaum und erkundigen sich bei den übrigen Familienmitgliedern über Ereignisse oder Personen der Familie, die sie nicht kennengelernt haben oder nicht kennenlernen konnten (z.B. wegen eines zu frühen Todes).

So kann ein erweiterter Austausch mit der Familie stattfinden und möglicherweise neue Erkenntnisse in die Therapie einbezogen werden. Mit Hilfe der anderen Patienten und Patientinnen können, in Form einer Gruppenreflexion, Informationen ausgetauscht werden.

In der Gruppe kann eine *Familienskulptur* erstellt werden. Das bedeutet, dass das Leben in der Familie mit Hilfe der anderen Gruppenmitglieder nachgestellt werden soll. So können andere Betroffene die Beziehungsmuster, Autonomie- sowie Nähe-Distanz-Verhältnisse beobachten und anschließend in der gesamten Gruppe reflektieren (vgl. Kröger, Bergmann, Herzog (2004) S. 153-158).

Gruppentherapie

Ziel der Gruppentherapie ist es, gemeinsame Problemlagen zu erkennen und sich gegenseitig zu unterstützen.

Zu befürchten ist, dass sich Magersüchtige eventuell gegenseitig motivieren, weiter abzunehmen und die verzerrte Körperwahrnehmung unterstützen. Allerdings hat sich diese Befürchtung im Laufe der Jahre nicht bestätigt.

Im Gegenteil, die Betroffenen sind eher bereit, sich in einer Gruppe zu öffnen, da die ähnlichen Problemlagen der Anderen die Gesprächsbereitschaft des Einzelnen erhöhen können. Gemeinsame Erfahrungen und Probleme geben eine gewisse Sicherheit und stärken das Vertrauen der Gruppe. Durch das positive Miteinander rücken die Defizite weiter in den Hintergrund. So können Ansätze zur späteren Reintegration in die Gesellschaft entwickelt werden.

Die soziale Integration ist Voraussetzung dafür, neue Beziehungen mit Gleichaltrigen aufbauen zu können. Sie zählt also so genommen mit in die Entwicklungsaufgaben hinein und unterstützt den Abnabelungsprozess vom Elternhaus (vgl. Gerlinghoff, Backmund (1995) S. 23-25).

Sozialtherapie

In der Sozialtherapie werden, wie bei der Familientherapie, Gespräche mit Angehörigen und Patienten/innen durchgeführt. Jedoch geht es hierbei weniger darum,

Familienmuster zu analysieren, vielmehr werden Gespräche mehrerer Familien und Patienten/innen organisiert. Diese Gespräche sollen unterstützend und motivierend wirken. Den Familien soll bewusst gemacht werden, dass auch sie nicht alleine mit ihrem Problem sind. Es können verschiedene Umgangsformen, welche in Konfliktsituationen eingesetzt wurden, ausgetauscht und reflektiert werden.

Die Angehörigen können individuell an einem Seminar teilnehmen, welches sich damit auseinandersetzen soll, wie mit Betroffenen umgegangen werden kann.

Kurzbeurlaubungen der Jugendlichen, um die Familie besuchen zu können, sind ebenfalls erwünscht.

Des Weiteren werden in der Sozialtherapie *soziale Kompetenzen* trainiert. Dies kann in Form von Rollenspielen sowie einer Übernahme von Planungen geschehen. Es können z.B. gemeinsame Unternehmungen und Ausflüge von Klienten/innen selbst geplant und gestaltet werden.

Die Freizeitgestaltung der Jugendlichen soll von den Jugendlichen selbst und ihren Betreuern/innen geplant werden. Jedoch sollte eine Pflegekraft diese Ausflüge begleiten.

Zur Sozialtherapie können ebenfalls eine anfängliche Kontaktsperre sowie eine „strikte Führung“ gehören. Das soll heißen, dass nach einer stationären Aufnahme zunächst sämtliche Kommunikationsmittel und -partner/innen eingeschränkt werden, um den Klienten/innen die Möglichkeit zu geben, sich auf sich selbst und das Wesentliche zu konzentrieren.

Eine Ausgangssperre könnte dabei hilfreich sein, um den/der Patienten/in weniger Ablenkungsmöglichkeiten zu bieten.

Während dieser Therapie sollte versucht werden, das Umfeld mit einzubeziehen. Alte Freundschaften oder Beziehungen können wieder aktiviert, hingegen Problembeziehungen hinterfragt und ggf. beendet werden.

In der Zeit einer stationären Behandlung wird geplant, wie es anschließend für den/die Klienten/in weitergehen soll, welche Nachsorge stattfinden wird und ob ggf. Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen in Betracht gezogen werden. Nach einer gewissen Zeit können Treffen mit ehemaligen Patienten/innen und Therapeuten/innen geplant werden (vgl. Jacoby, Engel (2004) S. 240-245).

Verhaltenstherapie

Neben diesen Therapieformen wird auch gern die klassische Verhaltenstherapie genutzt. Diese dient vor allem dazu, dass das Verhalten vom Klienten selbst und von Außenstehenden beobachtet werden soll.

Ziel dieser Therapie ist es, nicht die Ursachen der Essstörung aufzusuchen, sondern das

„alt“ erlernte Essverhalten durch ein „neu“ erlerntes Essverhalten zu ersetzen, um somit ein „normales und gesundes“ Gewicht erlangen zu können (vgl. Stahr, Barb-Priebe, Schulz (2010) S. 92).

— Um einen genaueren Überblick über die Gestaltung einer Ernährungstherapie zu erhalten, habe ich mich dazu entschlossen, eine konkrete Einrichtung näher zu beschreiben. Ich werde noch einmal kurz die Therapiebereiche der Einrichtung auführen und mit den oben Genannten vergleichen.

Was das Therapiezentrum in München zu einem Besonderen macht, wird ebenfalls erläutert. Des Weiteren möchte ich mittels eines Modells aufzeigen, was genau eine Therapiephase am TCE beinhaltet und wie lange sich diese vollzieht. Die Arbeit mit Angehörigen und deren „Aufgaben“ soll ebenfalls Berücksichtigung finden.

4.3 Das Therapiezentrum für Essstörungen (TCE)

Das TCE in München behandelt Betroffene zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr. Im Therapieprogramm enthalten sind die kognitive Verhaltenstherapie, die kreative Therapie, die Körperwahrnehmungs- und Entspannungstherapie, die Förderung sozialer Kompetenz, die Selbstdokumentation, die Familiengruppentherapie, die therapeutische Wohngruppe sowie die Ernährungstherapie mit Hilfe eines Ernährungsprogramms.

Für die Therapiezeit gibt es eine bestimmte Anzahl an festen Wohnplätzen für Patienten und Patientinnen, welche kein eigenständiges Leben führen können oder die häusliche Umgebung kontraproduktiv erscheint. In Kombination einer tagesklinischen Behandlung werden diese Klienten/innen betreut. Diese Wohnform soll als Alternative zum stationären Aufenthalt in einer Klinik dienen (vgl. Gerlinghoff, Backmund (2006) S. 42).

Ernährungstherapie

Im Mittelpunkt des TCE's steht die Ernährungstherapie. Sie soll vor allem die Betroffenen dabei unterstützen, wieder richtig mit Nahrung umgehen und sie schätzen zu lernen. Dabei können die Betroffenen selbst planen und kochen, was sie essen möchten. Es soll eine regelrechte Aufklärung im Nahrungsmittelbereich erfolgen.

Zudem sollen Emotionen und Verhaltensweisen, die beim Essen ablaufen, beobachtet und thematisiert werden. Dies geschieht von Seite der Patienten/innen sowie der Gruppe. Während des Aufenthalts sollen die Jugendlichen eine Gewichtskurve erstellen, worauf sie einmal wöchentlich ihr Gewicht eintragen. Es werden vorab Ernährungsziele verein-

bart, die bestmöglich erreicht werden sollten (vgl. Gerlinghoff, Backmund (1995) S. 83-88).

Dabei sollte kritisch angemerkt werden, dass es hilfreicher sein kann, kleinere und eher erreichbare Ziele zu setzen, anstatt viele und hohe (=“bestmögliche“). Schließlich können längerfristige Ziele dazu führen, dass Patienten/innen aufgeben, da sie das Gefühl haben könnten, dies nicht zu erreichen. Im Gegenteil dazu können kurzfristige Ziele dazu dienen, die Patienten/innen zu motivieren weiter zu machen, nachdem sie bereits ein Teilziel erreicht haben.

Neben dieser Kurve schreiben die Klienten/innen einen Ernährungsbericht, welcher Veränderungen, Emotionen und Schwierigkeiten beschreiben kann, welche dann mit dem Therapeuten/der Therapeutin besprochen werden dürfen. Der Therapeut/ die Therapeutin soll unterstützend wirken sowie die Hilfe zur Selbsthilfe sein. Er/Sie kann die Patienten/innen individuell beraten, Informationen vermitteln und sie begleiten. Die Eigenverantwortung wird insofern trainiert, dass die Jugendlichen sich selbstständig ihre Nahrung zusammenstellen können. Ebenso können sie die Menge selbst bestimmen. Sie kennen ihre Ziele und können eigenständig oder mit Hilfe der Mitarbeiter/innen bzw. der Gruppe, diese versuchen zu erreichen (vgl. Gerlinghoff, Backmund (1995) S. 85-88).

Besonderheiten

Am TCE werden „besondere Mahlzeiten“ eingeplant. Das sind Mahlzeiten, wie z.B. ein Essen, an dem nicht gesprochen wird, um sich selbst intensiver wahrnehmen zu können. Eine weitere besondere Mahlzeit ist, wenn unter der Beobachtung des Therapeuten/der Therapeutin z.B. Schokolade oder Pommes gegessen werden. Diese Nahrung haben die Betroffenen sonst eher gemieden oder nur heimlich „verschlungen“, um sie dann wieder mit selbstinduzierten Maßnahmen nach außen zu bringen. Sogenannte „Chaostage“, an denen kein Therapie- und Ernährungsprogramm geplant wird, können eingebaut werden, um den Jugendlichen Spontaneität und eine eigene Gestaltung des Tages zu ermöglichen. Ein Essen vom Buffet oder ein gemeinsames Ausgehen, z.B. in ein Restaurant, gehört zu diesen besonderen Mahlzeiten dazu (vgl. Gerlinghoff, Backmund (1995) S. 93).

Therapiebereiche am TCE

Wie in der Hinführung zum Punkt 4.3 erwähnt wurde, finden neben der Ernährungstherapie weitere Therapien Anwendung. *Die Körperwahrnehmungstherapie* gestaltet sich ähnlich, wie die im Punkt 4.2 beschriebene Bewegungs- und Entspannungstherapie. Ziel ist es ebenfalls den Körper wahrzunehmen und ihn zu

akzeptieren. Dies kann mit Hilfe von Materialien, wie z.B. einem Spiegel oder einer Kamera, erfolgen (vgl. Gerlinghoff, Backmund (1995) S. 98).

In der *kreativen Therapie* finden einige Anwendungen aus der oben genannten Gestaltungstherapie statt. Ziel ist es auch hier, dass die Patienten/innen mittels Gestaltungsformen, wie z.B. Skulpturen, Gefühle aus ihrem Inneren nach außen übertragen können (vgl. Gerlinghoff, Backmund (1995) S. 105f).

Soziale Kompetenzen werden am TCE in Form einer Gruppe trainiert. Dabei sollen vor allem Bewältigungsstrategien entwickelt und die Wahrnehmung von Stärken und Schwächen gefördert werden (vgl. Gerlinghoff, Backmund (1995) S. 114f).

Eine Besonderheit am TCE stellt die Wohnform dar. In dieser kann ein gemeinsames Zusammenwohnen außerhalb der Familie geübt werden.

Da einige Betroffene vor der Therapie schon in einer eigenen Wohnung komplett isoliert gelebt haben und somit ihren „Symptomen“ freien Lauf lassen konnten, wird schon beim Aufenthalt im TCE versucht, geeignetere Wohnformen zu finden. Diese können Wohngemeinschaften sowohl mit Studenten/innen als auch mit anderen Patienten/innen sein. Falls doch die eigene Wohnung weiter allein bewohnt werden soll, wird diese versucht, etwas wohnlicher und gemütlicher zu gestalten, da die meisten Patienten/innen entweder chaotisch oder steril gelebt haben.

In der Gruppe werden gemeinsame Projekte und Möglichkeiten erarbeitet. Auf Themen, wie Lebensunterhalt/Schulden, Beruf/Ausbildung und Freizeit/Umfeld wird gleichermaßen eingegangen (vgl. Gerlinghoff, Backmund (1995) S. 116-120).

Das 4-Phasen-Modell des TCE

Das TCE teilt seine Behandlung in 4 Phasen ein.

Die erste Phase ist die *Motivationsphase* (4 Wochen), welche die Therapiebereitschaft des/der Klienten/in fördern und über Ziele und Inhalte der Behandlung informieren soll. In dieser Zeit können Gespräche mit Angehörigen nach Bedarf stattfinden.

In der *tagesklinischen Phase* (4 Monate) wird ein großes Spektrum an Prozessen der Veränderungen in Gang gebracht. Ebenso werden Lösungsansätze für Probleme entwickelt. Es finden weiterhin Gespräche mit der Familie und den Freunden statt. Zusätzlich gibt es gemeinsame Treffen zum Vespere oder Frühstück mit den Familien. Ebenso werden Informationsveranstaltungen für Angehörige angeboten.

In der dritten, *ambulanten Phase* (4 Monate) unterstützen die Therapeuten/innen den Patienten/die Patientinnen noch in Problemsituationen. Allerdings sind die Jugendlichen größtenteils auf sich allein gestellt. Es finden weiterhin Gespräche mit den Therapeuten/innen und der Familie statt. Die Familientherapie kann in größeren

Gruppen aller drei Wochen veranstaltet werden. Wenn die Betroffenen überwiegend ohne zusätzliche Unterstützung und Hilfe zurechtkommen, können diese zur letzten Phase übergehen.

Diese Phase nennt sich *Ablösephase/ Selbsthilfephase* (4 Wochen). In dieser Phase führen die jungen Erwachsenen ein selbstständiges Leben und treffen sich nur noch monatlich in einer Selbsthilfegruppe, die von Therapeuten/innen geleitet wird. Angehörige können in diese Selbsthilfegruppen mit einbezogen werden (vgl. Gerlinghoff, Backmund (1995) S. 38f; 121).

Im Verlauf der gesamten Behandlungsphase werden die Patienten/innen gebeten, Tagebücher zu führen. Am Ende der tagesklinischen Phase sollen anhand dieser Tagebücher, Epikrisen von Patienten/innen erstellt werden. So können neben den Epikrisen, welche die Therapeuten/innen erstellen auch die der Patienten/innen, hilfreich eingesetzt werden (vgl. Gerlinghoff, Backmund (1995) S. 133).

|| Eine Epikrise ist eine „Schlussbetrachtung; die abschließende krit. Beurteilung eines Krankheitsverlaufs, meist in Form eines Berichts mit differenzialdiagnostischen Überlegungen u. Endgültiger Diagnose.“ (Helmut Lingen GmbH & Co. KG (2006) S. 230).

5. Die Rolle des/der Sozialarbeiters/in im Kontext von Essstörungen

5.1 Soziale Arbeit in der Therapiephase

In der stationären Therapiephase werden strukturierte Essprogramme, sozialarbeiterische, sowie psychoanalytische therapeutische Angebote als Grundelemente der Behandlung gesehen (vgl. Herpertz, Kochhäuser, Senf (2004) S. 52).

In der Sozialtherapie sind Sozialarbeiter/innen für die Beratung und Informationsvermittlung zuständig. Es gibt konkrete Bereiche, in denen die Sozialarbeiter/innen fungieren sollen, z.B. zu Rechts- und Geldfragen, zur Wohnsituation und zum beruflichen Werdegang. Zunächst sollen finanzielle Problemlagen geklärt werden, wenn sich der/die Patient/in z.B. verschuldet hat oder grundsätzliche Unterstützung wie Kranken-, Arbeitslosen-, Wohngeld sowie Sozialhilfe benötigt wird.

Die Wohnsituation nach dem stationären Aufenthalt sollte gleichermaßen geregelt werden. Dabei können Wohngemeinschaften, therapeutische Wohngruppen oder andere

Wohnformen in Betracht gezogen werden.

Die beruflichen Interessen des/der Klienten/in können besprochen werden. Die Sozialarbeiter/innen können bei Vermittlungen bezüglich einer Umschulung, Ausbildung, eines Studiums etc. beraten und unterstützen.

Die Wege zu den Ämtern, welche die Jugendlichen womöglich vor sich haben, kann der Sozialarbeiter/die Sozialarbeiterin begleiten. Die Sozialarbeiter/innen sollen die Jugendlichen dabei unterstützen, eigenständig handeln zu lernen. Da diese Jugendlichen oft noch Angst vor einem eigenständigen Leben mit Behördengängen und Gesetzen haben und ihnen eventuell die Unterstützung der Eltern fehlt bzw. der Wunsch nach Eigenständigkeit vorhanden ist, bieten die Sozialarbeiter/innen ihnen eine anfängliche Unterstützung an. Allerdings dient der/die Sozialarbeiter/in nicht dazu, alles für den/die Klienten/in zu erledigen. Die Sozialarbeiter/innen sollten dem Klienten/der Klientin nur solange die Hilfe anbieten, bis sie merken, dass der/die Jugendliche sich eigenständig helfen und versorgen kann (vgl. Jacoby, Engel (2004) S. 242).

Dies sollte unter dem Leitsatz der Sozialen Arbeit „Hilfe zur Selbsthilfe“ geschehen.

5.2 Soziale Arbeit außerhalb/ vor der Therapiephase

Ein/Eine Sozialarbeiter/in kann entweder nach einer bereits festgestellten Diagnose mit einem Klienten/ einer Klientin, der/die an Essstörungen leidet, arbeiten (Therapiephase) oder bereits vorher, ohne eine klare Diagnose in der Hand zu haben, mit Essstörungen in Kontakt kommen.

Wenn Sozialarbeiter/innen in einem Bereich mit Jugendlichen arbeiten, z.B. als Betreuer/in im Jugendclub/Jugendheim oder als Sozialarbeiter/in in der Schule, ist die Wahrscheinlichkeit vorhanden, dass es Jugendliche gibt, die an Essstörungen leiden.

Es wird empfohlen, dass wenn Verhaltensweisen oder starke körperliche Veränderungen beobachtet werden, nicht zu schnell unterstellt und vermutet wird. Zunächst sollte die Situation ernst genommen und beobachtet werden.

Wenn die Beobachtung nun die Vermutung festigt, sollte ein Teamgespräch stattfinden, indem die Aufklärungsarbeit zu diesem Thema diskutiert wird. Es sollte eine Informationsvermittlung, z.B. in Form einer Projektarbeit oder eine Vorstellung einer Beratungseinrichtung über das Thema Essstörungen in der gesamten Gruppe stattfinden. Das Ziel dabei sollte sein, dass die Betroffenen nur indirekt angesprochen werden und parallel dazu eine Sensibilisierung der Gruppe gegenüber dieser Thematik stattfinden kann. So zeigt die/der betroffene Jugendliche womöglich eine frühere Bereitschaft, ihr/sein Problem offen zu legen, wenn sie/er erkennt, dass dieses Thema von den Anderen nicht

als negativ aufgenommen wird.

Es kann somit eine Aufklärungsarbeit aller Jugendlichen stattfinden und gleichzeitig die Motivation zur Einsicht der einzelnen Personen angeregt werden.

Alternativ zu dieser Methodik wird der direkte Weg zur/zum Betroffenen empfohlen. Dies sollte in Form eines Gesprächs zwischen einer vertrauten Person (Betreuer/in) und der/dem Jugendlichen erfolgen.

Nach Ratgeberliteratur sollte möglichst versucht werden, dass eine vertraute Person gleichen Geschlechts mit der/dem Jugendlichen in Kontakt tritt. Vorab des Gespräches sei es vor allem wichtig, sich selbst über die Krankheitsbilder zu informieren, seine eigene Einstellung gegenüber den vorherrschenden Idealen zu überprüfen und sich einen ruhigen Raum und geeigneten Zeitpunkt zu suchen. Zu Beginn des Gespräches sollte der/die Betreuer/in auf Anspielungen und Vermutungen verzichten. Er/Sie sollte hingegen ICH-Botschaften senden und der/dem Jugendlichen mitteilen, welche Veränderungen bemerkt wurden und anschließend die/den Jugendliche/n zu ihrer/seiner Wahrnehmung befragen. Erst im Anschluss können den Betroffenen Informationen zur Erkrankung und eigene Vermutungen anhand der Symptome genannt werden.

Dabei ist es wichtig, dass der/die Betreuer/in nicht verzweifelt, wenn die/der Betroffene gereizt reagiert oder Symptome leugnet, da dies zum Krankheitsbild dazu gehört. Ebenfalls sollte sich der/die Ansprechpartner/in bewusst machen, dass diese/r ggf. die/den Betroffene/n beeinflussen und sie/ihn wenn möglich in der Therapie begleiten, allerdings keine Therapeuten/innen ersetzen kann. Die Entscheidung, ob eine Beratungseinrichtung aufgesucht werden soll, liegt allein bei den Betroffenen selbst.

In der Ratgeberliteratur wird darüber informiert, dass Abwehrreaktionen anfangs auftreten können und erwartet werden müssen. Deshalb kann den Jugendlichen auch mitgeteilt werden, dass diese Reaktion erwartet wurde.

Sollten die Jugendlichen auf das Gespräch eingehen, muss Verständnis und Empathiefähigkeit des/der Betreuers/in vorausgesetzt werden.

Den Sozialarbeitern/innen wird empfohlen, während dieses Gespräches Ressourcen (z.B. Familie) anzusprechen. Abgeraten wird davon, Ratschläge zu erteilen. Es sollten lediglich Angebote gemacht, sowie Therapie- und Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Die Jugendlichen sollen das Gefühl erhalten, dass sie nicht allein mit ihrem Problem sind. Auch wenn zunächst einmal keine positiven Reaktionen von der/dem Jugendlichen zu erkennen sind, sind erste Schritte erreicht. Die/Der Betroffene hat nun bemerkt, dass Andere ihr/sein Problem wahrgenommen haben und sie/ihn unterstützen möchten. Die Sozialarbeiter/innen können Motivationsarbeit leisten, indem

sie immer wieder versuchen Ressourcen aufzuzeigen, um somit die Jugendlichen zu bekräftigen, einen Arzt aufzusuchen.

Eine Ressource kann die Familie darstellen. Die Familie kann ähnlich, wie die/der Betroffene in ein Gespräch geholt werden. Dabei sei es vor allem wichtig, Probleme aufzuzeigen, aufzuklären und Schuldgefühle elterlicherseits zu verhindern. Entscheidend ist, auf Bagatellisierungen der Eltern einzugehen und die Ernsthaftigkeit der Lage zu verdeutlichen. Trotz dessen sollte den Eltern nicht das Gefühl gegeben werden, mit dem/der Betreuer/in in einer Art Konkurrenzkampf zu stehen. Nach einem Gespräch mit den Eltern kann anschließend ein Gespräch mit den Eltern und der/dem Betroffenen stattfinden.

Allerdings wird empfohlen, unbedingt in Absprache mit den Jugendlichen zu arbeiten. Das bedeutet, weder die Eltern noch die Sozialarbeiter/innen sollten eigene Entscheidungen über den Kopf des/der Klienten/in hinweg treffen.

Schlagen die ersten Versuche fehl, wird motiviert weiter zu machen und es über eine längere Zeit zu probieren. Die Jugendlichen sollten sich nicht unter Zwang gesetzt fühlen, denn eine Therapie kann nur mit Hilfe von Eigenmotivation seitens der Betroffenen stattfinden. Den Sozialarbeitern/innen wird empfohlen, ihre Besorgnis der/dem Heranwachsenden mitzuteilen. Allerdings sollte sie der/dem Jugendlichen vertrauen und vor allem sich selbst bewusst machen, dass dieser Prozess langwierig sein sowie eine Ausstrahlung von Hoffnungslosigkeit negativ auf die Betroffenen einwirken kann (vgl. Baeck (1994) S. 55-58).

6. Zusammenfassung

Zunächst einmal möchte ich die Fragestellung aus der Einleitung aufgreifen, warum eher den schlanken Menschen ein gesünderes Leben mit viel Bewegung und ausgewogener Ernährung zugesprochen wird als üppigeren Menschen.

Diese Zuschreibung basiert auf der Grundlage der gesellschaftlichen Einstellungen. Der Anspruch, wie ein Körper auszusehen hat, hat sich über Generationen weiterentwickelt. Heute werden im allgemeinen Gesellschaftsbild eher schlanke und zarte Frauen bevorzugt, die auf ihren Körper und ihr Aussehen achten.

In vergangenen Zeiten gab es ebenso schon die Tendenz zu einem runderen Körper. Im Adel sprach man von einem Wohlstandsbauch, welcher die Macht ausdrücken sollte. Besonders den Frauen wurden, wenn sie einen dickeren Körper besaßen, eine gute Versorgung der Kinder und eine starke Persönlichkeit zugesprochen.

Schon immer ist erkennbar, dass sich die Mehrheit der Menschen nach den Ansprüchen der Gesellschaft richtet. Nehmen wir das Beispiel des Korsetts, welches eine ganz besondere Körperform schnüren sollte. Egal, ob schlank, kräftig oder dick, fast jede Frau passte sich dieser Mode an, um dadurch die gleichen Körperrundungen zu betonen, wie die anderen Frauen.

Schon seit einiger Zeit geht nun der Trend in Richtung eines schlanken, sportlichen und muskulösen Körpers. Zuerst setzte sich dieses Körperbild bei Frauen durch. Nach und nach versuchen nun die Medien auch Männer zu erreichen.

Das vorherrschende Schlankheitsideal wird bereits im Kleinkindalter gefördert und durch Institutionen, wie die Kindertagesstätte oder die Schule gestärkt. Deshalb wäre eine Präventionsarbeit, welche über gesellschaftliche Vorurteile aufklärt und sich mit diesen auseinandersetzt, empfehlenswert. In der Gesellschaft werden immer mehr Freiheiten und Möglichkeiten geboten, andererseits wird immer mehr Selbstkontrolle und Disziplin gefordert. Das soll im Kontext bedeuten, dass immer mehr Gegebenheiten geschaffen werden, damit ein Individuum seinen Bedürfnissen nachkommen kann ABER Verhaltensweisen, die nicht der Norm entsprechen, immer noch nicht vollständig akzeptiert und toleriert werden. Gerade im Bereich des Schlankheitsideals ist die Toleranzgrenze nur minimal bis gar nicht gegeben. Diese „Toleranzgrenze“ stellt in gewisser Weise der BMI dar.

Dieser dient dazu ein Über- oder Untergewicht feststellen zu können, welches nicht mehr der Norm entspricht. Er soll dazu dienen, die Grenze zu erkennen, ab wann eine Gefahr für die Betroffenen vorhanden ist.

Allerdings steht, wie in der Einleitung beschrieben, eine subjektive Bewertung des Ein-

zelen in hoher Diskrepanz zu der außenstehenden Beurteilung. Die subjektiven Meinungen der Außenstehenden können insofern eigentlich nicht beurteilen, ob die Betroffenen krank sind oder diese sich so fühlen müssten.

Andererseits, wer kann es dann beurteilen?

Die Verhaltensweisen und Symptomatik der Betroffenen wurden in dieser Arbeit näher gebracht und haben verdeutlicht, dass gerade im Krankheitsbild der Magersucht ein verzerrtes Körperbild und eine verschobene Wahrnehmung vorliegen. Anhand dieser Symptomatik ist es schwierig, so lange zu warten, bis die Betroffenen selbst Hilfe suchen. Das Kontroverse hierbei ist, dass zum einen ein Verständnis gegenüber der Betroffenen und deren Symptomatik aufgebracht werden soll, also die Verleugnung der Erkrankung zunächst einmal akzeptiert und toleriert wird. Und zudem die Betroffene selbst entscheiden muss, ob sie eine Therapie möchte, welches ebenfalls schon dem Krankheitsbild entgegen spricht. Zum anderen soll aber ein offener Umgang mit der Krankheit geschaffen werden und eine Krankheitseinsicht unterstützt werden, was allerdings wieder dem eigentlichen Krankheitsbild entgegen spricht.

Es wurde verdeutlicht, dass wenn Hilfe gesucht wird, dann eher von Bulimikern/innen, da diese überwiegend eine Krankheitseinsicht haben.

Mein Fazit ist, dass eine Störung des Körpers nur von der Person selbst beurteilt/erkannt werden kann, da sich der Körper des/der Betroffenen mit physischen oder psychischen Äußerungen kenntlich macht.

Allerdings ist hierbei noch zu erwähnen, dass erkrankte Personen auch diese Symptome unterdrücken und sie sehr weit voranschreiten lassen, bevor sie den Arzt/die Ärztin aufsuchen. Ein weiteres genanntes Problem ist, dass wenn die Jugendlichen ein Arzt/eine Ärztin aufsuchen, ihm/ihr nur von einzelnen Symptomen erzählen, um dafür Medikamente zu erhalten. Das Essverhalten oder die damit verbundenen Symptome werden verleugnet.

Die Gefahr besteht also darin, dass Symptome erst zu spät erkannt werden und die Betroffenen mit Folgeschäden leben müssen oder sich bereits in Lebensgefahr befinden. Wie in den Begleiterscheinungen beschrieben wurde, können z.B. Herz-Kreislauf-Probleme auftreten bis hin zu Herzrhythmusstörungen und Herzstillstand. Auch die Organe können durch den Mangel an lebensnotwendigen Nährstoffen versagen. Des Weiteren können begleitende Erkrankungen, wie z.B. Depressionen, die nicht rechtzeitig erkannt wurden, zu Suizidgedanken oder schlimmstenfalls einem Selbstmord führen.

Wird eine Essstörung von Außenstehenden (Ärzten/innen, Betreuern/innen,

Sozialarbeitern/innen, Freunden/innen / Familie etc.) oder der/dem Betroffenen selbst entdeckt, wird außer Zweifel eine Therapie empfohlen, um eine Essstörung bewältigen zu können. Wichtig ist es hierbei noch einmal anzusprechen, dass nur die Betroffenen selbst bestimmen können, ob sie die Hilfe in Anspruch nehmen möchten.

Lediglich gibt es die Möglichkeit, dass sich Verwandte und Freunde selbst die Hilfe holen, um besser damit umgehen und ggf. auf die Betroffenen einwirken zu können. Sozialarbeiter/innen, die in einer Einrichtung arbeiten und Veränderungen erkennen, sollten nur unterstützend und nicht zwingend auf die Betroffenen einwirken. Wie im Punkt 5.2 beschrieben wurde, können sie auf die Betroffenen eingehen.

Grundvoraussetzung für alle Beteiligten ist ein Verständnis für die Situation und die Sichtweise der/des Betroffenen. Dabei ist es höchst erforderlich, dass die Perspektive der Betroffenen erkannt wird. Ratschläge, Schuldzuweisungen und „unter Druck setzen“ sind eher kontraproduktive Alternativen.

Kritisch zu betrachten wäre noch, dass bei Frauen vorschnelle Diagnosen gestellt werden, wenn diese z.B. ein niedriges Körpergewicht aufweisen oder die Menstruation ausbleibt. Es ist darauf zu achten, dass auch die anderen Symptome, die zum Krankheitsbild gehören, über einen längeren Zeitraum vorhanden sein müssen. Vorübergehende Symptome können meiner Meinung nach auch auftreten, wenn ein kritisches Lebensereignis stattgefunden hat. Deshalb sollte nicht zu voreilig diagnostiziert werden.

Zudem ist es erforderlich, Therapiemöglichkeiten auf das Individuum und dessen Problemlagen sowie Interessen abzustimmen. Wie im Exkurs erwähnt wurde, nimmt die Zahl der männlichen Erkrankten verstärkt zu. Deshalb ist es ratsam die Therapieformen zu erweitern, um an den Interessen der Männer anknüpfen zu können. Ebenfalls ist es empfehlenswert, homogene Männergruppen zu ermöglichen, damit Themen offen gelegt werden können, die Männer vor Frauen nicht ansprechen würden (z.B. Potenzverlust).

Es wird häufig stark über Stigmatisierungen diskutiert. Eine Diagnose drückt dem Klienten/der Klientin sozusagen den „Stempel“ auf, wer er/sie ist und was mit ihm/ihr nicht stimmt.

Allerdings kann ohne eine gestellte Diagnose, keine Therapie in Anspruch genommen werden.

Zudem hilft eine Diagnose gerade im Bereich der Angehörigenberatung sehr, um diesen das Verhalten ihres/ihrer Angehörigen besser erklären zu können. Angehörige sind oft verletzt und traurig über das Verhalten ihres betroffenen Mitmenschen und können dieses nur schwer nachvollziehen. Eine Aufklärung über das Krankheitsbild und der

damit verbundenen Erläuterung, dass die „Krankheit“ und nicht der Charakter der Person das Verhalten steuert, mildert die Gefühle (Wut, Enttäuschung, Trauer) der Angehörigen.

In meiner Arbeit sollte verdeutlicht werden, warum sich Essstörungen besonders im Jugendalter herausbilden. Anhand des auftretenden Alters und der damit verbundenen Häufigkeit lässt sich zum einen erkennen, warum Essstörungen gerade im Jugendalter vorhanden sind. Zum anderen habe ich Ursachen aufgezeigt, welche Erklärungsansätze dafür geben, warum Anforderungen des Lebensalters -Jugend- und die damit verbundenen Entwicklungsaufgaben zusätzliche Risikofaktoren, an Essstörungen zu erkranken, darstellen. Ein Beispiel dafür wäre eine überbehütende Mutter, die ihr Rollenbild als „Opferposition“ vermittelt und somit bei ihrer Tochter Abneigung schafft, obwohl die Entwicklungsaufgaben von der Tochter verlangen, ihre Rolle als Frau zu übernehmen. Die Ansprüche, die in diesem Alter gestellt werden, sind des Öfteren kontrovers gegenüber den vorliegenden Gegebenheiten. Deshalb stellt sich für mich besonders diese Lebensphase -Jugend- als „höchst kompliziert und anfällig“ heraus.

Wie bereits im Punkt 5 erläutert wurde, gibt es während der Therapiephase Bereiche, in denen Sozialarbeiter/innen eingesetzt werden. Ebenso können diese mit einer zusätzlichen therapeutischen Ausbildung erweitert werden.

Es kann unter anderem darüber hinaus vorkommen, dass Soziale Arbeit schon vor der Diagnose einsetzt und eventuell überhaupt erst die Möglichkeit bringt, dass ein Arzt/eine Ärztin aufgesucht wird.

Interveniert werden sollte durch Aufklärungs- und Motivationsarbeit.

Wenn eine Störung des Essverhaltens vor einer gestellten Diagnose bemerkt wird, sollten vor allem Verständnis, Unterstützung und Hilfe im Vordergrund stehen. Wie genau dies aussehen kann, wurde im Punkt 5.2 ausführlich erklärt.

In der Beratung während der Therapie dient der/die Sozialarbeiter/in vor allem als Wegbegleiter/in und Unterstützer/in. Er/Sie hat als Ziel die Hilfe zur Selbsthilfe. Das bedeutet, dass der/die Klient/in bei seinen/ihren Problembereichen (Schulden, Wohnungssituation etc.) Unterstützung erhält und ihm/ihr helfende Möglichkeiten aufgezeigt werden. Allerdings steht im Fokus, dass der/die Klient/in so weit wie möglich selbstständig agiert und sein/ihr Leben geregelt bekommt.

Es werden im Gespräch vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten besprochen, die eventuell genutzt werden können (z.B. bei der Jobsuche). Ebenso sollen Lebensperspektiven entwickelt werden. Wichtig dabei ist, dass die Sozialarbeiter/innen in die Perspektive des/der Klienten/in „eintauchen“ und ihm/ihr nicht vorschreiben, was zu tun wäre.

Gleichermaßen sind das gesellschaftliche Bild, Normen/Werte und Rollenbilder zu berücksichtigen. Gerade, da das niedrige Selbstwertgefühl der Jugendlichen eine entscheidende Rolle spielt, sollte hintergründig auf Defizite und vordergründig auf Stärken und Fähigkeiten eingegangen werden.

Literaturverzeichnis

Wissenschaftliche Literatur:

- (Bulimie): Bertelsmann Lexikon Verlag (2001):** BERTELSMANN UNIVERSAL LEXIKON. Gütersloh/München: Bertelsmann Lexikon Verlag
- (Essstörungen): Helmut Lingen GmbH & Co. KG (2006):** MEDIZIN MENSCH GESUNDHEIT. Kompetent – Aktuell – Verständlich. Köln: Lingen Verlag
- (Magersucht): Bertelsmann Lexikon Verlag (2001):** BERTELSMANN UNIVERSAL LEXIKON. Gütersloh/München: Bertelsmann Lexikon Verlag
- Baack, S. (1994):** Eßstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein Ratgeber für Eltern, Angehörige, Freunde und Lehrer. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag
- Diehl, J. M. (1999):** Ernährungspsychologie. In: Wenninger, A. (Hrsg.): Handwörterbuch Psychologie. Weinheim: Psychologie Verlags Union. S. 146-151
- Gerlinghoff, M. (2001):** Magersüchtig. Eine Therapeutin und Betroffene berichten. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Gerlinghoff, M.; Backmund, H. (1995):** Therapie der Magersucht und Bulimie. Anleitung zu eigenverantwortlichen Handeln. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Gerlinghoff, M.; Backmund, H. (2006):** Ess-Störungen. Fachwissen – Krankheitserleben – Ess-Programme. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Herpertz, S.; Kochhäuser, W.; Senf, W. (2004):** Stationäre psychodynamische multimodale Psychotherapie. In: Herzog, W.; Munz, D.; Kächele, H. (Hrsg.): Essstörungen. Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer GmbH. S. 39-59
- Herzog, W.; Nikendei, C.; Friederich, H.-C.; Zipfel, S. (2004):** Der Gesamtbehandlungsplan. In: Herzog, W.; Munz, D.; Kächele, H. (Hrsg.): Essstörungen. Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer GmbH. S. 33-38
- Jacobi, C.; Paul, T.; Thiel, A. (2004):** Essstörungen. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
- Jacoby, G. E.; Engel, K. (2004):** Therapeutischer Umgang mit der sozialen Realität. Sozialtherapeutische Ansätze in der stationären Behandlung. In: Herzog, W.; Munz, D.; Kächele, H. (Hrsg.): Essstörungen. Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer GmbH. S. 237-245
- Jantschek, G.; Sudau, V.; Feiereis, H. (2004):** Gestaltungstherapeutische Verfahren: assoziative Mal- und Tontherapie. In: Herzog, W.; Munz, D.; Kächele, H. (Hrsg.): Essstörungen. Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer GmbH. S. 202-224
- Keppler, C. (2000):** Bulimie. Wenn Nahrung und Körper die Mutter ersetzen. Düsseldorf; Zürich: Walter Verlag

- Köpp, W.; Friederich, H.-C.; Zipfel, S.; Herzog, W. (2004):** Medizinische Probleme bei der Behandlung von Essstörungen. In: Herzog, W.; Munz, D.; Kächele, H. (Hrsg.): Essstörungen. Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte. 2.Auflage. Stuttgart: Schattauer GmbH. S. 128-144
- Kröger, F.; Bergmann, G.; Herzog, W.; Petzhold, E. (2004):** Familienorientierung und Familientherapie. In: Herzog, W.; Munz, D.; Kächele, H. (Hrsg.): Essstörungen. Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte. 2.Auflage. Stuttgart: Schattauer GmbH. S. 147-161
- Löwe, B.; Quenter, A.; Wilke, S.; Nikendei, C. (2004):** Diagnosekriterien und Psychodynamik. In: Herzog, W.; Munz, D.; Kächele, H. (Hrsg.): Essstörungen. Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte. 2.Auflage. Stuttgart: Schattauer GmbH. S. 16-30
- Mangweth-Matzek, B. (2015):** Essstörungen bei Männern. In: Herpertz, S. et al. (Hrsg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. S. 91-97
- Stahr, I.; Barb-Priebe, I.; Schulz, E. (2010):** Essstörungen und die Suche nach Identität. Ursachen, Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten. 5.Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag
- von Wietersheim, J.; Kordy, H.; Kächele, H. (2004):** Stationäre psychodynamische Behandlungsprogramme bei Essstörungen. Die Multizentrische Studie zur psychodynamischen Therapie von Essstörungen (MZ-ESS). In: Herzog, W.; Munz, D.; Kächele, H. (Hrsg.): Essstörungen. Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte. 2.Auflage. Stuttgart: Schattauer GmbH. S. 3-15
- von Wietersheim, J.; Probst-Wiemuth, B. (2004):** Entspannungstherapie. In: Herzog, W.; Munz, D.; Kächele, H. (Hrsg.): Essstörungen. Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte. 2.Auflage. Stuttgart: Schattauer GmbH. S. 162-172

Quellen:

- Amrhein, C. (2010):** Magersucht und Bulimie können auch Männer treffen.
<http://www.welt.de/gesundheit/article10942867/Magersucht-und-Bulimie-koennen-auch-Maenner-treffen.html>, aufgerufen am: 02.12.2015
- Harrach, K. (2015):** DIE KRANKHEIT MAGERSUCHT IN ZAHLEN.
<http://www.magersucht.de/krankheit/zahlen.php>, aufgerufen am: 27.11.2015

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Mittweida, 18.12.2015