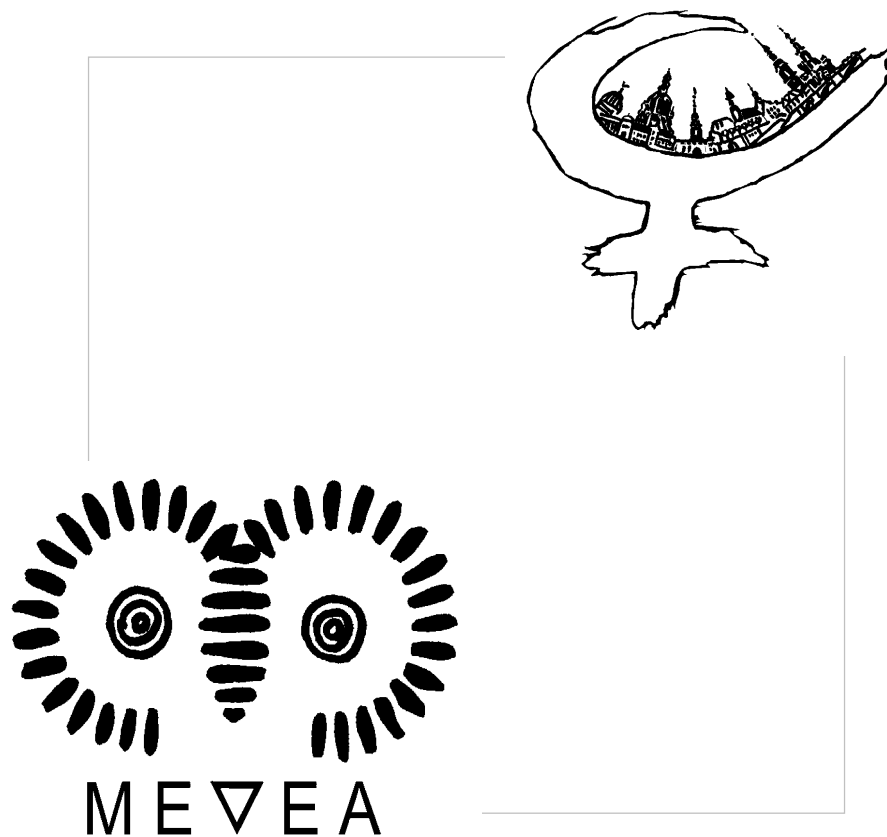


Professioneller Umgang mit
ESSSTÖRUNGEN
in Familien und Berufsfeldern

Dokumentation
zur Fachtagung
am 30. Oktober 2003
im Deutschen Hygiene-Museum Dresden



Gleichstellungsbeauftragte für Frau und Mann
in Zusammenarbeit mit
Frauen- und Mädchengesundheitszentrum MEDEA e. V.

Vorwort

Liebe Teilnehmerinnen, liebe Teilnehmer, liebe Leserinnen, liebe Leser,

extreme Phänomene unserer Gesellschaft sind die immer weiter um sich greifenden Essstörungen in ihren vielfältigen Erscheinungsformen. Essstörungen nehmen seit 20 Jahren beständig zu: Vorrangig Mädchen und Frauen leiden unter ihnen. Die meisten sind von der Ess- und Brechsucht (Bulimie) betroffen, die offensichtlichste Form ist jedoch die Magersucht (Anorexie). Unfassbar ist, dass in einem der reichsten Länder der Erde sich vorrangig Mädchen und junge Frauen buchstäblich zu Tode hungern.

Seit dem Jahr 2001 erregt der Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland viel Aufsehen. In Dresden wurde der Frauengesundheitsbericht u. a. durch Frau Julia Muschner aufgegriffen, die das WHO-Projekt „Gesunde Städte“ vertritt. Sie gründete mit der kommunalen Gleichstellungsstelle und weiteren Einrichtungen eine Arbeitsgruppe „Gesundheitsförderung“. Im Oktober 2002 führte diese AG im Dresdener Rathaus eine Informationsveranstaltung zum Frauengesundheitsbericht durch. In dieser Veranstaltung nahm das Thema Essstörungen bei Mädchen und jungen Frauen, insbesondere die Magersucht (Anorexie), einen breiten Raum ein. Es wurde der Bedarf nach professionellem Austausch und Vernetzung in den verschiedenen Berufsgruppen deutlich. Daraus erwuchs die Idee, eine Fachtagung durchzuführen, die dann unter meiner Leitung durch das Frauen- und Mädchengesundheitszentrum MEDEA umgesetzt wurde. Bei der Vorbereitung erstaunte mich die große Bereitschaft, die Tagung organisatorisch zu unterstützen und fachlich mitzuwirken. So konnte ich innerhalb kurzer Zeit die geplanten drei Workshops auf sechs erweitern. Die vielen Anmeldungen bestätigten das Interesse der verschiedenen Berufsgruppen an dieser Fachtagung.

Ich danke hier insbesondere der Gleichstellungsstelle Dresden, dem Frauenkultur-, Beratungs- und Bildungszentrum *sowieso*, der Klinik Schwedenstein in Pulsnitz, der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Universitäts-Klinikums Dresden und dem CJD Freiberg, Wohngruppe HELLA, für die fachliche Unterstützung, Frau Dr. Kristina Wopat für die Moderation der Tagung und allen, die organisatorisch zum Gelingen der Fachtagung beigetragen haben.

Im Anschluss an die Tagung erleben wir bei vielen Kolleginnen und Kollegen nach wie vor eine Verunsicherung gegenüber dem Thema Essstörungen und den gleichzeitigen Wunsch, aktiv gemeinsam mit anderen Menschen diesen Süchten etwas entgegensetzen zu können. Wir brauchen dringend den weiteren Austausch mit ExpertInnen, um die eigene Handlungsfähigkeit im Umgang mit den Betroffenen im Alltag zu erhöhen.

Liane Freudenberg

Projektkoordinatorin des FMGZ Medea e.V.,

Leiterin der Tagung

Inhaltsverzeichnis

1. Begrüßung	5
Liane Freudenberg, Tagungsleiterin	
2. Grußwort	6
Prof. Dr. Ilse Nagelschmidt, Leitstelle für Gleichstellung, Sächsisches Staatsministerium für Soziales	
3. Impulsreferate	
3.1 „Ich finde Euch zum Kotzen“ – Botschaften aus Verstrickungen in Suchtsysteme(n)	8
Prof. Dr. Ursula Riedel-Pfäfflin	
3.2 „Unter den Teller schauen – Über den Sinn von Essstörungen und seinen Nutzen für die Heilung“	13
Martin Jäger, Arzt	
3.3 Essstörungen im Kindes- und Jugendalter – Früherkennung und Diagnostik	16
Dr. med. Sibylle Platzbecker	
4. Berichte aus den Workshops	
4.1 Droge Essen - Workshop zur Prävention von und zum Umgang mit Essstörungen in Schulklassen und Jugendgruppen	18
4.2 „Von der Diagnose über die Förderung der Behandlungsmotivation zur Therapie – Brückenbau als Aufgabe und Herausforderung bei PatientInnen mit Essstörungen“	21
4.3 Essstörungen als Thema in der psychosozialen Beratung und öffentlichen Jugendarbeit	27
4.4 Konzepte und methodische Anregungen zur Gesundheitsförderung und Prävention von Essstörungen in der Schule und in der Jugendarbeit	30
4.5 Balance zwischen Aushalten und Agieren bei Essstörungen – Erkennen von Grenzen und Provokationen	33
4.6 Wie kann die Familie einem essgestörten Kind helfen ?	33
5. Kontakt- und Adressliste	34
6. Rückmeldungen von TeilnehmerInnen über weitergehende notwendige Maßnahmen	39

1. Begrüßung

Liane Freudenberg, Projektkoordinatorin des FMGZ Medea e. V.

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer unserer Fachtagung, liebe Referentinnen, sehr verehrte Gäste!

Ich bin Liane Freudenberg, Leiterin des Frauen- und Mädchengesundheitszentrums Medea e. V. in Dresden und begrüße Sie ganz herzlich zu unserer heutigen Fachtagung zum professionellen Umgang mit Essstörungen in Familien und in Berufsfeldern.

Ich freue mich, dass so viele Frauen und Männer der Einladung des Frauen- und Mädchengesundheitszentrums gefolgt sind. Offensichtlich sind die Sensibilität und das Interesse an diesem Thema sehr stark gestiegen. Wie wir heute hier sehen, sind immer mehr Menschen bereit, die Problematik der Essstörungen wahrzunehmen und etwas ganz Konkretes zu unternehmen. Insbesondere die Magersucht ist in unserem Alltag am auffälligsten. Weniger sichtbar und daher weniger beachtet sind andere Formen wie Ess- und Brechsucht sowie die Fettsucht. Ich will mich mit Ihnen gemeinsam mit dieser Tagung und danach dafür einsetzen, diese Essstörungen ebenfalls mehr in den Blick zu nehmen und dafür Hilfsangebote einzurichten.



Liane Freudenberg

Unsere Veranstaltung sehe ich als einen Meilenstein für die Arbeit zur Prävention von Essstörungen in der Region Dresden und in Sachsen und ich wünsche mir, dass diese Arbeit nach dem heutigen Tag gemeinsam erfolgreich weitergehen wird.

Heute freue ich mich besonders auf den Austausch mit Fachkolleginnen und -kollegen, mit Erfahrungsträgerinnen und Erfahrungsträgern aus den unterschiedlichsten Bereichen. Ich hoffe, dass die Veranstaltung auch für Sie als Teilnehmende anregend und bereichernd sein wird. Sehr froh bin ich, dass wir heute hier in diesen schönen Räumen des Hygiene-Museums sein können. Möglich geworden ist das durch die Finanzierung der Tagung durch die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung und die Gleichstellungsstelle der Stadt Dresden. Ich bedanke mich bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Hygiene-Museums für die angenehme und zuverlässige Zusammenarbeit.

Für die fachliche Unterstützung bedanke ich mich bei Frau Silke Röttig vom *sowieso* Kultur-, Beratungs- und Bildungszentrum Frauen für Frauen e. V..

Ganz besonders freue ich mich, dass Frau Prof. Dr. Ilse Nagelschmidt, Leiterin der Leitstelle für Gleichstellung für Frau und Mann im Sächsischen Staatsministerium für Soziales, heute hier ist und jetzt ein Grußwort zu uns sprechen wird.

2. Grußwort

Prof. Dr. Ilse Nagelschmidt, Leiterin der Leitstelle für Gleichstellung von Mann und Frau,
Sächsisches Staatsministerium für Soziales

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte mich für die Einladung zu dieser Fachtagung bedanken und begrüße Sie sehr herzlich.

Es ist wichtig, dass das Frauen- und Mädchengesundheitszentrum MEDEA e. V. diese Veranstaltung organisiert hat, um den Fokus auf eine Krankheit zu lenken, deren tatsächliches Ausmaß und vor allem deren Gefahren, die für die Betroffenen mit dieser Krankheit verbunden sind, noch zu wenig im gesellschaftlichen Bewusstsein sind.

Essstörungen nehmen seit 20 Jahren beständig zu. Nach Schätzungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung litten im Jahr 2000 in Deutschland mehr als 100.000 Frauen zwischen 15 und 35 Jahren an Magersucht, rund 600.000 Frauen sind von der Ess-Brech-Sucht betroffen. Zunehmend erkranken auch Männer an diesen – bisher als Frauenkrankheiten bezeichneten – psychosomatischen Störungen.

Nach einer Studie der Universität Jena aus dem vorigen Jahr erwiesen sich 29 % der weiblichen und 13 % der männlichen Jugendlichen von insgesamt 736 Studienteilnehmern als anfällig für eine Essstörung. Besonders Gymnasiastinnen zeigen ein gestörtes Essverhalten.

42 % der Schülerinnen schätzten sich selbst als übergewichtig ein, obwohl nur 8 % übergewichtig waren. Nach einer erst kürzlich veröffentlichten Studie der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen leiden doppelt so viele Studentinnen an Essstörungen wie sonst Frauen im Alter zwischen 15 und 35 Jahren.

Die Behandlung von Essstörungen ist mühsam, Zeit raubend und nicht immer erfolgreich. Besonders wichtig ist es deshalb, frühzeitig Anzeichen einer beginnenden Magersucht zu erkennen und diese wahrzunehmen.

Um diesem Ansatz gerecht zu werden, hat das Sächsische Staatsministerium für Soziales eine Arbeitsgruppe gebildet in der u. a.

- die Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Dresden
- das Sächsische Staatsministerium für Kultus
- die Barmer Ersatzkasse
- die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung
- das Gesundheitsamt Chemnitz

mitarbeiten.

Bisher wurden kurze, einprägsame Faltblätter für Ärzte sowie für Angehörige, Lehrer und Freunde entwickelt, außerdem auch Plakate für Schulen. Diese wurden und werden sachsenweit verteilt. Eine Medienliste für die Arbeit mit Jugendlichen wurde erarbeitet, die bei der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung erhältlich ist.

In Verantwortung von Prof. Scholz wurde im September in der Technischen Universität Dresden eine Fortbildungsveranstaltung durchgeführt, an der sowohl Lehrer als auch Ärzte und Sozialpädagogen teilnahmen.

Anfang Oktober fand eine Multiplikatorenschulung in Bad Gottleuba statt.

Im November wird eine Wanderausstellung des Therapiezentrums für Essstörungen aus München in Chemnitz gezeigt.

Ihre heutige Fachtagung reiht sich ein in die vielfältigen Bemühungen in Sachsen, die das Ziel verfolgen, das Wissen über diese lebensbedrohenden Krankheiten sowohl bei Professionellen als auch im privaten Umfeld zu erweitern und damit die Rate der Früherkennung und -behandlung von Essstörungen in Sachsen zu erhöhen.

Wie wichtig dieses Anliegen ist, zeigen Briefe von Mädchen, die im Sozialministerium eingegangen sind. Ein Mädchen schrieb zum Beispiel, dass sie nach einem Gespräch mit einem Psychologen zur Kur geschickt wurde. Aber „Magersucht kann man nicht durch eine Kur heilen und erst recht nicht in sechs Wochen.“

Ein anderes Mädchen schrieb: „Es würde mir und vielen anderen Betroffenen sehr helfen, wenn hier in Deutschland ein ähnliches Gesetz wie in Schweden erlassen werden würde, nach dem Models mindestens Kleidergröße 38 tragen müssen und diejenigen, die magersüchtig sind, gar nicht mehr abgebildet werden dürfen. So würde der immense Druck der Gesellschaft nach einem überschlanken Ideal außer Kraft gesetzt werden.“

Davon sind wir weit entfernt, leider. Die Mädchen haben auch geschrieben, was sie für nötig halten, um Essstörungen bereits in ihrer Entstehung zu erkennen und um von den sie umgebenden Personen verstanden zu werden.

Ihre heutige Fachtagung ist ein wichtiger Beitrag dazu. Ich wünsche Ihnen ein erfolgreiches Gelingen.



165 TeilnehmerInnen nahmen an der Fachtagung teil.

3. Impulsreferate

3.1 „Ich finde Euch zum Kotzen“ – Botschaften aus Verstrickungen in Suchtsysteme(n)

Prof. Dr. Ursula Riedel-Pfäfflin, Professorin für Theologie und Gender Studies
Ev. Hochschule für Soziale Arbeit Dresden (FH)

Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen, verehrte Gäste,

ich möchte mich bei dem Frauen- und Mädchengesundheitszentrum Medea e. V., allen Mitarbeiterinnen und besonders Frau Diplomsozialpädagogin Liane Freudenberg herzlich für die Einladung zu dieser Tagung bedanken. Eine solche Tagung zu veranstalten ist ein wichtiger Schritt, die Signale ernst zu nehmen, die uns in allen Bereichen des professionellen sozialen, therapeutischen und politischen Handelns durch schwere Beeinträchtigungen im Bereich der Beziehung zum eigenen Leib, zur Nahrung und zum Wohlergehen herausfordern.

Die gesellschaftlichen Aspekte der Essstörungen zu verdeutlichen, ist innerhalb des gegebenen Rahmens von zwanzig Minuten natürlich nur höchst skizzenhaft und andeutungsweise möglich.

Wir werden dieses Impulsreferat in drei Schritten durchführen. Zunächst stelle ich einige ausgewählte Gesichtspunkte und Verstehenswege in Form von Thesen zur Problematik dar. Frau Jaeschke wird anhand ihrer Gespräche mit einer Betroffenen mehrgenerationale Aspekte des systemischen Verstehens einer Lebensgeschichte aufzeigen. Zum Abschluss senden wir einige Schlussfolgerungen in die Gespräche der Tagung hinein.

Warum, wenn Gottes Welt doch so groß ist,
bist Du ausgerechnet
in einem Gefängnis eingeschlafen?
Rumi

1. Die Wirklichkeit ist immer viel reicher und umfassender, als wir sie wahrnehmen und begreifen können (Komplexität des Lebens).

Im deutschen Alltagsgebrauch sprechen wir von Esssucht, Magersucht, Ess-Brechsucht. Diese Begriffe werden in der derzeitigen Fachdiskussion als irreführend bezeichnet, da sie eine zu ungenaue Zuordnung in den Bereich der Suchterkrankungen bedeutet. Im internationalen Bereich wird eher von Essstörungen (eating-disorders) gesprochen. Es werden vor allem drei genannt: Anorexia Nervosa (Magersucht), Bulimia Nervosa (Ess-Brechsucht) und Adipositas (Esssucht).

Ich selbst nenne diese Erscheinungsformen *psycho-somatische Zeichenhandlungen, die stellvertretend für allgemeine Störungen individuellen, familiären und gesellschaftlichen Lebens eklatant auf Problembereiche aufmerksam machen, die jede und jeden von uns betreffen - nämlich unsere Beziehung zu uns selbst, zu unserem Körper, zur Nahrungsaufnahme und -verarbeitung, zur Wahrnehmung eigener und anderer Bedürfnisse, zu Nähe und Differenzierung, zu Verbundenheit und Freiheit.*

Während der Begriff Störungen die Problematik in die betroffenen Personen verlagert und sie damit für ihr So-sein als fehlerhaft, unzureichend, funktionsuntüchtig und damit als unerwünscht und unwillkommen behaftet, öffnet der Begriff Zeichenhandlung eine Wahrnehmung der Problematik mit ihren immensen Belastungen, aber auch eine Wahrnehmung der Botschaften, die in einer Symptomatik in Bezug auf das gesellschaftliche Umfeld gesendet werden. Verantwortlichkeit wird damit nicht als individuelle Schuld in Einzelnen isoliert behandelt, sondern als Herausforderung zum Hinsehen, Hinhören und gemeinsamem Verantworten im Rahmen sozial-politischer Lebens- und Arbeitsgestaltung verstanden.

- 2. Als ein gemeinsames Thema unterschiedlicher Formen psycho-somatischer Zeichenhandlungen im Bereich Nahrung/Körper/Wohlergehen könnte das Hungern nach einer Qualität der Beziehungen gesehen werden, die Mädchen und Jungen, Frauen und Männer leben möchten und ersehnen.**

Befriedigende Beziehungsqualität bedeutet für viele gegenseitiges Sehen und Annehmen, Ermutigung zur eigenen Entfaltung, Liebe ohne Bedingungen, Anerkennung auch von Grenzen und Schwächen. In vielerlei Hinsicht erleben Betroffene in ihren Familien wie in größeren Systemen eine gespaltene Welt, die Perfektion, Funktion und Erfolg erwartet und gleichzeitig Beziehungen zum Verkümmern bringt oder diese missbraucht.

Während der Vorbereitung für diese Tagung besuchte mich ein Nachbar, der sich schon als Kind eine andere Identität wünschte und sich nach langen Jahren jetzt zum Mann hat umwandeln lassen. Bevor irgend jemand aus dem Kreis der Familie und therapeutischen Einrichtungen seine Identitätswünsche hörte und wahrnahm, hat er eine jahrelange Leidensgeschichte des Überfallenwerdens von Heißhunger und des Kotzens durchgemacht, die er hinter der Fassade des netten, angepassten, funktionstüchtigen Mädchens verbarg.

Auch jetzt, nach allen Anstrengungen einer erfolgreichen Umwandlung zum Mann, kann er sich nicht als zugehörig erfahren. Er erlebt jeden Abend das Hineinfallen in ein tiefes Loch, in die Leere, in die Isolation. Sein tiefster Wunsch ist es, zu einer Gemeinschaft zu gehören, geliebt zu werden, so wie er ist, bedingungslos Nähe und Freundschaft ebenso leben zu können wie seine eigenen Wünsche nach Freiheit und Anerkennung. Seine Eltern gaben ihm als Mädchen die Botschaft, dem Bild einer Arztfamilie angemessen aufwachsen zu müssen, zu funktionieren, perfekt sein zu sollen.

Blicken wir in die Geschichte mehrerer Generationen zurück, so waren die Männer der Familie durch Weltkrieg und Nazizeit ebenso traumatisiert wie die Frauen, die nach dem Krieg oft allein mit den Kindern dastanden. Seine Mutter hörte von ihrer Mutter bei einem Bombenangriff: „Bevor wir gefangen genommen werden, bringe ich uns alle um.“ Sie hatte von da an immer vor ihrer Mutter Angst und meinte, ihre Schwester beschützen zu müssen. Später wurde sie eine tüchtige Ärztin, die bis heute alles in die Arbeit steckt.

Liebe als Erleben von Nähe hatte und hat in dieser Familie kaum eine Ausdrucksform – wie in vielen anderen Familien und Systemen auch nicht, die süchtig nach Erfolg funktionieren.

- 3. Aus systemischer mehrgenerationaler Sicht und aus Sicht der Frauen- und Genderforschung sind Essstörungen psycho-somatische Zeichenhandlungen angesichts derzeitiger sozialer, kultureller und wirtschaftlicher Veränderungen in westlichen Gesellschaften mit globalen Auswirkungen (z. B. Zeichen des Protestes und gleichzeitig der Verstrickung angesichts der Expansion der Sex-Industrie - auch im Internet - , in der die Körper von Mädchen und auch von Jungen und vor allem von Frauen mit steigenden Gewinnen weltweit vermarktet werden).**

Die derzeitigen gesellschaftlichen Veränderungen mit ihren Folgen für Gesundheit und Beziehungen wurzeln jedoch in jahrhundertelangen Entwicklungen, die das Verhältnis Frauen/Männer, Natur/Geist, Leib/Seele/Verstand betreffen. Forscherinnen und Forscher haben die Entwicklung einseitiger Machtmuster und -systeme beschrieben, die ganze Wissens- und Glaubenstraditionen von Frauen und Männern verdrängt und ausgelöscht haben, während sie sich als Vorreiter der Zivilisation und des Fortschritts verstehen.

So definiert Sabine Scheffler Essstörungen als „Ausdruck der inneren Kolonisierung von Frauen durch das Patriarchat und deren Symbolisierung auf der Körper- und Selbstbildebene“ (Scheffler 1987, S. 127).

Ein Beispiel dieser Forschungen ist die Arbeit von Marianne Wex, die Hunderte von Frauen und Männern in unterschiedlichen Situationen des Stehens und Sitzens fotografiert hat, sowie Zeugnisse vorpatriarchaler und patriarchaler Entwicklungen in Statuen und Bildnissen.

Sie hat eine Entwicklung festgestellt, die andere WissenschaftlerInnen auch beschreiben:

Mädchen und Frauen haben mit zunehmender Entwicklung androzentrischer Lebens- und Arbeitsweisen immer mehr an Raum und Einfluss verloren. Sie werden nicht nur aus dem öffentlichen Raum immer mehr verdrängt sondern auch in der Wahrnehmung ihres eigenen Leibes, ihrer Bedürfnisse und Quellen der Kraft. Frauen und auch abhängig gemachte Männer wurden und werden zunehmend verkindlicht, funktionalisiert und benutzt (Bilder von Marianne Wex).

Vor allem Frauen wurden und werden für die Mängel und Bedrohungen des Lebens verantwortlich gemacht und ihr Leib, genau wie Natur, Sinnlichkeit und Sexualität, wird zum „Einfallstor der Hölle“, wie der Kirchenvater Tertullian sagt. Denn Natur und Leiblichkeit ernst zu nehmen, bedeutet für den Menschen das Erleben von Prozessen, die nicht immer kontrollierbar sind; das Erleben von Sehnsüchten, die Einen an Andere binden; das Sich-Öffnen für Prozesse der Liebe, die eine dauernd funktionierende Leistung nicht möglich machen. (Beispiele kennen wir genug: Eva bringt die Sünde in die Welt, Pandora streut mit ihrer Büchse das Böse unkontrollierbar ins Leben, Dionysos muss gezähmt werden.)

Attraktiv werden im Laufe der Geschichte Frauen, die keine Gefahr darstellen und fremde Männer, die gezähmt oder beherrscht sind. Die ungefährlichste Frau ist die Kindfrau, das kleine Mädchen, das klein bleibt, angepasst, willfährig, angstvoll und schuldbewusst, während sie gleichzeitig die Erwachsene darstellt und andere befriedigt. Der ungefährlichste Mann ist der Mann, der sich anpasst und den Experten und Machern nicht in die Quere kommt. Der australische Männerforscher Robert Connell spricht von hegemonialer Männlichkeit, der sich auch die bewusst anders leben wollenden Männer nicht entziehen können.

Kein Wunder, dass die meisten bulimischen, anorektischen und esssüchtigen Frauen und Männer sich selbst als schlecht sehen und erleben und einen Selbstmord auf Raten begehen. (Die Amerikanerin Peggy Claude-Pierre benennt das Negativsyndrom als Kern zum Verstehen dieser Erscheinungsformen.)

4. Fachleute der Traumatisierungstherapie haben erkannt, dass Verletzungen unbewältigbaren Ausmaßes, die durch familiäre und kollektive Gewalt Kindern und Erwachsenen angetan, dann aber nicht bearbeitet, sondern verschleiert und für normal erklärt werden, einen unübersehbaren Hintergrund für das Verstehen von Essstörungen bilden.

Für Mädchen und Frauen, die den Hauptanteil der Betroffenen bilden, gilt, dass gerade heute eine immense Verschleierung und Verleugnung der geschichtlichen Verletzungen an Frauen stattfindet, z. B. die Verleugnung der Folgen der Hexenpogrome und Vernichtung von Massen der Frauen zu Beginn der Neuzeit, die von Kristina Wopat in einem Vortrag analysiert wurden.

Auch die Bedeutung der Verstrickung von Frauen und Mädchen in die Nazi- und Nachkriegssysteme und ihre Traumatisierungen ist noch keineswegs ausreichend wahrgenommen und gewürdigt worden, ebenso wie die Traumata, die eine Auswirkung auf alle deutschen und europäischen Familien haben.

Indem allorts von schon erfüllter Gleichberechtigung, Förderung und neuen Chancen ausgegangen wird, indem auf die Gewalttätigkeit auch von Frauen und Mädchen abgehoben wird, werden zurzeit oft die geschichtlichen Hintergründe verschleiert. Ebenso findet eine Verschleierung und Verdeckung der Traumatisierungen von Jungen und Männern statt, die durch das Erleben von männlicher Erziehung, von Männlichkeitsbildern, im Erleben von Kriegen und Nachkriegszeiten verletzt wurden und werden und nicht über ihre wahren Gefühle sprechen können, ohne der Gefahr einer Verspottung ausgesetzt zu sein und als nicht männlich zu gelten.

5. Sehen wir Essstörungen als psycho-somatische Zeichenhandlungen, die in Zusammenhang mit Raum-Zeit-Verdrängungen vielfältiger Lebendigkeit von Mädchen und Jungen, Frauen und Männern zu verstehen sind, dann werden die Aussagen essgestörter Menschen und Aussagen unterschiedlicher Fachleute verstehbar,

„dass Kinder deshalb sterben, weil sie unerreichbare Perfektionsmaßstäbe zu erfüllen suchen“ (Peggy Claude Pierre).

„In dem Maß, wie sich Frauen von Kindern, Küche, Kirche befreit haben, in dem Maße wie sie ihre privaten Fesseln von Haus und Herd abgeworfen haben, in dem Maße ist der eigene Körper von Frauen zu ihrem neuen modernen Gefängnis geworden, in das die Frauen eingesperrt sind. Schlankheitswahn und Schönheitsmythos haben heute die Funktion sozialer Kontrolle von Frauen übernommen. Die drei K's – Kinder, Küche, Kirche sind durch die drei K's Kinder, Karriere, Kosmetik ersetzt worden“ (Barbara Krebs, Essstörungen – das Frauengefängnis der Neuzeit, in: Tüchtig und Süchtig, Frauen, Sucht und Essstörungen, 2003).

Essstörungen können auch als Ausdruck der inneren Kolonisierung von Frauen durch das Patriarchat und deren Symbolisierung auf der Körper- und Selbstbildebene“ (Scheffler 1987, S. 127) verstanden werden. Die innere Kolonisierung drückt sich aus als Wunsch oder Weigerung, einem gesellschaftlichen Zwang zu genügen, der auf den Zugriff auf den Leib der Frau abzielt, in der Diagnostik als neue Frauenkrankheit und durch die Frauen selbst als weibliche Leibverachtung mit dem Ziel, gesellschaftliche Beachtung zu erfahren. Auf intrapsychischer Ebene könnten die Essstörungen als Wunsch nach autonomer Selbstdefinition verstanden werden, deren emanzipatorischer Inhalt „kaum noch sichtbar hinter Einschränkung und persönlichem Leid, abhängig geblieben von der umgebenden Struktur, sichtbar im Kampf mit dem Körper“ ist (vgl. Scheffler 1987, S. 128). [nach: Freudenberg, Diplomarbeit 1999, S. 23]



Prof. Dr. Ursula Riedel-Pfäfflin

6. Essstörungen als Zeichenhandlungen können prophetische Funktion haben. Sie machen auf gesundheits- und lebensgefährdende Entwicklungen aufmerksam und fordern Eltern- und Großelterngenerationen auf, ihre Konflikte nicht auf Kosten der nachfolgenden Generationen zu verschleiern. Sie können als Hilferufe verstanden werden und als Zeichen dessen, dass Frauen und Männer um die Bedeutung ihrer Sehnsüchte und ihres Wunsches nach Beziehungsqualität wissen, zu derer Verbesserung Veränderungen in allen Ebenen der Gesellschaft notwendig sind.

Ziele:

- Aufhebung öffentlicher und privater Verleugnung/Amnesie von Traumatisierungen und Veränderung lebensvernichtender Tendenzen der Gesellschaft (Ruthard Stachowske, 2002; Riedel-Pfäfflin und Strecker, 1998; Massing, Reich und Sperling, 1992)
- Anerkennung der Traumatisierung und unverarbeiteter Probleme/Konflikte der Eltern - und vor allem der Großelterngeneration und unserer VorfahrInnen (Arbeit der Anerkennung weiblicher Genealogien, siehe die Arbeit der französischen Feministinnen wie Luce Irigaray); gesellschaftliche Aufwertung der Mutter-Tochterbeziehung durch Schaffen ökonomischer und sozialer Grundlagen für eigenwertige Existenzverwirklichung von Frauen; Einübung neuer Verhaltensweisen zwischen Frauen, Müttern und Töchtern im Sinne der gegenseitigen Stärkung (siehe das Konzept des Affidamento der italienischen Feministinnen); Veränderung der symbolischen Ordnung, indem vielfältige neue Frauenbilder und Männerbilder entwickelt und eingeübt werden; Beendigung der ökonomischen Ausbeutung von Mädchen und Jungen am Sex-Markt
- Entlastung der jetzigen Kinder- und Jugendgeneration von perfektionistischen Ansprüchen bzw. Signalisieren von Anerkennung ihrer Bedürfnisse, Mitteilung echter Gefühle und Werte, Vermittlung klarer Grenzen und eindeutiger Zuwendung; Einübung von Beziehungsqualität auch in Schulen (Gespräche, tiefe Kommunikation mit Eltern, Lehrern etc. statt mit dem Klo); Bemächtigung und Entlastung der Mädchen, jungen Frauen und Männer von unrealistischen Ansprüchen bei gleichzeitiger Aufwertung ihrer Erlebensweisen, Ressourcen und ihres Wissens; Förderung systemischer Arbeitsansätze und Beratung in Projekten, Schulen, Beratungsstellen, Jugendämtern

Literaturangaben

- Dokumentation der 9. Jahrestagung des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V.: *Tüchtig und Süchtig* – AJZ Druck und Verlag, Bielefeld 2003.
- Freudenberg, Liane: *Die Beendigung weiblicher Psychiatriekarrieren? Eine Interviewstudie*; Diplomarbeit an der Evangelischen Hochschule für Soziale Arbeit, Dresden 1999
- Greve, Nils/Keller, Thomas (Hrsg.): *Systemische Praxis in der Psychiatrie* – Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg 2002.
- Held, Peter/Gerber, Uwe (Hrsg.): *Systemische Praxis in der Kirche* – Matthias-Grünewald-Verlag, Mainz 2003.
- Lewis Hermann, Judith: *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*, Kindler 1994.
- Massing, Almuth/Reich, Günter/Sperling, Eckhard: *Die Mehrgenerationen-Familientherapie* – Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1992.
- Morgenthaler, Christoph: *Systemische Seelsorge: Impulse der Familien- und Systemtherapie für die kirchliche Praxis* – W. Kohlhammer GmbH 1999.
- Riedel-Pfäfflin/Ursula, Strecker, Julia: *Flügel trotz allem* – Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998.
- Scheffler, Sabine: Frauenspezifische Krankheitsbilder am Beispiel der Essstörungen, in: Rommelspacher, Birgit (Hg), S. 127-137: *Weibliche Beziehungsmuster*. Psychologie und Therapie von Frauen, Frankfurt (Main) 1987
- Schmidbauer, Wolfgang: *Ich wusste nie, was mit Vater ist* – Rowohlt Verlag GmbH, 1998.
- Seminar für Seelsorge der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau: *Lebendige Systeme –Martin Farel zum 60. Geburtstag* – Frankfurt am Main, August 1997.
- Sobot, Arnild: *Kinder Drogenabhängiger – Pränatale und frühkindliche Entwicklung* – Verlagshaus Monsenstein und Vannerdat 2001.
- Stachowske, Ruthard: *Mehrgenerationentherapie und Genogramme in der Drogenhilfe* – Asnager Verlag GmbH Heidelberg und Kröning 2002.
- Von Schlippe, Arist/El Hachimi, Mohammed/Jürgens, Gesa: *Multikulturelle systemische Praxis* – Carl-Auer-Systeme Verlag 2003.
- Wagnerová, Alena: *1945 waren sie Kinder* – Verlag Kiepenheuer & Witsch, Köln 1990.
- White, Michael/Epston, David: *Die Zähmung der Monster* – Carl-Auer-Systeme, Heidelberg 1994.
-

3.2 „Unter den Teller schauen – Über den Sinn von Essstörungen und seinen Nutzen für die Heilung“

Martin Jäger, Arzt in Weiterbildung für Psychotherapeutische Medizin, Familientherapeut/
Systemischer Therapeut (DGSF)

Über den Sinn von Essstörungen

Eine Anorexie hat häufig den Sinn...

.... ein Gefühl von Selbstbestimmung und Kontrolle über das eigene Handeln herzustellen („Wenigstens ob, was und wie viel ich esse, bestimme ich selbst!“), weil wenig andere Möglichkeiten gefunden werden, sich als autonom handelnd zu erleben.



Martin Jäger

Eine Bulimie hat häufig den Sinn...

.... ein Gefühl von innerer Leere „aufzufüllen“
.... das Selbstwertgefühl über die Bindung an körperliche Äußerlichkeiten zu stabilisieren, d. h. die Kontrolle und „Optimierung“ des eigenen Körpers für die Selbstwertstabilisierung einzusetzen, weil wenig andere Fähigkeiten/Ressourcen für die Entwicklung eines angemessenen Selbstwertgefühles genutzt werden können.

Eine Esssucht hat häufig den Sinn...

.... bestimmte Gefühle – insbesondere Traurigkeit, Schmerz und aggressive Impulse – abzuwehren, weil diese als unerträglich oder selbstwertmindernd erlebt werden bzw. weil sie im Selbstkonzept nicht „vorgesehen“ und deshalb schamhaft belegt sind.

Die **Symptomatik** der Essstörung ist ein unteroptimaler Lösungsversuch für einen äußeren und/oder innerseelischen Konflikt.

Sie wird gewählt, da konstruktivere Lösungsstrategien für diesen Konflikt im bisherigen Erfahrungsschatz nicht verfügbar sind.

Somit ist die Entwicklung der Essstörung zunächst eine kreative Leistung mit dem Ziel der Angstkontrolle. Angst- bzw. Konfliktspannung werden durch das süchtige Verhalten im Rahmen der Essstörung aus der Wahrnehmung bzw. dem Selbsterleben „verbannt“, d. h. „unspürbar“ gemacht.

Die Gefahr dieser Art von Lösung besteht jedoch darin, dass sie die Eigendynamik einer Sucht gewinnt und sich damit verselbständigt und dass sich der zugrunde liegende Konflikt unter dem „Schutz“ der Essstörung weiter zuspitzt.

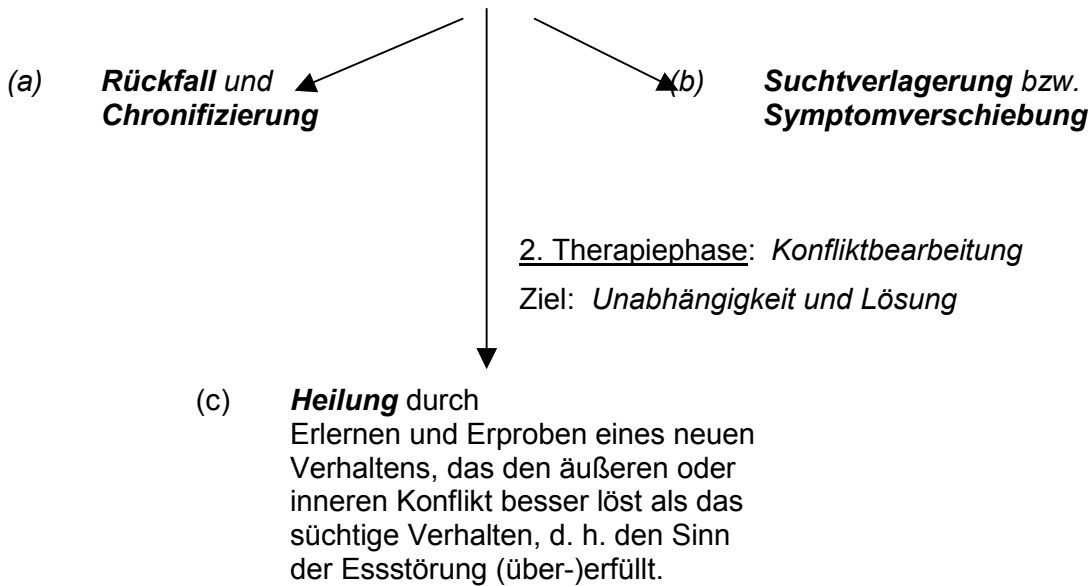
Hieraus ergibt sich folgende Strategie für das therapeutische Handeln:

1. Therapiephase: *Aufgabe des süchtigen Verhaltens*

Ziel: *Symptomabstinenz*

Bei **Symptomabstinenz** wird der ungelöste Konflikt im emotionalen Erleben und im Beziehungsverhalten spürbar, dadurch erschließt sich der Sinn der Essstörung.

Dieser Zustand geht mit einer hohen inneren Konfliktspannung, weiteren unangenehmen Gefühlen und somit einer psychischen Labilisierung einher und kann sich in 3 Richtungen entwickeln:



Achtung! Die Schritte „Symptomabstinenz“ und „Heilung durch Konfliktlösung“ dürfen nicht gleichgesetzt werden und können nur in der o. g. Reihenfolge erfolgen.

Thesen zum Impulsreferat

1. Therapien bleiben oft in der Phase der Symptomabstinenz stehen

- trotz unseres Wissens darüber, dass süchtige Menschen in der Regel - individuell mehr oder weniger - in der Lage sind, sich die Suchtausübung zeitweise zu verkneifen. Dieses „Zusammenreißen“ ist ein Teil der Suchtdynamik.
- trotz unseres Wissens darüber, dass bei anderen Suchttherapien (Alkohol- und Drogenabhängigkeit) erst die Entgiftung (d. h. Symptomabstinenz) und dann die Entwöhnung (d. h. Erlernen eines alternativen, konstruktiven Lösungsverhaltens) notwendig sind.

2. Warum bleiben Therapien zu häufig in der Phase der Symptomabstinenz stehen ?

- weil Patient und/oder Therapeut übersehen, dass die Symptomabstinenz lediglich der erste Schritt in Richtung Heilung ist und nicht mit ihr gleichgesetzt werden darf
- weil Patient und/oder Therapeut übersehen, dass die Symptomabstinenz zwar ein Schritt in Richtung Heilung ist, vom Betroffenen aber zunächst als Verlust erlebt wird und sich die seelische Not zunächst vergrößert (Wichtig! Der Patient muss vom Therapeuten auf die zu erwartende seelische Labilisierung bei Symptomverzicht vorbereitet werden!)

- weil der/die Betroffene die psychische Labilisierung während der Symptomabstinenz nicht erträgt und/oder zu wenig Rückhalt und Unterstützung hierbei bekommt
- weil gerade Statistiken über Therapieerfolge oft fälschlicherweise Symptomabstinenz mit Heilung gleichsetzen, da Symptomabstinenz besser überprüfbar ist als alternatives Handeln und weil so eine höhere Erfolgsrate statistisch „nachgewiesen“, d. h. suggeriert werden kann. Eine wirkliche Heilung durch Konfliktlösung darf erst dann angenommen werden, wenn die Symptome der Essstörung nicht mehr vorliegen und keine weiteren psychischen/psychosomatischen Symptome aufgetreten sind bzw. sich verstärkt haben.
- aus Kostengründen (die 2. Therapiephase braucht zusätzliche Therapiezeit)

3. Was bedeutet es für Betroffene, wenn Symptommfreiheit mit Heilung gleichgesetzt wird?

- dass die Wahl zwischen den drei Wegen (Rückfall - Chronifizierung/Symptomverschiebung - Suchtverlagerung/Lösung - Heilung) dem Zufall oder einer unvorhersehbaren Dynamik den Betroffenen überlassen wird.

4. Wir als Helfer haben die Verantwortung, nach dem Erreichen der Symptomabstinenz den Prozess der Lösung zu unterstützen.

5. Der individuelle Sinn der Essstörung erschließt sich erst bei Symptomabstinenz durch unangenehme Affekte und verändertes Beziehungsverhalten.

6. Warum ist die Frage nach dem Sinn von Essstörungen also so bedeutsam ?

- Sie gibt uns Aufschluss über die Konflikte, für die wir nach Lösungen suchen müssen.
- Bleibt die Behandlung auf halber Strecke, d. h. bei der unangenehmen und anstrengenden Symptomabstinenz stehen, drohen Rückfälle oder Symptomverschiebung. So nehmen das Versagensgefühl der Betroffenen weiter zu und ihr Selbstwertgefühl weiter ab, was die Prognose für die nächste Therapie deutlich verschlechtert.



Mitarbeiterinnen des Frauen- und Mädchengesundheitszentrums Medea e. V.

3.3 Essstörungen im Kindes- und Jugendalter – Früherkennung und Diagnostik

Dr. med. Sibylle Platzbecker, Leiterin der Essgestörtenambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychosomatik des Universitätsklinikums Dresden

Frau Dr. med. Platzbecker hielt ihr Referat in Form einer Power-Point-Präsentation. Zur Veranschaulichung veröffentlichen wir hier die Inhalte der von ihr gezeigten Schaubilder.

Ambulante Therapie von Essstörungen

Die Essstörung besiegen mit Hilfe der Integration der Eltern Was bedeutet „Integration der Eltern“?

- Ernsthaftigkeit der Erkrankung betonen
- über deren Hilflosigkeit und Sorge sprechen
- Entdecken und Fördern eigener Stärken innerhalb der Familie
- elterliche Autorität stärken im Sinne von Übernahme der Kontrolle der Ernährung des Kindes durch die Eltern als Paar

Indikationen für eine ambulante Therapie:

- kurze Krankheitsdauer
- kein schwerer Gewichtsverlust
- kooperative Familie
- Möglichkeit regelmäßiger gemeinsamer Mahlzeiten

Kontraindikationen für eine ambulante Therapie:

1. fortschreitender Gewichtsverlust
2. schwere psychiatrische Komorbidität (Einhergehen mehrerer Krankheitssymptome)
3. Selbstverletzung

➔ Überweisung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie

1. • Bradykardie (verlangsamte Herztätigkeit),
 - Hypotonie (zu niedriger Blutdruck),
 - Hypothermie (unternormale Körpertemperatur), pathologische Laborbefunde
 - Herzbeutelerguss

2. persistierendes (anhaltendes) Erbrechen, ausgeprägte Dehydrierung

3. schwerer Gewichtsverlust

➔ Überweisung zur stationären Therapie

Wer sollte wie lange wie häufig therapiert werden?

- bis Erreichen des Zielgewichts wöchentliche Termine bzw. größere Abstände bei stabiler Gewichtszunahme
- Patientin möglichst mit beiden Eltern

Was ist das Ziel?

1. stetige Gewichtszunahme (mindestens 500 g pro Woche) bis zum Erreichen des Mindestgewichtes
2. Stabilisierung des Essverhaltens (regelmäßig sechs Mahlzeiten pro Tag)
3. ausgewogene Ernährung

Was ist zu beachten?

- regelmäßige Gewichtskontrollen (entkleidet), evtl. Nachwiegen
- Führen einer Gewichtskurve
- evtl. zusätzlich spezielles Gewicht des Urins prüfen
- Essenplan, Esstagebuch
- Alternativen zur Gewichtsstabilisierung
- Missbrauch von Medikamenten beenden
- Hilfe bei der Rückerlangung der Essenskontrolle

Erstgespräch

Exploration der Essgewohnheiten und des Gewichtsverlaufs, z. B.

- min. und max. anamnestisches Gewicht
- Zeitverlauf
- wodurch Gewichtsverlust (restriktives [zwanghaftes] Essen, Sport, Medikamente)?
- Phasen mit Essanfällen?
- aktuelles Essverhalten

Diagnostik

- körperliche Untersuchung (Gewicht, Größe, Amenorrhoe?), Errechnung des Mindestgewichtes
- Laborparameter (Blutbild, Harnstoff, Kreatinin, Elektrolyte, Schilddrüsenparameter)
- EKG
- evtl. Schädel-MRT (Magnetresonanztomographie)
- Prüfung, ob eine Körperschemastörung vorliegt

In der Mittagspause



4. Workshops

4.1 Workshop 1: „Droge Essen“ - Workshop zur Prävention von und zum Umgang mit Essstörungen in Schulklassen und Jugendgruppen

Inhalte:	Wann wird Essen zur Krankheit? Woran sind Bulimie, Magersucht und Esssucht zu erkennen? Was kann ich als LehrerIn tun?
ReferentInnen:	Carola Glasow , kandidierende Diplom-Pflegewirtin, Klinik Schwedenstein, Pulsnitz Carola Pohl , Therapeutin, Klinik Schwedenstein, Pulsnitz
TeilnehmerInnen:	35 LehrerInnen, BeratungslehrerInnen, SchulsozialarbeiterInnen, ErzieherInnen

Bericht von Carola Glasow und Carola Pohl

Informationen, Diskussionen und persönliche Erfahrungen mit der Thematik waren in unserem Workshop herzlich willkommen und wurden rege genutzt.

Uns als Referentinnen war von Anfang an wichtig, mit den TeilnehmerInnen in ein konstruktives Gespräch und einen Erfahrungsaustausch zu kommen.

Inhaltlich gliederten wir unsere Schwerpunkte wie folgt auf:

- Information über die einzelnen Krankheitsbilder
- Vermittlung von „Rüstzeug“ für die tägliche Arbeit
- Welche Hilfsangebote für Betroffene kann ich vermitteln und auf welche Art und Weise?
- Vorstellung darüber aufzeigen, was es für die Betroffenen und Außenstehenden bedeutet, professionelle Hilfe anzunehmen
- Schwierigkeiten und Kontaktaufnahme im Umgang mit den Betroffenen und Angehörigen thematisieren
- Einblick in die therapeutische Arbeit geben

Im ersten Teil des Seminars gingen wir auf die Erkennungsmerkmale von Anorexie, Bulimie und Esssucht ein.

- Anorexie:**
- Überzeugung zu dick zu sein, verbunden mit dem unbezwingbaren Drang weiter an Gewicht zu verlieren
 - mangelnde Krankheitseinsicht/Verleugnung der Krankheit
 - Körperwahrnehmung und eigenes Körperbild extrem gestört
 - sozialer Rückzug, Depression, Konzentrationsstörungen
-

ständige Gewichtsabnahme erfolgt durch:

- Nahrungsverweigerung und Hungern (bzw. Unterdrückung des Hungers)
- übertriebene körperliche Anstrengung
- Einnahme von Abführ- und Entwässerungsmitteln

- Bulimie:**
- konstante Angst vor Gewichtszunahme
 - mitunter starke Gewichtsschwankungen
 - latentes Hungergefühl wird unterdrückt
 - Gewicht, eigener Körper, Schönheitsideal von großer Bedeutung
 - „heimliche Krankheit“ durch starke Schuld- und Schamgefühle
 - Ess-Brechanfälle mit teilweisem Kontrollverlust
 - anfallsweise auftretender Zwang, große Nahrungsmittelmengen aufzunehmen, verbunden mit innerem „Muss“, diese wieder loszuwerden
 - selbstständiges bzw. reflektorisches Erbrechen folgt den Essanfällen
 - Zerstörung des Zahnschmelzes
 - geschwollene Ohrspeicheldrüsen
 - sportliche Betätigung

- Esssucht:**
- Leiden unter Übergewicht
 - Gedanken kreisen um das Thema Essen
 - Angst vor weiterer Gewichtszunahme
 - Essanfälle/Kontrollverlust
 - Diätkarriere
 - heimliches Essen
 - Verleugnen der Krankheit
 - Scham und Schuld bezüglich Unbeherrschtheit und Körperlichkeit

Nächster Schwerpunkt war das Aufzeigen von Grenzen und Möglichkeiten im Umgang mit Essstörungen in der täglichen Arbeit als ErzieherIn, BetreuerIn, LehrerIn, BeratungslehrerIn oder SchulsozialarbeiterIn.

Grenzen bedeuten unter anderem:

- Ich sehe das Problem, kann nicht eingreifen.
- Ich werde abgeblockt, da Nähe- und Distanzwünsche eine große Rolle in der Erkrankung spielen.
- Familien befinden sich im Widerstand und sind unter Umständen aus Schamgefühl, Schutzbedürfnis und Angst heraus nicht zu gemeinsamen Gesprächen bereit.
- Das eventuell bestehende sogenannte „Familiengeheimnis“ wird gewahrt.
- Die Krankheit dient den Betroffenen als Schutz vor Verletzung und Überforderung und auch als Ventil für Aggressionen, Ängste und Unsicherheiten.

Diesen Grenzen muss man nicht hilflos gegenüberstehen. Unsere Empfehlungen für einen adäquaten Umgang mit den Betroffenen und Angehörigen bezogen sich im Wesentlichen auf folgende Aspekte:

Verantwortung übernehmen und reagieren heißt:

- selbst einen hohen Wissensstand über die Erkrankung aneignen,
- Ansprechpartner kennen und weiter empfehlen,
- Kontaktadressen, Telefonnummern, Bücherlisten und Standorte von Selbsthilfegruppen und Kliniken zur Verfügung haben,
- Akzeptanz sowohl der eigenen als auch der Grenzen der Betroffenen,
- professionelle Hilfe und Beratung annehmen
- Die Gefährlichkeit der Krankheit sehen und schnell reagieren.

Fazit:

Im Umgang mit essgestörten Menschen ist es von großer Wichtigkeit, nicht die Augen zu verschließen und den Krankheitsprozess dem Selbstlauf zu überlassen, sondern die Rolle als verantwortungsvolle Bezugsperson anzunehmen.



Pausengespräche im Vorraum

4.2 Workshop 2:

„Von der Diagnose über die Förderung der Behandlungsmotivation zur Therapie – Brückenbau als Aufgabe und Herausforderung bei PatientInnen mit Essstörungen“

Referent: Martin Jäger, Dresden, Arzt in Weiterbildung für Psychotherapeutische Medizin, Familientherapeut/Systemischer Therapeut (DGSP)

TeilnehmerInnen: 20 AllgemeinärztInnen, SozialpädagogInnen, LehrerInnen

Bericht von Martin Jäger

Inhalt des Workshops:

1. Zur Symptomatik und Diagnostik von Essstörungen

- 1.1 Anorexia nervosa
- 1.2 Bulimia nervosa
- 1.3 Esssucht

2. Zur Dynamik von Essstörungen

- 2.1 Suchtdynamik
- 2.2 Beziehungs- und Familiendynamik

3. Woran kann ich erkennen, dass bei meinem Gegenüber wahrscheinlich eine Essstörung vorliegt ?

4. Strategien zur Förderung der Behandlungsmotivation und zur Anbahnung einer therapeutischen Beziehung

1. Zur Symptomatik und Diagnostik von Essstörungen

1.1. Anorexia nervosa (Magersucht)

1. Symptomatik

- Untergewicht (BMI < 17,5 kg/m²)
- Gewichtsabnahme selbst herbeigeführt über einen beständigen Drang abzunehmen
- Die Gewichtsabnahme wird realisiert über Nahrungsverweigerung, vermehrte körperliche Anspannung, übermäßige körperliche Aktivität, jedoch auch über Flüssigkeitsrestriktion, Erbrechen, Konsum von Appetitzüglern, Schilddrüsenhormonen, Abführmitteln und entwässernden Medikamenten.
- Hormonstörung mit Amenorrhoe obligat (Fehlen bzw. Ausbleiben der Regelblutung)
- unantastbare Überzeugung, zu dick zu sein
- schwere Störung von Körperwahrnehmung und Körperbild (z. B. wird die Überzeugung, zu dick zu sein, mit abnehmendem Körpergewicht stärker)
- Verleugnung der Erkrankung
- das Lebensprinzip der Askese – d. h. die Herstellung eines Autonomiegefühles und die Selbstwertstabilisierung über möglichst weitreichende Bedürfnislosigkeit – findet sich auch in anderen Lebensbereichen
- Betroffene oft aus Familien mit hohem Leistungsanspruch

2. Epidemiologie *

- 0,5 bis 1 % der Frauen und ca. 0,1 % der Männer sind betroffen
- Hauptkrankungsalter: 14. bis 18. Lebensjahr

3. Prognose *

- Sterblichkeit: 10 bis 20 %
- Heilung, d. h. Normalgewicht: 30 bis 50 %
- Chronischer Verlauf: ca. 30 %

1.2. **Bulimia nervosa (Ess-Brechsucht)**

1. Symptomatik

- Normalgewicht bis leichtes Untergewicht
- anfallsweise Aufnahme großer Nahrungsmengen in dranghafter und unkontrollierter Weise bis hin zum Völlegefühl bzw. körperlichen Schmerzen
- anschließend Aktivierung von Scham- und Schuldgefühlen und der Angst vor Gewichtszunahme, was den zwanghaften Drang bewirkt, die aufgenommenen Kalorien wieder „loszuwerden“
- Der befürchteten Gewichtszunahme wird entgegengewirkt durch selbstinduziertes oder reflektorisches Erbrechen, übermäßige körperliche Aktivität, phasenweise starke Nahrungsrestriktion, Diäten, Flüssigkeitsrestriktion, Missbrauch von Abführmitteln, entwässernden Medikamenten, Schilddrüsenhormonen, Appetitzüglern. (Achtung: Das Symptom des Erbrechens ist für die Diagnosestellung nicht obligat, wenn die übermäßige Kalorienaufnahme durch die anderen genannten Maßnahmen zu kompensieren versucht wird.)
- Die abwechselnde Praktizierung von Essanfällen, Erbrechen und z. T. Sport einschließlich Vor- und Nachbereitung nimmt bei einer ausgeprägten Bulimie mehrere Stunden täglich in Anspruch mit der Folge starker sozialer/beruflicher Einschränkungen.
- häufig - ca. bei 50 % - Amenorrhoe (Fehlen bzw. Ausbleiben der Regelblutung)
- permanente, stark ausgeprägte Angst vor Gewichtszunahme
- Innerseelisch wird Gewichtszunahme mit „Selbstverlust“, d. h. dem vollständigen Zusammenbruch des Selbstwertgefühles gleichgesetzt.
- daher zwanghaftes Gedankenkreisen um Nahrungsbeschaffung, Nahrungszusammensetzung, Kalorien etc. bei gleichzeitig starker Angst vor Kontrollverlust beim Essen
- mehr oder weniger permanentes Hungergefühl mit intermittierenden Heißhungerattacken
- im Vergleich zur Anorexie in der Regel besseres Krankheitsbewusstsein
- Insbesondere bei psychosozialen Belastungen wird folgende Körperwahrnehmung aktiviert: Völlegefühl, das Gefühl, einen aufgeblähten Bauch zu haben, „aufgedunsen“, zu dick, hässlich zu sein.

2. Epidemiologie *

- 2 bis 4 % der erwachsenen Frauen sind betroffen
- Hauptkrankungsalter: 18. bis 35. Lebensjahr
- ca. 50 % der Bulimien gehen aus einer Anorexie hervor

* (in Studien differente Angaben)

3. Prognose*

- bis zu 50 % Heilung
- ca. 20 % Chronifizierung, ca. 30 % Symptomverschiebung

1.3 **Esssucht**

1. Symptomatik

- in der Regel Übergewicht
- anfallsweise Aufnahme großer Nahrungsmengen im Sinne von Essanfällen bis hin zum Völlegefühl oder häufiges „Naschen“ oder zu schnelle Einnahme von zu großen Mahlzeiten bei verspätet oder zu schwach wahrgenommenem Sättigungsgefühl, unregelmäßiges Essverhalten
- anschließend Aktivierung von körperbezogenen Ekel- und Schamgefühlen sowie von Schuld-, Versagens- und Minderwertigkeitsgefühlen
- im Gegensatz zur Bulimie werden die übermäßig aufgenommenen Kalorien nicht mit gegenregulatorischen Maßnahmen der Gewichtskontrolle ausgeglichen
- viele Diätversuche mit anschließender Wiederzunahme des Körpergewichtes oft noch über das ursprüngliche Gewicht hinaus (sogenannter „YoYo-Effekt“ in der Vorgeschichte)
- oft gedankliches Kreisen um Essen und Körpergewicht
- Leiden und Krankheitsbewusstsein bezüglich des Übergewichtes, jedoch Verleugnung der Suchtkomponente
- schambedingter sozialer Rückzug, Selbstwertproblematik
- häufig altruistisches Verhalten bei gleichzeitiger Vernachlässigung der eigenen emotionalen und sozialen Bedürfnisse

2. Epidemiologie

- beide Geschlechter annähernd gleich häufig betroffen
- Häufigkeit der Erkrankung steigt mit zunehmendem Lebensalter
- insbesondere in den Industrieländern sehr häufig (20 bis 40 % der Bevölkerung, sehr schwankende Angaben) bei Zunahme der Erkrankungshäufigkeit unter Kindern und Jugendlichen

3. Prognose

- sehr ungenaue Angaben
- wird durch die umfangreichen Folgeerkrankungen bestimmt

2. **Zur Dynamik der Essstörungen**

2.1 **Suchtdynamik**

Was ist „süchtig“ an der Symptomatik der Essstörungen ?

- Missbrauch der Essstörung zur Konfliktlösung
- Abhängigkeit mit körperlichen und seelischen Entzugserscheinungen bei Abstinenz
- Kontrollverlust
- Dosissteigerung
- Rauscherleben
- Verleugnung
- Störung der Selbstwahrnehmung
- Inkaufnahme körperlicher Schäden trotz besseren Wissens
- Wechsel von „Gehenlassen“ und „Zusammenreißen“

* (in Studien differente Angaben)

2.2 Beziehungs- und Familiendynamik bei Essstörungen

„So wie EssstörungspatientInnen mit dem Essen umgehen, so gehen sie oft auch mit Beziehungen um.“

- Kommunikationsstörungen insbesondere im emotionalen Bereich
- Konflikte werden nicht offen kommuniziert, sondern es wird verdeckt agiert
- daher Einsatz der Symptomatik als Kommunikationsmittel
- „Burgfamilie“: wenige soziale Kontakte, d. h. soziale und emotionale Bedürfnisse der Familienmitglieder müssen weitgehend in der Familie realisiert werden und überfordern dadurch das Familiensystem
- sexueller Missbrauch
- emotionaler Missbrauch, „Parentifizierung“ (= Kinder werden für die Erfüllung emotionaler Bedürfnisse der Erwachsenen missbraucht)

Achtung! Oft ist der Symptomträger innerhalb der Familie nicht der mit der schwersten psychischen Störung, sondern der Schwächste. Der Symptomträger trägt somit die Last ungelöster Konflikte stellvertretend für andere Familienmitglieder.

3. Woran kann ich erkennen, dass bei meinem Gegenüber eine Essstörung vorliegt ?

1. Anorexia nervosa

äußerliche Warnsignale:

- Untergewicht
- körperliche Schwäche
- starke körperliche Anspannung und vermehrte körperliche Aktivität
- Blässe
- häufiges Frieren
- vermehrte Neigung zu Infekten
- trockene Haut, Haarausfall
- weite Kleidung (Verbergen des Untergewichtes) und warme Kleidung (Kälteempfindlichkeit)

Signale in Verhalten und Wahrnehmung:

- Abnahme der Leistungsfähigkeit bei weiterhin sehr hohem Selbstanspruch
- Konzentrations- und Gedächtnisstörung
- bezüglich des Essens Fürsorge für andere („Bekoche“)
- emotionale Unausgeglichenheit, Gereiztheit
- Störung der körperlichen Selbstwahrnehmung, Verleugnung des Untergewichtes
- oft zähe, harte, z. T. männliche Ausstrahlung der Persönlichkeit

Medizinische Befunde:

- Amenorrhoe (Fehlen bzw. Ausbleiben der Regelblutung)
 - Obstipation (Verstopfung)
 - Osteoporose (Knochenschwund)
 - Hypotonie (niedriger Blutdruck)
 - Orthostase (Blutdruckregulationsstörung)
 - Bradykardie (verlangsamte Herzschlagfolge)
 - Labor: Anämie (verminderter Hämoglobingehalt des Blutes), Leukopenie (verminderte Anzahl Weißer Blutkörperchen), Thrombozytopenie (verminderter Blutplättchengehalt), Hypoproteinämie (verminderte Plasmaproteinwerte im Blut), Hypoalbuminämie (verminderter Anteil der Proteine, die den Flüssigkeitshaushalt regulieren und wichtiger Trägerstoff im Blut sind), Hypokaliämie (verminderter Kaliumgehalt im Blut), Transaminasenerhöhung (erhöhte Leberwerte), Veränderung der Serumlipide (im Blutplasma enthaltene Fette)
-

2. Bulimia nervosa

äußerliche Warnsignale:

- häufige Gewichtsschwankungen
- Diäten und Sport (insbesondere Fitness)
- Einnahme von Vitamin- und Mineralstoffpräparaten und Medikamenten zur Gewichtsregulation
- Mundgeruch
- Karies
- Schwellung der Speicheldrüsen
- Läsionen und Schwielen im Finger- und Handrückenbereich
- Mundwinkelrhagaden (schmerzhafte, wunde Spalten im Mundwinkelraum)
- Haarausfall

Signale in Verhalten und Wahrnehmung:

- Angst vor Gewichtszunahme und übermäßige innere Beschäftigung mit Körpergewicht und Essen (Menge, Kaloriengehalt, Nahrungszusammensetzung)
- Stimmungsschwankungen
- Verstecken von Nahrungsmitteln, aber auch Vermeidung von Nahrungsmittelvorräten
- Einkaufen begrenzter Nahrungsmittelmengen („nur“ für einen Ess-Brechanfall), Wechsel der Verkaufsstellen und schamhaftes Verhalten beim Einkaufen
- starkes Wertlegen auf körperliche Äußerlichkeiten
- finanzielle Schwierigkeiten

Medizinische Befunde:

- z. T. Amenorrhoe (Fehlen bzw. Ausbleiben der Regelblutung)
- Oesophagitis (Entzündung der Speiseröhre)
- Insbesondere bei Laxantienmissbrauch (Abführmittel) schwere Obstipation (Verstopfung)
- Hypoproteinämie (verminderte Plasmaproteinwerte im Blut) , Hypoalbuminämie (verminderter Anteil der Proteine, die den Flüssigkeitshaushalt regulieren und wichtiger Trägerstoff im Blut sind), Hypokaliämie (verminderter Kaliumgehalt im Blut), Transaminasenerhöhung (erhöhte Leberwerte), Veränderungen der Zusammensetzung der Serumlipide (Fette im Blutplasma)
- Hypokaliämiebedingte EKG-Veränderungen
- Hypotonie (niedriger Blutdruck)
- Hypovolämie (Verminderung der zirkulären Blutmenge) durch Erbrechen und reduzierte Trinkmenge

4. Strategien zur Förderung der Behandlungsmotivation und zur Anbahnung einer therapeutischen Beziehung

Generelle Prinzipien:

- Mitteilung der eigenen Sorge und Betroffenheit
- Ich-Botschaften und emotionale Kongruenz
- schonungslose Offenheit
- Würdigung und Anknüpfung an Ressourcen
- mit dem Betroffenen koalieren
- vermeiden, in die Beziehungsdynamik der Essstörung einzusteigen (Information statt Belehrung, Angebot statt Aufforderung, Partnerschaft statt Autorität) - wenn es dennoch passiert, gegenüber dem Betroffenen ansprechen
- dem Betroffenen soviel wie möglich Autonomie und Verantwortung lassen
- auf eigene Grenzen achten, sich nicht „verspeisen“ lassen und eigene Grenzen klar benennen

Reduktion von Scham

- Enttabuisierung: Voraussetzten der Schamproblematik und Ansprechen durch HelferInnen/TherapeutInnen
- Wertung der Scham als Krankheitssymptom
- Würdigung von Schritten, die dem Betroffenen trotz der Scham gelingen (Mut)
- Förderung von Kontakten zu Gleichbetroffenen (Selbsthilfegruppen)
- Erkrankungsmodell

Reduktion von Schuld

- Perspektiven der Wiedergutmachung entwickeln (z. B. Schuldnerberatung)

Leidensdruck aufrechterhalten bzw. vertiefen

- Förderung einer realistischen Wahrnehmung von sich selbst (körperlicher Zustand, Leistungsfähigkeit, soziale Einschränkungen etc.) und der sozialen Umgebung
- nicht von Verantwortung (für sich und die soziale Umgebung) befreien, soziale Anforderungen nicht reduzieren
- Wo führt die Erkrankung hin, wenn keine bessere Lösung gefunden wird?

Informationsvermittlung

- über Diagnose, Prognose und Therapiemöglichkeiten
- Rolle von Angst und Scham, Entzugssymptome
- Krankheitsmodell, Behandlungsmodell



Am Büchertisch der Frauen- und Mädchenbuchhandlung Pustebume

4.3 Workshop 3: Esstörungen als Thema in der psychosozialen Beratung und in der offenen Jugendarbeit

Referentin:	Silke Röttig, Dipl.-Psychologin, psychologische Beraterin im *sowieso* Kultur-Beratung-Bildung Frauen für Frauen e. V.
TeilnehmerInnen:	15 SozialpädagogInnen, ErzieherInnen in der Sozialarbeit und in sozialpädagogischen Einrichtungen

Bericht von Silke Röttig

Chancen und Grenzen der Beratungsarbeit und der sozialpädagogischen Arbeit in der offenen Jugendarbeit bei der Unterstützung von Menschen mit Essstörungen

In die Beratung kommen aus unseren Erfahrungen zum Beispiel

- ◆ Frauen und Mädchen, die das erste mal über ihre Essstörung reden,
- ◆ Frauen und Mädchen, die von Angehörigen, Freunden/Freundinnen, ErzieherInnen, ÄrztInnen geschickt werden
- ◆ Frauen und Mädchen mit anderen Themen - die Essstörung ist als solche nicht erkannt, kein wichtiges Beratungsthema oder sie soll geheim bleiben
- ◆ Frauen und Mädchen nach stationären oder ambulanten Therapien, nach Rückfällen, nach Therapieabbrüchen

Das Spektrum der unterschiedlichen Situationen und der verschiedenen Bedürfnisse ist in der offenen Jugendarbeit noch breiter und vielschichtiger. Diesen unterschiedlichen Situationen bzgl. der unterschiedlichen Stationen des Heilungsweges aus einer Essstörung und bzgl. der Krankheitseinsicht von Betroffenen sind die SozialpädagogInnen und BeraterInnen in ihrem Arbeitsalltag gegenübergestellt.

Aussagen bzw. wichtige Grundsätze wie zum Beispiel:

„Essstörungen sind schwerwiegende Erkrankungen! Sie müssen schnell und umfassend behandelt werden.“

„Beratung, Soziale Arbeit oder gar Selbsthilfe kann Essstörungen nicht heilen, diese Methoden sind für diese schwere Erkrankung untauglich...“

„Heilungschancen liegen bei 35-70 %... desto eher behandelt wird, um so höher ist die Heilungswahrscheinlichkeit“

„Beratungen oder „Randgespräche“ verzögern oder verhindern wirkliche Hilfe!“

erwecken oft den Anschein, dass psychosoziale Angebote bei der Behandlung und Heilung von Essstörungen völlig „untauglich“ seien. Zudem gerät über die Zielorientierung auf schnelle Heilung und schnellen Behandlungsbeginn die soziale Arbeit in ihrer Bedeutung während, nach und besonders vor therapeutischen Behandlungen von Essstörungen in Verruf.

Daraus erwachsen Unsicherheiten in der psychosozialen Arbeit beim Umgang mit Betroffenen, die Hilfe dann eher verhindern.

Beratung und Selbsthilfe sind selten ausreichende Unterstützung für die Heilung von Essstörungen, **aber Gespräche im Rahmen niedrigschwelliger, sozialpädagogischer Angebote oder in anonymen Beratungen sind häufig der erste Schritt auf dem Heilungsweg.**

Neben den üblichen Möglichkeiten von psychosozialer Beratung werden folgend besonders für Essstörungen bedeutsame Möglichkeiten und Ziele der psychosozialen Arbeit benannt:

- erster Schritt in Öffentlichkeit
- Öffnung im Schutz der Anonymität
- Ernstnehmen der betroffenen Person mit Ihrer Essstörung
- Ernstnehmen der Essstörung als Erkrankung
- Informationen über Hilfemöglichkeiten bei Essstörungen,
- Informationen über das Ausmaß der Erkrankung im gesellschaftlichen Kontext
- Ängste abbauen
- Therapiemotivation aufbauen
- Notwendigkeit der Behandlung verdeutlichen
- Begleitung bei der Alltagsbewältigung
- Austausch mit anderen Betroffenen im Rahmen von Selbsthilfegruppen
- Information und Beratung von Angehörigen, Freunden/Freundinnen, LehrerInnen, ErzieherInnen

Besondere Aufmerksamkeit im Umgang mit Betroffenen sollten folgende Themen haben:

- Mitunter kommt es zur Verwechslung von Beratung mit Therapie seitens der Betroffenen und/oder Angehörigen.
- Der Austausch unter Betroffenen muss ausschließlich dem Ziel der Heilung von Essstörungen dienen.
- Essstörungen werden häufig auch von Angehörigen, Freunden und Freundinnen bagatellisiert.

Im zweiten Teil des Workshops wurden **vertiefende Aspekte für unterschiedliche Arbeitssituationen in der psychosozialen Beratung bzw. in der sozialpädagogischen Jugendarbeit** diskutiert.

1. Situation:

Beratung zum Thema Essstörung/offene Arbeit bei Ansprechen des Themas durch die Betroffenen

- ◆ Information über eigene und institutionelle Möglichkeiten und Grenzen
 - ◆ Klarheit über Erkrankung - Essstörung ist Symptom und Erkrankung
 - ◆ Verantwortung für Gesundheit der Klientin darf nicht von dem/der BeraterIn/Sozialpäd. übernommen werden/gegebenenfalls Aufforderung zur ärztlichen Untersuchung
 - ◆ Folgen von Essstörungen
 - ◆ mögliche Wege aus der Essstörung
 - ◆ Erfahrungen in der Arbeit mit Anderen
 - ◆ eigene Wahrnehmung gegenüber bzw. entgegenstellen
 - ◆ gesellschaftliche Bewertung von Frauen(körpern) als Realität
 - ◆ Thema Eigenverantwortung bzw. deren Ablehnung
-

2. Situation:

**Betroffene werden zur Beratung geschickt/sie kommen in Begleitung/
die Freundin fragt nach/die Mutter ist in Sorge**

- ◆ Interesse bzw. Auftrag klären, dann eigene Entscheidung
- ◆ Grenzen der Zwangsberatung verdeutlichen/offene Angebote sind sinnvoller/Vorteil der Anonymität
- ◆ Kontakt zur Betroffenen im Vordergrund, aber auch Angehörige benötigen Unterstützung!
- ◆ Loyalität der Beraterin/Sozialpädagogin erklären
- ◆ allgemeine Informationen zu Essstörungen
- ◆ Information über eigene und institutionelle Möglichkeiten und Grenzen für Betroffene und für Angehörige

3. Situation:

Offene Jugendarbeit, Beratung zu anderen Themen

- ◆ präventive Arbeit
- ◆ Angebote: Information über Essstörungen, Hilfemöglichkeiten bei Essstörungen, eigene Unterstützungsangebote, andere Themen
- ◆ Ernstnehmen von „Nebenbemerkungen“
- ◆ Haltung beziehen/sachliche Informationen geben
- ◆ Abwertung verhindern
- ◆ sachliche Ebene/Fragen nach Wissensstand und/oder Absichten

Die Diskussion über diese Aspekte und das Besprechen der praktischen Möglichkeiten zur Umsetzung konnte im Rahmen dieses sehr kurzen Workshops nur oberflächlich erfolgen. Vertiefende Seminare zu diesen Themen sind aus der Sicht der TeilnehmerInnen sinnvoll für mehr Sicherheit im Umgang mit Betroffenen in sozialpädagogischen Arbeitsbereichen.

Bericht einer Teilnehmerin

Dankeschön an Frau Dipl.-Psych. Silke Röttig

Die Fachtagung und der Workshop waren Anregung, mich intensiver mit diesem Thema zu beschäftigen. Ursachen und Zusammenhänge, welche eine Essstörung auslösen können, wurden sehr umfangreich erläutert und die Komplexität deutlich gemacht.

Die Grenzen und Möglichkeiten in der Beratungsarbeit mit Essgestörten wurden von Frau Röttig deutlich aufgezeigt, Unterschiede zwischen Beratung und Therapie genannt und die Vielschichtigkeit der Krankheit („das ganze Leben betreffend“) beschrieben.

Ich hätte mir gewünscht, dass das Problem von zwei Teilnehmerinnen eher bearbeitet worden wäre. Es wurde am Anfang genannt, zwischendurch nachgefragt und erst in den letzten 10 Minuten oberflächlich besprochen.

Mit freundlichem Gruß
Barbara Oswald

4.4 Workshop 4: Konzepte und methodische Anregungen zur Gesundheitsförderung und Prävention von Essstörungen in der Schule und in der Jugendarbeit

Referentin:	Kerstin Schnepel (Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.)
Zielgruppen:	18 Lehrkräfte an Mittelschulen, Gymnasien, Berufsschulen; RegionalschulamtsvertreterInnen; MitarbeiterInnen aus unterschiedlichen Einrichtungen der freien Jugendarbeit bzw. weiteren Initiativen

Aufbau und Konzept des Workshops:

Einführung:

Ziel der Prävention von Essstörungen ist es, im Rahmen von Maßnahmen und Projekten, Kinder und Jugendliche möglichst frühzeitig zu erreichen, um der Entstehung einer Essstörung entgegenzuwirken bzw. möglichst früh Hilfen anzubieten, um einen Ausbruch der Erkrankung zu verhindern. Essstörungen sind von vielfältigen und komplizierten Bedingungskonstellationen geprägt, entstehen zumeist aus einem Ursachenbündel, das sich zusammensetzt aus den familiären Beziehungen, dem sozialen Netz, der Persönlichkeit, dem bestehenden Schönheitsideal und dem eigenen Körperbild.

TEIL 1

Der Workshop sollte dazu dienen, sich auszutauschen, welche Wege und Unterstützung Lehrkräfte bzw. SozialpädagogInnen auch in ersten Gesprächen mit Jugendlichen über auffallendes und problematisches Essverhalten gehen können.

Vorbereitet waren in diesem Zusammenhang drei Fallbeispiele, welche von den TeilnehmerInnen in den Gruppen abstrahiert und im Weiteren konkrete Handlungsvorschläge gesammelt wurden.

Darstellung eines Fallbeispiels:

Sie sind SportlehrerIn einer 7. Klasse und bemerken, dass eine Ihrer Schülerinnen seit 4 bis 5 Monaten extrem abgenommen hat und Ihrer Meinung nach untergewichtig ist. Sie nehmen sich vor, sie anzusprechen. Was ist in dem Gespräch zu beachten?

Stichwortartige Antworten aus der Gruppe: Gespräch unter „4 Augen“/sich Zeit nehmen/konkret ansprechen/keine Vorwürfe sondern „ich mach mir Sorgen, mir ist aufgefallen, dass ...“/Schülerin selber reden lassen (eigene Sicht), Zeitschiene besprechen, Einbeziehung der Eltern abwägen u. a.

In der anschließenden Plenumdiskussion wurde deutlich, dass häufig zwei Handlungsalternativen für die Lehrkräfte zum Vorschein kommen: einerseits eine Ablehnung („warum regst Du Dich darüber so auf“, „nur nicht dramatisieren bzw. in Panik verfallen“) und andererseits das „am Ball bleiben“ bzw. die Annahme (Kontakt halten, auch wenn die Schülerin in dem Erstgespräch eine ablehnende Haltung eingenommen hat/weitere Schritte einleiten und begleiten/Zusammenarbeit mit den Eltern, Beratungsstellen, der schulpsychologischen Sprechstunde etc.).

Das Vertrauen der Schülerin nicht zu verletzen, aber sich der eigenen Verantwortung und seinem pädagogischen Auftrag bewusst zu sein bzw. entsprechend zu handeln, ist immer wieder neu auszuloten.

Der Austausch über die unterschiedlichen Fallbeispiele war ausgesprochen konstruktiv und lebendig, da viele Unsicherheiten im Umgang mit dieser Thematik besprochen werden konnten und sehr viele Anregungen und Vorschläge auch aus der Teilnehmergruppe berichtet wurden.

TEIL 2

Der zweite Teil des Workshops widmete sich den Grundsätzen, Konzepten und Methoden zur Gesundheitsförderung und Prävention von Essstörungen.

Schulische Präventionsarbeit :**Themenbezogene Unterrichtseinheiten bzw. Schulprojekttag**

- Förderung der Lebenskompetenz
- Förderung der Körperwahrnehmung
- Schlankheits- und Schönheitsideal
- Reflexion eigener Essgewohnheiten
- ernährungsbezogene Informationen/Diäten/gemeinsames Essen
- Ursachen und Erscheinungsformen von Essstörungen

Flankierende Maßnahmen

- Multiplikatorenschulungen
- Angebote für Angehörige
- niedrigschwellige Angebote (Wanderausstellung, Schülerzeitung, Infoblätter etc.)
- suchtspezifische und außerschulische Maßnahmen der freien Jugendarbeit (Sport, Tanzen, Theater, Fotografieren, Kochen, Trommeln etc.)
- Selbsthilfegruppen für Eltern, Freunde, Betroffene
- Information über Beratungsangebote und therapeutische Angebote

Die einzelnen Punkte wurden durch konkrete sachsenspezifische Angebote beispielhaft untermauert. So wurden das Konzept und die Ausstellungsorte der Wanderausstellung „IS(S) WAS ?!“ vorgestellt, über das Angebot der Multiplikatorenfortbildung berichtet, Präventionsmethoden präsentiert, Infomaterial ausgereicht und aktuelle schulische Maßnahmen und Projekte erörtert.

Da es kaum eine Schule gibt, an der nicht einzelne Jugendliche an einer Essstörung erkrankt sind, ist es notwendig, mit Schülerinnen und Schülern über das Thema ins Gespräch zu kommen: einerseits um die Betroffenen aus ihrer häufig bedrückenden Isolation herauszuholen bzw. mit ihnen umzugehen und andererseits das Selbstbewusstsein der Einzelnen zu stärken, bevor sie gewichtsreduzierende Maßnahmen bei einem Normalgewicht in Erwägung ziehen.

Resümierend ist der Workshop als eine gute Gelegenheit genutzt worden, über die Grenzen, aber auch Chancen der Prävention von Essstörungen zu diskutieren.

Bericht einer Teilnehmerin

Die einleitenden Worte - ein „WORKSHOP“ sei zum Arbeiten, aber auch zum „etwas Mitnehmen“ geeignet - stimmten uns ein.

Sowohl Fallbeispiele („Wie spreche ich J. als Sportlehrerin auf ihre Essstörung an?“) als auch Möglichkeiten präventiver Arbeit („Wie gestalte ich Projekttag zum Thema Essstörungen?“) fanden im Workshop Platz. Konkrete methodische Anregungen für die eigene Arbeit wurden geboten. Es gab einiges zu „worken“ und jede Menge zu „shoppen“. Ein Workshop mit vielfältigen Anregungen, Ideen...

Samen, die gestreut wurden – mal sehen, wie wir die Samen zum Wachsen und Blühen bringen....

Britt Franke, Leiterin der Fachstelle für Suchtprävention im Regierungsbezirk Leipzig

4.5 Workshop 5: Balance zwischen Aushalten und Agieren bei Essstörungen – Erkennen von Grenzen und Provokationen

Referentinnen: Birgit Jackisch, Diplom-Psychologin und
Ute Fischer, Diplom-Sozialpädagogin, CJD e. V., HELLA, sozialpädagogische
Wohngruppe für Mädchen und junge Frauen mit Essstörungen, Freiberg

TeilnehmerInnen: 35 SozialpädagogInnen, ErzieherInnen, MitarbeiterInnen vom Jugendamt

Leider liegt uns für diesen Workshop kein Bericht vor.

4.6 Wie kann die Familie einem essgestörten Kind helfen?

Referentin: Dr. med. Sibylle Platzbecker, Leiterin der Essgestörtenambulanz der Klinik für
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Universitätsklinikums
Dresden

TeilnehmerInnen: 19 junge Frauen mit Essstörungen und Angehörige von Betroffenen

In diesem Workshop kamen Betroffene und deren Familien zu Wort und uns liegt kein Bericht darüber vor.

5. Kontakt- und Adressliste

Im Plenum der Fachtagung trugen wir unter Leitung der Moderatorin der Fachtagung, Dr. paed. Kristina Wopat, Landesstelle für Frauenbildung und Projektberatung in Sachsen, konkrete schon vorhandene Unterstützungsangebote zusammen. Dabei wurde auch deutlich, welche Angebote noch fehlen.

FachtagungsteilnehmerInnen bieten folgende Unterstützungen bei Essstörungen an:

1. psychotherapeutische Unterstützungsangebote

Technische Universität Dresden
Klinische Ambulanz Psychotherapie
Nicole Günter
Hohe Straße 51
01187 Dresden
Tel.: 0351/47 94 452
Mobil: 0174 73 20 486
E-Mail: Nicole.Guenther@mailbox.tu-dresden.de

Dr. paed. Kristina Wopat
Heilpraktikerin für Psychotherapie
Praxismgemeinschaft im FrauenBildungsHaus
Oskarstraße 1
01219 Dresden
Tel.: 0351/26 56 786
E-Mail: kristina.wopat@t-online.de
- Körperorientierte Traumaarbeit

Niedergelassene PsychotherapeutInnen, die sich auf die Behandlung von Essstörungen spezialisiert haben, haben nicht an der Fachtagung teilgenommen und konnten daher von der Redaktion nicht erfasst werden.

2. medizinisch-therapeutische Unterstützungsangebote

Universitätsklinikum Dresden
Zentrum für essgestörte Kinder und Jugendliche an der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus
Goetheallee 12
01309 Dresden
Tel.: 03 51/4 58 29 42
Anmeldung/Ambulanz: 03 51/4 58 35 76

Klinik Schwedenstein
Carola Pohl, Carola Glasow
Obersteinaer Weg
01896 Pulsnitz/Sachsen
Tel.: 03 59 55/4 76 41

Weitere Kliniken finden Sie in dem Faltblatt „Ess-Störungen – was tun? Informationsblatt für betroffene Kinder und Jugendliche“, herausgegeben vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales, 2003. Angaben von AllgemeinmedizinerInnen und anderen ÄrztInnen in eigener Praxis, die sich speziell mit dem Thema Essstörungen befasst haben, fehlen uns leider noch.

3. Betreutes Wohnen – Wohngruppen

a) speziell für Essgestörte

CJD Chemnitz – Wohngemeinschaft HELLA
Ute Fischer
Thielestraße 2b
09599 Freiberg

Tel.: 0 37 31/20 05 71
Fax: 0 37 31/20 05 72
E-Mail essstoerung@cjd-chemnitz.de

*b) Wohngruppen ohne Spezialisierung***Stadtmission Dresden e. V.**

Intensivaußenwohngruppe R o c h w i t z
Sylvia Splitt

Tel.: 03 51/2 70 51 02

Diakonisches Werk

Stadtmission Dresden e.V.
Außenwohngruppe
Stollestraße 54
01159 D r e s d e n

Tel./Fax: 03 51/4 11 76 69

Kindervereinigung Dresden e. V.

Kinderheim „Friedrich Fröbel“
Tanja Kallinich
Außenstelle
Elisenstraße 36
01307 D r e s d e n

Tel.: 03 51/4 41 85 85

4. HeimerzieherInnen, die zu dem Thema aktiv werden (wollen)**Wohnheim der katholischen Berufsfachschule (BFS)**

Kathrin Wenke
Vor dem Schülertor 21
02625 B a u t z e n

Tel.: 0 35 91/50 50 60

Fax: 0 35 91/50 50 70

Wohnheim der katholischen BFS für Kinderpflege

Beate Kubitz
Vor dem Schülertor 21
02625 B a u t z e n

Tel.: 0 35 91/50 50 60

Fax: 0 35 91/50 50 70

5. Beratung und Begleitung für Essgestörte*a) ausschließlich für Essgestörte*

Eine spezifische Beratungsstelle für Essgestörte gibt es noch nicht.

*b) Angebote mit dem Schwerpunkt Essstörungen****sowieso* Kultur- Beratung-Bildung****Frauen für Frauen e. V.**

Silke Röttig, Andrea Siegert
Angelikastraße 1
01099 D r e s d e n

Tel.: 03 51/8 04 14 70

Fax: 03 51/8 02 20 25

E-Mail: frauen.sowieso@gmx.de

Suchtberatung „Horizont“

Gitta Hinselmann, Ella Bock
Hebbelstraße 7
01157 D r e s d e n

Tel.: 03 51/4 20 77 38

Fax: 03 51/4 20 77 31

c) *allgemeine Beratung*

**Ehe-, Familien- und Lebensberatung
im Bistum Dresden-Meißen**

Dr. Hansi-Christiane Merkel
Dr.- Friedrich-Wolf-Str. 2
01097 D r e s d e n

Tel.: 03 51/8 04 44 30
Fax: 03 51/8 02 82 10

E-Mail: efi-beratung.dresden@bistum-dresden-meissen.de

Regionalschulamt Dresden

Schulpsychologische Beratungsstelle
Birgit Oegel, Ina Donath
Großenhainer Straße 92
01127 D r e s d e n

Fax: 03 51/8 43 93 91
Tel.: Frau Oegel: 03 51/8 43 93 76;
Frau Donath: 0351/8 43 94 88,
dienstags 14-18 Uhr

Gesundheitsamt Dresden

Psychosozialer Dienst für Menschen in Krisen
Georgenstraße 4
01079 D r e s d e n

Tel. und Fax: 03 51/8 17 81 40

6. Selbsthilfe

***sowieso* Kultur-Beratung-Bildung**

Frauen für Frauen e. V.
Dipl.-Psych. Silke Röttig
Angelikastraße 1
01099 D r e s d e n

Fax: 03 51/8 02 20 25
Tel.: 03 51/8 04 14 70

E-Mail: frauen.sowieso@gmx.de

AUSWEG

Beratungsstelle gegen häusliche Gewalt
und sexuellen Missbrauch
Schaufußstraße 27
01277 D r e s d e n

Tel.: 03 51/3 10 02 21
Fax: 03 51/3 10 02 24

Dipl.- Soz. -Päd. Liane Freudenberg

Praxisgemeinschaft im FrauenBildungsHaus
Oskarstraße 1
01219 D r e s d e n

Funk: 01 77-2 51 26 56
E-Mail: Liane-fr@gmx.de

Telefon des Vertrauens

03 51/8 0416 16

**Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe-
gruppen (KISS)**

Ehrlichstr. 3
01067 D r e s d e n

Tel.: 03 51/3 13 84 92

Nach unserer Kenntnis ist der Bedarf nach Angeboten an Selbsthilfegruppen für Betroffene Essgestörte sowie Gruppen für Angehörige von Essgestörten weit größer als die Kapazität dieser beiden Einrichtungen.

7. LehrerInnen, die zu dem Thema in der Schule aktiv werden (wollen)

Berufsfachschule (BFS) für Kinderpflege des Charitasverbandes

Beate Müller
F.- J.- Curie- Straße 65
02625 B a u t z e n
Tel.: 0 35 91/6 76 90

Freie Montessori-Schule

Marion Trenkler
Glashütter Straße 10
01309 Dresden
Tel.: 03 51/4 49 51-0

Berufsschulzentrum (BSZ) für Gesundheit und Sozialwesen

Cornelia Blum, Dr. Barbara Kottucz
Bautzner Straße 116
01099 D r e s d e n
Tel.: 03 51/8 02 42 14
E-Mail: Cornelia.Blum@gmx.de

8. GesprächspartnerInnen in der offenen Jugendarbeit

DIAKONISCHES WERK

Stadtmission Dresden e. V.
Regionalbüro Loschwitz/Blasewitz
Yvonne Bär
Reinhold-Becker-Straße 16
01277 D r e s d e n
Tel. und Fax: 03 51/3 17 94 26

IN VIA katholische Mädchenarbeit

Dresden-Meißen e. V.
Mädchentreff LUCY
Annett Kobisch
Robert-Matzke-Straße 23
01127 D r e s d e n
Tel.: 03 51/8 01 39 65
Fax: 03 51/8 01 39 67
E-Mail: Lucy@in-via.dresden.de

LHD, Kinder- und Jugendhaus Laubegast

Barbara Oswald
Leubener Straße 8
01279 D r e s d e n
Tel.: 03 51/2 56 19 08
Fax: 03 51/2 56 19 35

9. Informationen zu Essstörungen

***sowieso* Kultur- Beratung- Bildung**

Frauen für Frauen e. V.
Andrea Siegert, Silke Röttig
Angelikastraße 1
01099 D r e s d e n
Tel.: 03 51/8 04 14 70
Fax: 03 51/8 02 20 25
E-Mail: frauen.sowieso@gmx.de

Klinik Schwedenstein

Carola Glasow
Obersteinaer Weg
01896 P u l s n i t z / S a c h s e n
Tel.: 03 59 55/4 76 41

FMGZ MEDEA e.V.

Frauen- und Mädchengesundheitszentrum
Prießnitzstraße 55
01099 D r e s d e n

Tel.: 03 51/8 49 56 79

Fax: 03 51/8 04 05 06

E-Mail: fmgz-medea@t-online.de

10. Prävention**Netzwerk für Kinder- und Jugendarbeit**

- Projekt Jugendschutz mobil –
Ines Fröde
Platz des Volkes
01877 B i s c h o f s w e r d a

Tel.: 0 35 94/70 74 60

Fax: 0 35 94/70 74 62

IN VIA katholische Mädchenarbeit Dresden-Meißen e. V.

Mädchentreff LUCY
Annett Kobisch
Robert- Matzke- Straße 23
01127 D r e s d e n

Tel.: 03 51/8 01 39 65

Fax: 03 51/8 01 39 67

E-Mail: Lucy@in-via.dresden.de

FMGZ MEDEA e. V.

Frauen- und Mädchengesundheitszentrum
Prießnitzstraße 55
01099 D r e s d e n

Tel.: 03 51/8 49 56 79

Fax: 03 51/8 04 05 06

E-Mail: fmgz-medea@t-online.de

„sowieso“ Kultur- Beratung- Bildung Frauen für Frauen e. V.

Andrea Siegert, Silke Röttig
Angelikastraße 1
01099 D r e s d e n

Tel.: 03 51/8 04 14 70

Fax: 03 51/8 02 20 25

E-Mail: frauen.sowieso@gmx.de

Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V.

Kerstin Schnepel
Helgolandstraße 19
01097 D r e s d e n

Tel.: 0351/56 35 56 89

E-Mail: schnepel@slfg.de

11. Politische Arbeit/Lobby

Hier liegen noch keine Meldungen vor.

6. Rückmeldungen von TeilnehmerInnen über weitergehende notwendige Maßnahmen

Die Arbeit zur Bekämpfung von Essstörungen muss weitergehen – dazu wurden von TeilnehmerInnen der Tagung folgende Erfordernisse und Bedarfe angemeldet:

1. Weiterbildungen zu folgenden Themen:

- Erkennen von Essstörungen, deren Ursachen und möglichen Interventionen (vertiefende Seminare)
- Umgang mit Essstörungen im beruflichen Alltag in Schulen und Erziehungseinrichtungen: Umgang mit selbstverletzendem Verhalten, Aufklärung über Grenzwanderung zur Psychose und die mögliche soziale Integration der in dieser Weise betroffenen Kinder und Jugendlichen
- Symptomatik Co-Morbidität: Substanzmissbrauch und Möglichkeiten der Intervention
- Essstörungen im Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch
- Helfer und Helfersysteme – Arbeit im Bezug zur Familie und zu Betroffenen
- Arbeit mit Betroffenen und Angehörigen vor, während und nach Therapien
- Gesprächsführung
- Vorstellung von kreativtherapeutischen Angeboten
- Prävention von Essstörungen

2. Fachtagungen zu folgenden Themen:

- psychosozialer Zusammenhang bei Essstörungen
- mögliche Therapien
- Prävention
- sexueller Missbrauch (mögliche Prävention)
- kreativtherapeutische Arbeit in Bezug auf Essstörungen

Gewünscht wird auch eine Fachtagung zu Essstörungen mit verschiedenen thematischen Workshops.

3. Literatur zu folgenden Themen:

- LehrerInnen - Dasein im Spannungsfeld zwischen Bildungsauftrag und als Bezugsperson für SchülerInnen
 - allgemein über Essstörungen – Literaturzusammenstellung!
 - für Betroffene von Essstörungen
 - Sexualaufklärung (jugendgerecht)
 - Beratung/Begleitung
 - Vorstellung der Ansätze verschiedener therapeutischer Schulen
-

4. Zur Unterstützung von HelferInnen und Betroffenen werden benötigt:

- Beratung (Supervision) zur Unterstützung für LehrerInnen (Umgang mit eigenen Gefühlen; Aushalten-Können der langwierigen Prozesse; Balance zwischen Konfrontation und Schutz ...); Reflektionsmöglichkeiten außerhalb der eigenen Einrichtung
 - Aufklärungsarbeit an Schulen und allgemein in der Gesellschaft
 - Informationen über bzw. Adressen von AnsprechpartnerInnen in Dresden (evtl. als Broschüre): Selbsthilfegruppen, psychiatrisch-psychologische Angebote, sozialpädagogische Angebote und pädagogische Hilfen, Beratungsangebote, Wohnangebote
 - Literaturzusammenstellungen
 - Vernetzung
 - Schaffung einer Koordinierungsstelle, eines fachübergreifenden Arbeitskreises
 - bezahlbare oder kostenfreie Weiterbildungen
 - Krisenstützpunkte bzw. niedrigschwellige (Beratungs-) Angebote für SchülerInnen
 - Schaffung weiterer Selbsthilfegruppen für Betroffene und deren Angehörige
 - Schaffung einer speziellen Beratungsstelle
-

IMPRESSUM

Herausgeberin:

Landeshauptstadt Dresden
Büro der Gleichstellungsbeauftragten
Dr.-Külz-Ring 19
Postfach 120020
01001 Dresden

Telefon: 03 51 4 88 28 13

Telefax: 03 51 4 88 31 09

E-mail: gleichstellungsstelle@dresden.de

Verantwortlich: Frauen- und Mädchengesundheitszentrum Medea e. V.

Redaktion: Liane Freudenberg
Juliane Hummitzsch

Redaktionsschluss: März 2004

Als Ansprechpartner stehen Ihnen das Frauen- und Mädchengesundheitszentrum Medea e.V. und an das Büro der Gleichstellungsbeauftragten zur Verfügung.
Bei Interesse senden Sie ihre Anforderung mit einem Rückumschlag und Porto an eine der oben aufgeführten Adressen, bei persönlicher Abholung kostenlos.

Die Übersetzung der medizinischen Fachbegriffe und Fremdwörter erfolgte durch die Redaktion. Wir bedienen uns dabei folgender Literatur:

Hoffmann- La Roche AG u. Ruban & Schwarzenberg (Hrsg.): *Roche Lexikon Medizin*, 2. neubearb. Aufl.- München; Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg, 1987

Willibald Pschyrembel: *Klinisches Wörterbuch*, 100.- 106. Aufl.; Walter de Gruyter & Co., Berlin 1952

Wir bitten um eine Spende für die Veranstalterin der Tagung „Essstörungen“.

Frauen- und Mädchengesundheitszentrum MEDEA e.V.
Prießnitzstr. 55
01099 Dresden

Unsere Bankverbindung:

Empfänger: FMGZ MEDEA e.V.
BLZ: 850 551 42
bei: Stadtparkasse Dresden
Kontonummer: 355 192 884
Verwendungszweck: Spende
