

Wenn das Essen zum Problem wird

Esstörungen bei Mädchen und Frauen

Dokumentation

3. Landeskonferenz für Frauengesundheit Mecklenburg-Vorpommern

13.11.2002

„Klinik Schweriner See“

Lübstorf





Impressum

Dokumentation zur 3. Landeskonferenz für Frauengesundheit MV
am 13.11.02 in Lübstorf

Veranstalter: Gemeinsamer Arbeitskreis „Frauengesundheit“ Mecklenburg-Vorpommern (GAF M-V)
gefördert durch:

- Klinik Schweriner See
- Sozialministerium des Landes Mecklenburg-Vorpommern
- Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte der Landesregierung M-V

Fotos: Stefan Pamperin/Schwerin (6)
Svea Gustavs/Stralsund (25)

Gestaltung: Svea Gustavs/Stralsund

Titelzeichnung: Svea Gustavs nach einer „Nana“ von Niki de Saint-Phalle

Inhalt

	Seite
Grußwort Dr. Marianne Linke Sozialministerium des Landes Mecklenburg-Vorpommern	5
Grußwort Dr. Margret Seemann Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern	8
Soziale und gesellschaftliche Ursachen von Essstörungen Dipl. sozial.-päd. Regina Knop	11
Das Krankheitsbild Essstörungen Dipl. psych. Bernd Sobottka	15
Ambulante und stationäre Behandlungsmöglichkeiten Fallvorstellung Dipl. psych. Susanne Sierich	17
Situationsbericht zu Essstörungen und Hilfsangebote im Land (hat schriftlich vorgelegen) Dr. Dagmar Doese	20
Berichte der Arbeitsgruppen	
Arbeitsgruppe 1 Körper- und Bewegungstherapie Dipl. päd. Birgit Runau	23
Arbeitsgruppe 2 Körperbild Mädchen und Frauen – Wunsch und Wirklichkeit Dipl. med. Silke Timm Dipl. psych. Antje Groß	24
Arbeitsgruppe 3 Gesundes Essverhalten Dipl. psych. Susanne Sierich	29
Zusammenfassender Ausblick Prof. Dr. Karin Reis	33



Eingang „Klinik Schweriner See“



Begrüßung durch den Klinikdirektor Prof. Dr. med. Hugo von Keyserlingk

Grußwort

Dr. Marianne Linke

Sozialministerin

Anrede,

ich freue mich, dass ich bereits in der ersten Woche meiner Amtszeit Gelegenheit habe, anlässlich dieser Frauengesundheitskonferenz das Wort an Sie zu richten.

Die Belange von Frauen, und damit auch das Thema Frauengesundheit, sind Anliegen, die mir sehr am Herzen liegen und in meiner künftigen Tätigkeit selbstverständlich ihren festen Platz einnehmen werden.

In der Koalitionsvereinbarung zur 4. Legislaturperiode ist die Umsetzung einer geschlechtergerechten Gesundheitspolitik festgeschrieben worden. Ein Politikbereich für dessen Verwirklichung ich mich persönlich und natürlich mit Ihnen gemeinsam sehr engagieren werde.

Dabei sehe ich mich in Übereinstimmung mit der Gleichstellungsbeauftragten der Landesregierung, Frau Parl. Staatssekretärin Dr. Seemann.

Ich hoffe, dass sich die gute Kooperation der letzten Jahre zwischen allen Beteiligten auch in dieser Legislaturperiode fortsetzen wird und wünsche mir sehr, dass wir Schritt für Schritt unserem Ziel, der geschlechterspezifischen und geschlechtersensiblen Betrachtung gesundheitlicher Aspekte von Frauen ein Stück näherkommen.

Wie Sie wissen, befinden wir uns noch lange nicht am Ziel unserer Bemühungen; wir sind aber schon ein Stück des Weges gegangen.

Zur Erinnerung:

Bereits im Jahr 2001 wurde entsprechend der Gleichstellungskonzeption des Landes die Landesarbeitsgruppe „Frauengesundheit“ unter der Federführung des Sozialministeriums gegründet und leistet seit dem eine engagierte Arbeit.

Erste Anregungen der Arbeitsgruppe werden Eingang in die Gesundheitsberichterstattung des Landes finden. Neben der geschlechtsspezifischen Darstellung zu den Bereichen Gesundheit und Behinderungen werden auch frauenspezifische Themen aufgenommen.

Auch die beiden bisherigen Frauengesundheitskonferenzen stellten für die frauenspezifischen Gesundheitsthemen ein öffentliches Forum her. Während sich die erste im Jahr 1998 noch mit grundsätzlichen Fragen der Frauengesundheit auseinandersetzte, drehte sich die zweite im Jahre 2000 um das spezielle Thema „Brustkrebs bei Frauen“ und intensivierte die öffentliche Diskussion auf einem sachlichen Niveau.

Nicht nur die Sensibilisierung der Öffentlichkeit ist Ziel der Frauengesundheitskonferenzen, sondern auch und insbesondere das Zusammentreffen verschiedener Partnerinnen und Partner.

Wir alle wissen aus unserer Erfahrung, dass Fachkonferenzen zur Vernetzung der Agierenden und der Angebote beitragen, so dass bereits vorhandene Ressourcen besser genutzt werden können. Dies ist ein sehr wichtiges Anliegen, denn häufig fehlt nur ein Anstoß zur Zusammenarbeit von außen.

Die heutige Frauengesundheitskonferenz beschäftigt sich mit einer Erkrankungsgruppe, die in hohem Maße Frauen betrifft und deren Behandlung uns vor manche Probleme stellt.

Die Magersucht (Anorexie) und die Ess-Brech-Sucht (Bulimie) sind Erkrankungen der westlichen Industriegesellschaften, zum Teil hervorgerufen durch ein extremes Schlankeitsideal für Frauen und einem muskulösen Körperbau für Männer. Dieses, eine gestörte Körperwahrnehmung und biologische Faktoren spielen u. a. bei der Entstehung von Essstörungen eine Rolle.

Der im Jahr 2001 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend herausgegebene „Bericht zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland“ widmet den Essstörungen ein eigenes Unterkapitel. Während sich die dortigen Ausführungen auf Frauen und Mädchen beziehen, möchte ich heute insbesondere die Betroffenheit und Gefährdung junger Mädchen hervorheben. Wir alle wissen, dass insbesondere junge Mädchen in der Phase ihrer Persönlichkeitsentwicklung und Selbstfindung in hohem Maße mit einem fremdbestimmten Frauenbild konfrontiert werden – sei es in Zeitschriften, in Filmen oder Fernsehfilmen und -serien, sei es in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld.

Hier liegt meiner Ansicht nach ein hohes Gefährdungspotential, dass es kritisch zu betrachten und, wo möglich, auszuschalten gilt.

Das kann unter anderem dadurch erfolgen, dass Frauen für Mädchen eine Vorbild- und Identifikationsfunktion einnehmen, indem sie ihnen im gesellschaftlichen Kontext vorleben, wie Selbstachtung und der Einklang von Körper und Geist eine hohe Akzeptanz durch die Menschen des unmittelbaren Lebensumfelds und darüber hinaus zur Folge haben können.

Ich bin mir bewusst, dass dieses Schlaglicht nicht umfassend die Ursachen von Essstörungen ausleuchtet. Verstehen wir es auch als Appell, unsere Vorbild- und Identifikationsfunktion zu leben, unabhängig davon, ob wir professionell mit Betroffenen und Gefährdeten arbeiten oder auf andere Art und Weise Mädchen und jungen Frauen ihren Blick auf uns richten.

Neben der gesellschaftspolitischen Dimension dieses Themas behandelt die heutige Tagung die Entstehung von Essstörungen und die Beschreibung der Krankheitsbilder.

In den internationalen Klassifikationssystemen werden Essstörungen als eigenständige Krankheitsgruppe definiert und in die psychosomatischen Erkrankungen eingeordnet. Eine wesentliche Rolle werden heute die Behandlungsmöglichkeiten einnehmen, die in Mecklenburg-Vorpommern vorhanden sind.

Mir ist berichtet worden, dass eben dieses Problem der Behandlungsmöglichkeiten in der Vergangenheit auch zu kontroversen Diskussionen geführt hat. Die heutige Konferenz wird sicher noch keine abschließende Lösung dafür finden. Ich halte es für wichtig, dass die Lösungsmöglichkeiten von verschiedenen Seiten beleuchtet werden, um im Interesse der Betroffenen zu einem einheitlichen Ansatz zu kommen. In diesem Kontext wäre der von Frau Dr. Doese vorgesehene Vortrag sicher von Interesse gewesen. Leider kann sie krankheitsbedingt nicht an der Konferenz teilnehmen; das Manuskript liegt jedoch aus und dient als Beitrag für die künftige Diskussion.

Unabhängig davon, wo professionelle Hilfe geleistet oder von wo aus an sie verwiesen wird, auf jeden Fall sollten niedrigschwellige Angebote vorhanden sein.

Lassen Sie mich an dieser Stelle noch einen Fakt darstellen, der aus meiner Sicht durch die Berücksichtigung frauenspezifischer Gesundheitsaspekte ein Beispiel für die schrittweise Implementierung des Gender Mainstreaming in die Arbeit der Landesregierung ist.

Im August dieses Jahres stand das Thema „Essstörungen“ auch im Mittelpunkt einer vom Landwirtschaftsministerium veranstalteten Fachtagung für Ernährungsberaterinnen. In dieser Zusammenkunft wurde über die Krankheitsbilder informiert, der Wissensstand über Ursachen und Häufigkeit vermittelt und die Therapiemöglichkeiten aufgezeigt.

Ich begrüße, wenn Ernährungsberaterinnen Kenntnisse über Essstörungen haben. Ihre Aufgabe kann bei Kontakt mit Essgestörten aber nur darin bestehen, Hilfsmöglichkeiten innerhalb des Gesundheitssystems aufzuzeigen. Aber auch die Ernährungsberaterinnen können dadurch bei einem ersten Schritt der Betroffenen helfen.

Sehr geehrte Damen und Herren,
wenn die heutige Frauengesundheitskonferenz Möglichkeiten aufzeigt, wie vorhandene Lücken geschlossen, wie Ressourcen besser genutzt werden können, wie einzelne Behandlungsstränge vernetzt werden können, dann hat diese Konferenz aus meiner Sicht einen wichtigen Beitrag zum besseren Verständnis von und einem sachlichen Umgang mit Essstörungen in unserem Land geleistet.

Ich wünsche uns als verantwortlich Agierenden sowie den Betroffenen, dass die heutige Zusammenkunft auch zu einer vorurteilsfreien Diskussion in der Öffentlichkeit führt.

In diesem Sinne wünsche ich allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern einen Zuwachs an Wissen, interessante Begegnungen und einen anregenden Meinungsaustausch.



Dr. Marianne Linke

Grußwort

Dr. Margret Seemann

Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern,
Parlamentarische Staatssekretärin

Anrede,

ich danke dem Gemeinsamen Arbeitskreis „Frauengesundheit“ für die Einladung zur heutigen Veranstaltung und komme der Bitte, ein kurzes Grußwort zu halten, gern nach. Das um so mehr, als es sich bei dieser Veranstaltung um meinen ersten öffentlichen Termin – sieht man von Presseterminen ab – in meiner neuen Funktion als Parlamentarische Staatssekretärin für Frauen und Gleichstellung handelt.

Dass diese Konferenz sich mit einem Thema der Suchtproblematik befasst, das mir schon während meiner Tätigkeit als Vorsitzende des Ausschusses für Soziales, Gesundheit, Familie, Frauen, Jugend Senioren und Sport in den vergangenen vier Jahren sehr am Herzen lag, hat mir die Entscheidung zur heutigen Teilnahme leicht gemacht. Dabei ist mir bekannt, dass es unterschiedliche Auffassungen dazu gibt, ob diese Erkrankung zu den Suchterkrankungen gehört. Tatsache ist allerdings, dass viele mit Essstörungen zusammenhängende Erscheinungsformen denen der Suchterkrankungen ähnlich sind, auch wenn statistische Erfassungen und die Definition als eigenständige Krankheit dem entgegen stehen.

Ich freue mich auch, dass diese Veranstaltung in der Klinik Schweriner See stattfindet, eine Einrichtung, die nicht nur von sich Reden macht, weil sie eine psychosomatische Fachklinik mit gutem Ruf ist, sondern auch hinsichtlich der Förderung von Frauen schon mehrfach in die Schlagzeilen – natürlich positiv – geraten ist. Durch Letzteres hat sich mein erster Kontakt zur Klinik ergeben, dem folgten Fachgespräche, die für meine politischen Entscheidungen auf diesem Gebiet sehr bedeutsam waren.

Mit der 3. Frauengesundheitskonferenz Mecklenburg-Vorpommern – die erste initiierte die Parlamentarische Staatssekretärin für Frauen und Gleichstellung Karla Staszak – widmen wir uns unter dem Titel: „Wenn das Essen zum Problem wird“ einem sehr wichtigen Thema, von dem vor allem Frauen betroffen sind. Nach Informationen des Frankfurter Zentrums für Ess-Störungen sind in Deutschland 95% aller Essgestörten Frauen. Andere Untersuchungen gehen von mindestens 80% aus. Vielleicht ist die Konzentration dieser Erkrankung auf Mädchen und vor allem junge Frauen auch ein Grund dafür, dass das Thema, zumindest nach meiner Wahrnehmung, sehr lange Zeit in der Öffentlichkeit nicht fachlich, sondern spektakulär an möglichst populären Extrembeispielen von Magersucht (Anorexia-nervosa), Ess-Brechsucht (Bulimia-nervosa) und Esssucht (Adipositas) diskutiert worden ist.

Dass

- nahezu jede vierte Frau essgestört ist,
- 75% aller Frauen im Laufe ihres Lebens eine Diät machen,
- 95% aller Diäten-Maßnahmen nicht funktionieren,
- 2,5 Mio. Menschen unter Magersucht und weitere 2,5 Mio. unter Bulimie leiden,
- Magersucht unter den Essstörungen die Krankheit mit der höchsten Sterblichkeitsrate ist,
- die Zahl esssüchtiger und ess-brechsüchtiger Schulabgänger/innen sich zwischen 1990 und 1998 verdoppelt hat,

ist sicherlich in Fachkreisen, weniger wohl in der Bevölkerung und auch in der Politik bekannt. Und so wundert es nicht, dass im politischen Raum unter dem Stichwort „Sucht“ in den meisten Fällen die Assoziation zu Drogen, Alkohol oder Nikotin hergestellt wird. Ich erinnere mich noch gut an eine Debatte im Landtag zur Suchtproblematik, in der ich auf die Gefährlichkeit der Spielsucht aufmerksam gemacht habe, was zunächst bei einigen etwas Stirnrunzeln hervorrief.

In unserer westlichen Wohlstandsgesellschaft gewinnen Essstörungen wie auch Übergewicht zunehmend an Bedeutung. Die Ursachen für Essstörungen sind nur zum Teil bekannt und werden maßgeblich in gesamtgesellschaftlichen Werten und Einstellungen sowie in Persönlichkeitsfaktoren gese-

hen. Hierzu gehören allgemeine Risikofaktoren wie Depressionen, Perfektionismus, ein idealisiertes Menschenbild, verstärkt durch die Werbung („Schlankheitswahn“), Erwartungsdruck z. B. von Eltern, reduziertes Selbstwertgefühl, wenig Freunde oder sexueller Missbrauch. Die Schwierigkeit besteht darin, die konkreten Ursachen für die Essstörungen zu verifizieren. In dem Europäischen Projekt der Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kinder- und Jugendalters Wien (AKH) werden Risiken für eine Erkrankung, Faktoren, die diese Risiken erhöhen bzw. vor einer Erkrankung schützen, untersucht. Dabei geht es neben vorgenannten vor allem auch um genetische Faktoren.

Hinzu kommt, dass Essstörungen sich von stoffgebundenen Süchten insofern unterscheiden, als auf das Suchtmittel „Essen“ nicht verzichtet werden kann. Anders als Substanzabhängige, die ihre Droge meiden können, ist es nicht möglich, ohne Essen zu leben. Essgestörte sind im Gegensatz zu allen andern Süchtigen froh, wenn sie das „Suchtmittel“ Essen nicht zu sich genommen haben.

Die Behandlung von Essstörungen ist folglich besonders schwierig und eine große Herausforderung.

Wie sieht die Situation derzeit in Mecklenburg-Vorpommern für Betroffene aus?

Hierzu werden wir nachher noch in einem Fachvortrag etwas hören. Gestatten Sie mir in diesem Zusammenhang nur einige Worte.

Wenn Betroffene Hilfe suchen, können sie sich an Psychotherapeuten wenden. Nach meinen Informationen haben sie allerdings zum Beispiel in Schwerin bei spezialisierten Psychotherapeuten sehr lange Wartezeiten von bis zu einem Jahr. Die Allgemeinmediziner können die gesundheitlichen Auswirkungen der Essstörungen behandeln oder eine Einweisung in Kliniken vornehmen, sie können aber nicht umfassend im Sinne von psychotherapeutischer Hilfe tätig werden. In Mecklenburg-Vorpommern gibt es derzeit nur wenige Selbsthilfegruppen, auch diese sind auf professionelle Hilfe und Begleitung angewiesen.

Eine besondere Rolle nehmen deshalb nach meiner Auffassung die Suchtberatungsstellen ein.

Die Suchtberatungsstellen sind eingerichtet worden, um Substanzabhängigen Hilfe und Unterstützung zu bieten. Ursprünglich waren sie nicht gedacht, um Menschen mit Essstörungen, Kaufsüchtige oder Spielsüchtige zu unterstützen. Aber auch diese Personen brauchen Unterstützung und ein niedrigschwelliges Angebot zur Hilfe.

Die Landesregierung hat im Koalitionsvertrag beschlossen, dass alle Beratungstellen auf ihre Effizienz und auf die Möglichkeit ihrer weiteren Angebote hin untersucht werden sollen. Hierzu gehört auch zu prüfen, inwieweit Suchtberatungsstellen Anlaufpunkte für essgestörte Menschen und deren Angehörige sein können. Ich halte es für sinnvoll, wenn den Betroffenen in den Suchtberatungsstellen begleitende Unterstützung angeboten und ihnen der Zugang zu weiteren Hilfen eröffnet wird. Bei einer Letalitätquote von ca. 20 Prozent ist es meines Erachtens wichtig, niedrigschwellige Hilfsangebote vorzuhalten.



Wir stehen gemeinsam in der Verantwortung zu überlegen, wie wir diese niedrigschwelligen Hilfeangebote für essgestörte Frauen und Mädchen und deren Angehörige in Mecklenburg-Vorpommern realisieren können. Ich sichere Ihnen zu, dass ich mich hierzu schnellstmöglich auch noch einmal mit Frau Sozialministerin Dr. Linke verständigen werde.

Für Ihre heutige Tagung wünsche ich Ihnen interessante Diskussionen und Ergebnisse, so dass wir bei der Lösung des Problems Essstörung einige Schritte weiter kommen.

Dr. Margret Seemann



Dr. Marianne Linke, Dr. Angelika Baumann, Dr. Margret Seemann



Tagungsteilnehmerinnen

Soziale und gesellschaftliche Ursachen von Essstörungen

Dipl. sozial.-päd. Regina Knop

Psychotherapeutin

Anrede,

Nahrungsaufnahme/Essen zählt zu den elementaren Grundbedürfnissen des Menschen. Niemand kann ohne Essen leben. Wie zwei Seiten einer Medaille gehört die stoffliche Ernährung mit der in der Regel mit Essen verbundenen seelischen Nahrung zusammen. Wird ein Säugling gestillt, erlebt er gleichzeitig körperliche Sättigung und innigen Kontakt zur Mutter.

Auch später bedeutet Essen mehr als reine Kalorienzufuhr – es steht für Versorgung, Geborgenheit und Zuwendung, es wird als Trost, Belohnung oder Bestrafung eingesetzt, es dient als Ersatzbefriedigung bei Frust oder Langeweile.

Dieser eindeutige Zusammenhang von psychosozialen und physiologischen Anteilen des Essens zeigt sich bei den Essstörungen in besonders drastischer Weise:

Als Essstörungen sind gemeint:

- Magersucht (Anorexie oder Anorexia nervosa)
- Ess-Brech-Sucht (Bulimie oder Bulimia nervosa)
- Esssucht (psychogene Adipositas)

Magersucht (Anorexie)

Ca.2% der 12 - 25 jährigen jungen Menschen werden magersüchtig, wovon 90 % weiblich sind. Jede sechste bis zehnte Magersüchtige stirbt an den Folgen der Magesucht.

Magersucht besteht, wenn:

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

Ess - Brech -Sucht (Bulimie)

Ca. 4% der 12 - 25 % jährigen jungen Menschen entwickeln eine Bulimie, davon sind 90 % weiblich.

Kennzeichen sind:

- Wiederkehrende Episoden von Heisshungerattacken, das heißt rascher Verzehr großer Nahrungsmengen in relativ kurzer Zeit, gewöhnlich weniger als zwei Stunden.
- Das Gefühl, das Essverhalten während der Essanfälle nicht unter Kontrolle halten zu können.
- Beendigung der Essanfälle durch selbstinduziertes Erbrechen und/oder Gebrauch von Abführmitteln.
- Wiederkehrendes ungeeignetes Verhalten, um einer Gewichtszunahme entgegen zu steuern, wie strenge Diäten.
- Übermäßige körperliche Betätigung.
- Durchschnittlich zwei Essanfälle pro Woche über einen Mindestzeitraum von drei Monaten.
- Andauernde übertriebene Beschäftigung mit Figur und Gewicht.
- Gewichtsphobie und/oder krankmachende Handlungsmuster im Umgang mit Nahrung.

Zur Esssucht:

Die meisten Frauen quälen sich aber nach Susie Orbach, eine sehr bekannte Forscherin und Therapeutin zu Essstörungen, mit der Ess- Sucht. Diese Mischform aus Essattacken und Diäten, meint sie, sind schon Standard in unserer Gesellschaft. Die meisten Frauen stellen sich vor den Spiegel, sehen ihren Körper an, und schon geht es los: hier ist was zu dick, und da stimmt was nicht (Problemzonen!). Das ist noch normal und keine krankhaft fixierte Selbstbeobachtung wie bei Magersüchtigen. 70% der Frauen lehnen das Essen ab, das man ihnen anbietet – egal zu welchem Zeitpunkt man fragt. Nur 30 % achten gerade nicht auf ihr Gewicht oder machen keine Diät. Die Mehrheit der Frauen in den Industriestaaten ist also irgendwie damit beschäftigt, ihr Essverhalten zu manipulieren. Sie haben oft das Gefühl für Appetit haben, hungrig oder satt sein verloren.

Alle genannten Formen gelten als psychosomatische Störungen mit Suchtcharakter, da die Betroffenen keine Kontrolle mehr über ihr Essverhalten haben bzw. unter einem zwanghaften Kontrollbedürfnis leiden.

Beachtenswert sind aber folgende Unterschiede:

Magersucht und Bulimie sind eindeutig jugend- und geschlechtsspezifische Störungen , d. h. sie kommen mehrheitlich bei Mädchen und jungen Frauen vor, während die Adipositas (Esssucht) weder in bestimmten Lebensaltern noch bei einem Geschlecht in auffälliger Weise gehäuft auftritt.

Die Grenze zwischen normalem und gestörtem Essverhalten ist jedoch fließend. Gesellschaftliche Normen sind entscheidend bei dieser Bewertung. Wir kennen alle vorübergehende Essstörungen im Zusammenhang mit Gefühlen wie Verliebtheit, Wut oder Stress. Auch Heißhungeranfälle oder Diäterfahrungen haben viele Menschen, ohne dass wir sie als essgestört bezeichnen würden. Auffallend viele Mädchen und Frauen essen aber nur selten ihrem tatsächlichen Appetit entsprechend, was mit dem rigiden Schlankheitsideal unserer Gesellschaft zusammenhängt. Beginnend mit der Pubertät sind viele Mädchen und Frauen ihr Leben lang unsicher und besorgt, was ihren Körper und die Nahrungsmenge, die sie zu sich nehmen dürfen, betrifft. Kaum eine isst wirklich selbstbewusst und entsprechend ihrer körperlichen Bedürfnisse. Kontrolliertes Essverhalten oder Diäten führen zwar nicht automatisch in eine Essstörung – sonst würden die erwähnten Zahlen weit höher liegen – die meisten Betroffenen haben aber so angefangen.

Essen kann also eine Quelle unvorstellbarer Qualen und Probleme für eine wachsende Zahl von Mädchen und Frauen sein, und inzwischen auch für immer mehr Jungen und Männer. Es jagt diesen Menschen schreckliche Angst ein – Kontrolle über ihren Körper zu gewinnen ist das einzige Ziel welches für sie im Vordergrund steht.

Zur Magersucht:

Magersüchtige fühlen: „ Alles, was ich selbst bin oder aus mir herauskommt, ist falsch. Ich bin falsch. Ich habe keine Rechte, ich darf nicht der Mensch sein, der ich bin.“

Die Person, die sie sind, wurde nicht angenommen – ob von den Eltern, Lehrern oder anderen Bezugspersonen. In dem Moment, in dem dieser Mensch irgendein Bedürfnis verspürt, fühlt er einen starken Selbsthass in sich aufsteigen. Also will er diese Bedürfnisse kontrollieren und sie abschaffen. „Wenn du nicht essen musst, brauchst du auch sonst nichts mehr. Du musst nicht mehr schlafen. Du bist bedürfnislos.“ Die Magersüchtige will einen neuen Menschen aus sich selbst heraus erschaffen, eine Person, die sie bewundern kann.

Zur Bulimie:

Ess- Brech-Süchtige fallen weniger auf. Im Gegenteil: Sie führen oft ein ganz normales öffentliches Leben weiter, sind meist gesellig und erfolgreich. Die bekanntesten Betroffenen waren wohl Lady Diana, Jane Fonda und Kate Winslet. All diese Frauen waren Ikonen der Weiblichkeit und lehnten ihren Körper hasserfüllt ab.

Es wirkt anfangs wie die perfekte Lösung in unserem Schlankheitswahnsystem: Essen, so viel wie du willst, erbrechen und dünn bleiben. Später wird dies zu einem selbstzerstörenden Teufelskreis.

Um diese Qualen anschaulich zu machen, möchte ich aus einem Brief zitieren, welcher mir von einer 20-jährigen Klientin geschrieben wurde, kurz vor ihrem dritten stationären Aufenthalt:

Alles was ich will.

Mein ganzes Leben habe ich davon geträumt schön zu sein. Mein ganzes Leben träume ich davon dünn zu sein. Mein ganzes Leben habe ich auch davon geträumt mich zu akzeptieren, wie ich bin. Ich wollte abnehmen, also hörte ich auf zu essen, doch das ging nicht. Also hatte ich ein neues Ziel, das Essen wieder aus mir heraus zu bekommen. Viele denken ich bin verrückt. Aber ich will doch nur dünn sein. Alles was ich will, ist akzeptiert zu werden, Alles was ich will, ist perfekt zu sein.

Diese Patientin schwankt seit sechs Jahren zwischen Magersucht und Bulimie – mit extremem Abführmittelmissbrauch und Selbstverletzungen. Ihr Haar ist stumpf und fast grau, ihre Zähne sind kaputt – ihre ganze Familie inzwischen erkrankt.

Woher kommt so ein Leid? Nur gesellschaftliche Bedingungen können uns nicht erklären, warum es das eine Mädchen trifft und das andere nicht.

Der ICD 10, der von Therapeuten verwendete Diagnoseschlüssel spricht hier von Vulnerabilität und multifaktoriellen Bedingungen.

Vulnerabilität bedeutet Verletzlichkeit, ausgelöst durch nicht heilende seelische Wunden. Der Mensch wird reizüberflutet und ist überfordert. Die Gestalttherapie hat ihre eigene Sichtweise von Störungen und nennt das auch Selbstregulation. Der Mensch bringt sich selber ins Gleichgewicht. Etwas ist in die Schiefelage gekommen und nun reguliert er sich selber, z. B. durch eine verändertes Essen.

So kann ein einsames, wenig beachtetes Kind dieses „korrigieren“, indem es durch die Essproblematik Aufmerksamkeit auf sich zieht.

Ein sexuell missbrauchtes Mädchen kann es als Lösung empfinden, dass nicht sie, sondern ihr Körper schuld war an dem erlebten Missbrauch und es als entlastend erleben, ihn z. B. unweiblich zu hungern und ihn auch damit zu bestrafen. Schuldzuweisung und Hass hätten so einen Weg gefunden.

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

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

Ein Charakteristikum dieser Überflusgesellschaften ist paradoxerweise ein Schönheitsideal von superschlanken, untergewichtigen Frauen. Eine deutsche Schönheitskönigin ist in der Regel mindestens 1,75 m groß und wiegt dabei höchstens 50 kg. Unter anderen Umständen würde einer solchen jungen Frau dringend zu einem Arztbesuch wegen deutlichen Untergewichts geraten. Die kulturelle Idealvorstellung einer schönen Frau liegt damit dem psychopathologischen Erscheinungsbild von Essstörungen gefährlich nahe.

Auf den Fidschi-Inseln ist die Zahl bulimischer Frauen seit 1995 immens angestiegen, nachdem ein US-amerikanischer Fernsehkanal auf Sendung ging. Schon binnen drei Jahren waren 15 % der Mädchen bulimisch. Für Orbach ein Ausdruck eines Kulturimperialismus, der schlimmer ist als die Masern, die das britische Empire im 19. Jahrhundert verbreitete. Der Westen exportiert Körperhass. Das Fernsehen zeigt uns ständig: „das ist der Idealkörper, in dem ihr euch sicher fühlen könnt.“

Schaufensterpuppen in den Kaufhäusern zeigen uns einen Frauenkörper, der, wenn er zum Leben erwachen würde, noch nicht einmal menstruieren könnte.

Nach dem Fall der Mauer ist die Zahl der Essstörungen auf dem Gebieten der DDR sprunghaft angestiegen. Auch hier ist der Körperhass durch die Medien transportiert worden.

Wieso das Ganze? Ein Grund ist mit Sicherheit das Riesengeschäft mit dem Schlankheitswahn. Die Mode- und Kosmetikbranche, Schönheitschirurgen, die Pharmaindustrie mit ihren Appetitzüglern und die Lebensmittelindustrie mit ihren Lightprodukten, sie alle verdienen Millionen an der Frauensucht „Hungern“, schreibt die Frauenzeitschrift Emma.

Wer nach den Ursachen fragt, fragt sich auch nach den Möglichkeiten dagegen etwas zu unternehmen. Also, was ist zu tun?

In verschiedenen Ländern wurde schon Enormes unternommen, nachdem der Zusammenhang zwischen Medien und Essstörungen erkannt wurde. Die englische Ärztevereinigung forderte, dass die Programmierer und Magazin-Redaktionen verantwortungsvoller mit dem Zeigen extrem dünner Frauen als „role models“ umgehen und eine realistischere Palette an Frauenkörpern zeigen sollte. Die Ministerin reagierte prompt und rief die Medienanstalten zu diesem Themazusammen und forderte Konsequenzen.

Ein ehemals magersüchtiges Topmodel berichtete im spanischen Parlament von seiner Krankheit. Daraufhin verbot die bevorstehende Barcelonaer Modewoche Models unter Kleidergröße 40.

Susie Orbach fordert Workshops für junge Eltern, damit diese über den Zusammenhang von Gefühlen, Sprachlosigkeit und gestörtem Essverhalten informiert werden.

Ich denke auch, dass neben Therapie besonders auch die Prävention zu fördern ist. Die Eltern dürfen mit ihren Problemen nicht allein gelassen oder als schuldig abgestempelt werden. Beratungsstellen und auch Schulen können einen wichtigen Beitrag zur Prävention leisten. So oft habe ich im Erstgespräch Klientinnen vor mir sitzen, die mir von ihrem, oft jahrelangem, Leiden erzählen. Hier könnte im Vorfeld geholfen werden. Und nicht zuletzt sind es die Frauenorganisationen, die dieses Thema aufgreifen und lautstark und nicht „dünn“ für ein anderes Frauenbild und bessere Lebensbedingungen für Frauen kämpfen. So kann es langfristig wieder zu mehr Selbstwert und Selbstbewusstsein kommen, welches Mädchen und Frauen stark macht sich gegen gesellschaftlichen Druck zu wehren.

Dipl. sozial.-päd. Regina Knop

ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (Approbation), Gestalttherapeutin (HPG) und Lehrtherapeutin (Symbolon Institut) sowie als Fortbildnerin und Lehrbeauftragte in freier Praxis tätig.

Vorstandsfrau des Rostocker Fraueninitiativen e. V. Die Beginnen und des Frauenkulturvereins Rostock.

Literatur:

Emma Zeitschrift März/April 2002

Emma Zeitschrift Jan/Feb 2001

Susie Orbach „Magersucht – Ursachen und Wege der Heilung“

Janet Treasure „Gemeinsam die Magersucht besiegen“

Dr. med. Monika Gerlinghoff „Wege aus der Essstörung“

Anita Johnston „Die Frau, die im Mondlicht aß“

Alexa Franke „Wege aus dem goldenen Käfig“ Anorexie verstehen und behandeln



Dipl. sozial.-päd. Regina Knop

Das Krankheitsbild Essstörung

Dipl. psych. Bernd Sobottka

Leitender Psychologe der Klinik Schweriner See

Selbstbericht

Patientin der Klinik Schweriner See

Einleitung

In den letzten zwei Jahrzehnten haben die psychogenen Essstörungen eine zunehmende Beachtung in der Öffentlichkeit und Wissenschaft erhalten. Insbesondere junge Frauen der Altersgruppe von 15 bis 30 Jahren sind von der Magersucht (Anorexia nervosa) und Ess-Brech-Sucht (Bulimia nervosa) betroffen. Epidemiologische Studien weisen darauf hin, dass ca. 1% der Frauen dieser Altersgruppe an Anorexia nervosa und sogar 2 bis 3% an Bulimia nervosa erkrankt sind. Über viele Jahre galten die Anorexia und Bulimia nervosa als reine Frauenkrankheit. Inzwischen ist jedoch bekannt, dass auch ca. 1% der Männer zwischen 14 und 25 Jahren an einer Essstörung leiden. Ein soziokultureller Hintergrund für die Entwicklung einer Essstörung besteht in dem in unserem Kulturkreis proklamierten Schönheitsideal. So wird beispielsweise intensiv über die Medien die Botschaft verbreitet, dass Frauen mit dem Erreichen einer knabenhaft schlanken Figur auch Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Glück und Erfolg verbinden können. Viele junge Frauen streben dieses Ideal u.a. durch gezügeltes Essverhalten an, durchleben dabei jedoch massive Selbstwert- und Identitätskrisen. Sie verlieren Selbstvertrauen sowie Genussfähigkeit und gefährden ihre eigene Gesundheit. Einzelne Symptome von Essstörungen, wie streng diätetische Ernährung mit Kalorienzählen oder starke Gewichtsschwankungen, treten relativ häufig auf. Viele Frauen (ca. 20% der genannten Altersgruppe) haben beispielsweise Erfahrungen mit Heißhungerattacken. Diese sind jedoch abzugrenzen von den im folgenden beschriebenen klinischen Vollbildern einer Anorexia oder Bulimia nervosa.

Anorexia nervosa

Das zentrale Merkmal für das Vorliegen einer Anorexia nervosa ist eine oftmals lebensbedrohliche Unterernährung mit gravierendem Gewichtsverlust und massiver Einschränkung der Nahrungsaufnahme. Die betroffenen Patientinnen kontrollieren ihr Körpergewicht zusätzlich durch selbstinduziertes Erbrechen, Substanzeinnahme (Appetitzügler, Laxantien, Diuretika, Schilddrüsenhormone) oder exzessive sportliche Betätigung.

Als Folge des Untergewichts kommt es zu einer Vielzahl von Veränderungen im Verhalten, Denken und Fühlen der Patientinnen. Bizarre Verhaltensweisen wie ritualisierter Umgang mit Nahrungsmitteln und Nahrungsaufnahme sind beobachtbar. Gedanken über das Essen nehmen ein riesiges Ausmaß an, bestehen nahezu permanent. Trotz des objektiven Untergewichts der Patientinnen streben diese beharrlich danach, noch dünner zu werden. Sie geben üblicherweise an, eine normale Figur zu haben oder bezeichnen sich sogar als zu dick. Das geschieht auf der Grundlage einer gestörten eigenen Körperwahrnehmung, der sogenannten Körperschemastörung. Auch andere Körpersignale werden kaum beachtet oder fehlinterpretiert. Hunger wird gelegnet, über Völlegefühl, Blähbauch oder Übelkeit wird geklagt. Ein Desinteresse an einer Behandlung geht häufig einher mit einer massiven Angst vor Gewichtszunahme.

Neben den zuvor genannten Veränderungen sind als Folge der Mangelernährung diverse somatische Folgeerscheinungen, wie beispielsweise Amenorrhoe, Hypotonie, Hypothermie, Bradykardie, Lanugobehaarung oder Ödembildung, objektivierbar.

Als Leitfaden für eine Diagnosestellung können die Klassifikationskriterien nach DSM-IV oder ICD-10 dienen. In der ICD-10 finden sich folgende Kriterien für das Vollbild einer Anorexia nervosa (F50.0):

- Untergewicht von mindestens 15% unter dem zu erwartenden Gewicht,
- selbst herbeigeführter Gewichtsverlust,
- Körperschemastörung,
- endokrine Störungen,
- verzögerte Entwicklung bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät.

Bulimia nervosa

Das Hauptmerkmal der Bulimia nervosa ist das wiederholte Auftreten von Heißhungerattacken und Essanfällen, bei denen die Kontrolle über die Nahrungsaufnahme verloren geht. Große Nahrungsmengen werden dabei in kurzer Zeit zumeist heimlich verschlungen. Derartige Essanfälle treten mehrmals wöchentlich, nicht selten sogar mehrmals täglich, auf.

Gemeinsam ist den bulimischen Patientinnen, dass sie sich übertrieben mit dem eigenen Körpergewicht beschäftigen. Körperliche Merkmale wie Gewicht, Figur und Aussehen sind von überragender Bedeutung für das Selbstwertgefühl. Obwohl die Patientinnen üblicherweise normalgewichtig oder leicht untergewichtig sind, besteht ein exzessives Bemühen, das Körpergewicht unter einer subjektiv festgelegten Obergrenze zu halten. Aus Angst, diese Obergrenze zu überschreiten, versuchen die Patientinnen nahezu ständig, ihr Gewicht zu kontrollieren. Das geschieht insbesondere durch gezügeltes Essverhalten (Diätversuche, Fastenperioden) vor und selbstinduziertes Erbrechen nach den Essanfällen. Zusätzliche Kontrollversuche werden häufig durch Substanzeinnahme (Laxantien, Diuretika, Appetitzügler, Schilddrüsenhormone) oder übertriebene sportliche Betätigung unternommen.

Auf der Grundlage des gezügelten Essverhaltens, das zu einem körperlichen Mangelzustand führt, werden Hunger- sowie Sättigungsgefühl nicht mehr zuverlässig wahrgenommen und sind nicht mehr handlungsrelevant für eine Nahrungsaufnahme. Der herbeigeführte körperliche Mangelzustand provoziert Heißhungerattacken, die in Essanfällen mit Kontrollverlust münden. Aus Angst vor Gewichtszunahme wird nach einem solchen Essanfall erbrochen und das gezügelte Essverhalten fortgesetzt. Ein Teufelskreis schließt sich, Essattacken und Erbrechen werden als zunehmend unkontrollierbarer erlebt.

Körperliche Begleiterscheinungen der Symptomatik bestehen beispielsweise in Störungen des Elektrolythaushaltes und des Menstruationszyklus, Entzündungen der Speiseröhre, Anschwellen der Speicheldrüsen und Schädigungen des Zahnschmelzes.

Nach der ICD-10 sind folgende Kriterien für die Diagnose einer Bulimia nervosa (F50.2) erforderlich:

- andauernde Beschäftigung mit dem Essen,
- Essattacken, bei denen große Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden,
- exzessive Verhaltensweisen zur Gewichtskontrolle,
- krankhafte Furcht davor, dick zu werden,
- in der Vorgeschichte anorektische Episoden.

Die Komorbidität der Bulimia nervosa mit anderen psychischen Störungen ist hoch. Etwa die Hälfte der Patientinnen erhält beim Vollbild der Bulimie nervosa die zusätzliche Diagnose eines depressiven Syndroms. Ebenso treten bei etwa der Hälfte der bulimischen Patientinnen Angststörungen als Begleitsymptomatik auf. In ca. 20% der Fälle wird zusätzlich eine Substanzabhängigkeit diagnostiziert.

Literatur

SOBOTTKA, B., FREUND, S. & SIERICH, S. (2002). Essstörungen - Bulimia und Anorexia nervosa. In H. v. Keyserlingk (Hrsg.), *Angewandte Verhaltenstherapie* Schriftenreihe der Klinik Schweriner See, Heft 4.



Susanne K. schilderte den Anwesenden ihren Leidensweg und den Verlauf ihrer Erkrankung mit seelischer Not, körperlichem Verfall und zunehmender Isolation. Betroffene hörten alle zu und konnten erkennen, welche persönlichen und sozialen Komplikationen eintreten, wenn das Verhalten nicht therapiert wird. Frühe Hilfe ist erforderlich, sie reicht aber nicht, um gesund und leistungsfähig zu bleiben. Nicht selten entstehen neue Störungen wie bei Susanne K. (extreme Angst), so daß eine andauernde Hilfsmöglichkeit und Therapiezugänglichkeit nötig sind. Insofern waren ihre Anregungen für die Betreuung essgestörter PatientInnen sehr wertvoll.

Dipl. psych. Bernd Sobottka

Ambulante und stationäre Behandlungsmöglichkeiten / Fallvorstellung

Dipl. psych. Susanne Sierich

Psychologische Psychotherapeutin, Bezugstherapeutin in der Klinik Schweriner See

Fallvorstellung

Patientin der Klinik Schweriner See

Ambulante und stationäre Behandlungsmöglichkeiten / Fallvorstellung

1. Ambulante Behandlung von Essstörungen

- Ambulante Psychotherapie, insbesondere mit verhaltenstherapeutischer Ausrichtung, durch eine/n ärztliche/n oder psychologische/n PsychotherapeutIn;
- Fachnervenärztliche, hausärztliche, gynäkologische und zahnärztliche Mitbehandlung;
- Selbsthilfegruppen für Essstörungen.

2. Stationäre Behandlung von Essstörungen / Behandlungskonzept der Klinik Schweriner See

Der Stabilisierung, Verbesserung oder Wiederherstellung beruflicher und sozialer Leistungsfähigkeit sowie die Verhinderung dauerhafter gesundheitlicher Beeinträchtigungen dient die Bearbeitung folgender übergeordneter Therapieziele:

- Aufbau eines adäquaten Essverhaltens,
- Erreichen eines angemessenen Körpergewichts,
- Erarbeitung der Psychogenese der Erkrankung, insbesondere Analyse der funktionalen Bedingungen des Essverhaltens,
- Reduktion irrationaler Einstellungen zu Nahrung, Gewicht, Aussehen und Impulskontrolle,
- Bewältigung gewichtspobischen Erlebens und Verhaltens,
- Erarbeitung alternativer kurzfristiger und langfristiger Problembewältigungsstrategien,
- Veränderung der verzerrten Körperwahrnehmung, Verbesserung der Körperakzeptanz.

Spezifische Behandlungsangebote für Patientinnen mit Essstörungen sind:

a) Vorgespräch

Ist aus den Anmeldeformularen zur stationären Therapie ersichtlich, dass eine Essstörung vorliegt, wird die Patientin üblicherweise zu einem Vorgespräch eingeladen. Dieses Gespräch trägt vorwiegend diagnostischen Charakter. Zugleich werden Motivation und Behandlungsziele erfragt und gegebenenfalls auch erarbeitet. Die Problematik eines Substanzmissbrauchs wird exploriert. Bei Patientinnen mit anorektischer Symptomatik wird bereits in diesem Rahmen eine Therapievereinbarung zur Gewichtsentwicklung getroffen, notwendiges Aufnahme – sowie angestrebtes Zielgewicht werden festgelegt. Außerdem werden den Patientinnen Fragebögen und Essprotokolle ausgehändigt. Letztere werden zwei Wochen vor Therapiebeginn geführt und dienen neben den beantworteten Fragebögen als Arbeitsgrundlage für die stationäre Behandlung.

b) Essgestörtengruppe

Ein wesentlicher Baustein bei der stationären Behandlung von Patientinnen mit Essstörungen ist die Essgestörtengruppe. Diese Gruppenpsychotherapie ist nach kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gesichtspunkten aufgebaut. Folgende Behandlungsschwerpunkte sind zu nennen:

- a) symptomorientierter Ansatz zur Förderung einer regelmäßigen ausgewogenen Nahrungsaufnahme und zur Erlangung eines angemessenen Körpergewichts,
- b) psychoedukativer Ansatz zur Bearbeitung von Defiziten im kognitiven, emotionalen und im konkreten Verhaltensbereich.

Inhaltlich stehen zunächst Informationen zum Krankheitsbild sowie die Analyse des aktuellen Essverhaltens im Vordergrund. Die Arbeit an der Normalisierung des Essverhaltens wird schrittweise durch Informationen und Übungs- sowie Hausaufgabenteile realisiert. Daneben gilt die Aufmerksamkeit den funktionalen Bedingungen des Essverhaltens, die im weiteren Behandlungsverlauf zunehmend inhaltlicher Schwerpunkt werden. Neben der Analyse der funktionalen Bedingungen steht die Erarbeitung alternativer kurz- und langfristiger Bewältigungsstrategien im Vordergrund der Gruppenarbeit. Beendet wird die Gruppentherapie mit dem Erarbeiten von Möglichkeiten zur Rückfallprophylaxe.

c) Gewichtszunahmeprogramm für untergewichtige Patientinnen

Das Erreichen eines der Körpergröße angemessenen Körpergewichts stellt eine wesentliche Voraussetzung für eine effektive Bearbeitung der Essstörung zugrundeliegender Problembereiche dar und ist somit zu Beginn der stationären Therapie von zentraler Bedeutung. Mit Hilfe der Einnahme der drei Haupt- und zwei Zwischenmahlzeiten, welche in Zusammensetzung und Menge durch die Patientinnen täglich protokolliert und im Rahmen der Einzelgespräche kritisch beleuchtet werden, soll eine Gewichtszunahme von mindestens 700 g pro Woche erzielt werden. Wird dieses eigenverantwortlich unter Beibehaltung aller Aktivitäten nicht erreicht, greift ein Sicherungsprogramm, in welchem die Patientinnen durch die Begrenzung des Aktionsradius und der sportlichen Aktivitäten Unterstützung bei der Gewichtszunahme erfahren.

d) Körpertherapie

Das Ziel dieses Behandlungsbausteines besteht darin, dass die Patientinnen sich bewusst mit dem eigenen Körper und den damit verbundenen Gefühlszuständen auseinandersetzen. Die Patientinnen können lernen, ihre verzerrte Wahrnehmung (Körperschemastörung) zu korrigieren und ihren Körper besser zu akzeptieren. Übungen zur Kontaktaufnahme, Vertrauensübungen, Übungen zur Körpererfahrung und zum Körperausdruck sowie Übungen zur Verbesserung der Körperakzeptanz werden durchgeführt. Dieser Therapiebaustein wird, begleitend zur Essgestörtengruppe, sowohl im Wasser als auch in einem mit Spiegeln ausgestatteten Gymnastikraum realisiert.

e) Einzelernährungsberatungen

In den regelmäßig stattfindenden Einzelernährungsberatungen durch die Diätassistentin erhalten die Patientinnen wichtige Informationen zur Zusammensetzung einer ausgewogenen Mischkost und haben Gelegenheit, ihr aktuelles Essverhalten anhand der täglich geführten Essprotokolle kritisch zu reflektieren. Untergewichtige Patientinnen werden durch die Berechnung des Energie-Tagesbedarfs und die Erstellung von Ernährungsplänen aktiv bei der notwendigen Gewichtszunahme unterstützt.

f) Indikative Kochgruppe

Unter Betreuung der Diätassistentin lernen die Patientinnen die Planung und Zubereitung warmer Mittags- und Abendmahlzeiten sowie die Herstellung von Backwaren. Das gemeinsame Essen dieser Mahlzeiten soll die Angst vor kalorienreicher Kost reduzieren. Bei der Auswahl der Rezepte können sich die Patientinnen mit eigenen Vorstellungen aktiv einbringen. Ein weiteres Übungsfeld besteht im Einkauf der benötigten Nahrungsmittel. Dies stellt für viele eine Konfrontation mit symptomauslösenden Bedingungen dar, ermöglicht das Trainieren von erarbeiteten Bewältigungsstrategien und ist eine wichtige Vorbereitung auf das häusliche Umfeld.

Weitere Therapiebausteine ergeben sich aus folgenden Behandlungselementen:

- Einzelpsychotherapie
- Gruppenpsychotherapie (Problemlösungsansatz nach GRAWE)
- indikative Gruppentherapien je nach individuellen Problembereichen
- Paar- oder Familiengespräche
- Entspannungstraining (Progressive Relaxation nach JACOBSON)
- Sport- und Bewegungstherapie
- Ergotherapie
- Soziotherapie
- Physikalische Therapie
- hausinterne oder externe Belastungserprobungen.

3. Fallvorstellung

Kathleen K. berichtet im Interview über ihren Krankheitsverlauf, ihre bisherigen Behandlungen und ihren Therapieverlauf in der Klinik Schweriner See.

Literatur

SOBOTTKA, B., FREUND, S. & SIERICH, S. (2002). Essstörungen - Bulimia und Anorexia nervosa. In H. v. Keyserlingk (Hrsg.), Angewandte Verhaltenstherapie, Schriftenreihe der Klinik Schweriner See, Heft 4.

Dipl.-Psych. Susanne Sierich, Psychologische Psychotherapeutin, Bezugstherapeutin in der Klinik Schweriner See



Dipl. psych. Susanne Sierich

Situationsbericht zu Essstörungen und Hilfsangeboten im Land

Dr. Dagmar Doese

Suchtbeauftragte im Sozialministerium M-V

Die Nahrungsaufnahme hat sich in unserer Hochkultur von der ursprünglich alleinigen Funktion der notwendigen Energiezufuhr zum Überleben zu einer Form der Befriedigung vieler anderer Bedürfnisse entwickelt. Essen ist eine Genussquelle, dient dem Knüpfen sozialer Kontakte und erfüllt emotionale Bedürfnisse bzw. ist Ersatz für diese Bedürfnisse.

Da gleichzeitig durch Teilbereiche der Gesellschaft wie Mode, Sport, Medien und andere der menschliche Körper idealisiert und zu einer Kultfigur stilisiert wird, geraten immer mehr – vor allem junge – Menschen in Konflikte zwischen ihrem tatsächlichen Aussehen, dem Genuss Essen und den vorgegebenen Schönheitsnormen. Sie bauen Frustration auf und können so in eine psychische Störung hinein geraten, in deren Folge es zu gravierenden negativen Einflüssen auf den gesamten Körper kommt.

Kaum eine andere psychische Störung ist in den letzten Jahren so häufig genannt worden wie Essstörungen und insbesondere die Anorexie. Immer wieder wird von Models, Schauspielerinnen oder V.I.P. berichtet, dass sie unter Magersucht leiden oder litten. Das berühmteste Beispiel dafür war wohl Lady Diana oder jetzt die Darstellerin der Ally McBeal.

Magersucht und Ess-Brech-Sucht findet man zu 95% bei Frauen. Neben dem Vorherrschen eines extremen Schlankheitsideals sind es Probleme der Entwicklungsphase Adoleszenz, in der Körperwahrnehmung dem sich verändernden Körper stellen muss, was Probleme bereitet, und biologische Faktoren, die hauptsächlich Einfluss auf die Entwicklung von Essstörungen haben. Allerdings sind die genauen Entstehungsbedingungen noch nicht geklärt. Unbestritten ist eine multifaktorielle Genese, wobei häufig Erlebnisse, Ereignisse oder Schicksalsschläge auslösendes Moment ist.

Im Hinblick auf Prävention und Früherkennung wäre es wichtig, mögliche Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Pathogenese der unterschiedlichen Essstörungen zu erforschen.

Im Jahrbuch „Sucht“ ist in den letzten fünf Jahren ein Übersichtsartikel über Essstörungen erschienen. Ich zitiere daraus: „In Deutschland werden Essstörungen im allgemeinen Sprachgebrauch und auch in Teilen der Fachliteratur häufig der Gruppe der Suchterkrankungen zugeordnet. Dies entspricht weder den relevanten diagnostischen Systemen ICD noch DSM, die Essstörungen als eigenständige Krankheiten definieren, noch internationalen Gepflogenheiten. Doch die Suchtkrankenhilfe ist nicht der einzige und in vielen Fällen auch nicht der richtige Ort für Beratung und Therapie essgestörter Menschen. Es handelt sich bei Essstörungen um psychosomatische Erkrankungen unter erheblicher Beteiligung sozialer Faktoren.“

Die Definition als Suchtkrankheit findet besonders in Selbsthilfegruppen und in Frauenberatungsstellen Zustimmung. Dabei ist diese Entwicklung wahrscheinlich der Tatsache geschuldet, dass essgestörte Menschen im somatisch orientierten medizinischen Versorgungsbereich nicht die notwendige Hilfe finden, die Schwelle zur psychologisch-psychiatrischen Versorgung zu hoch ist und in Folge dessen gescheut wird.

So lautet derzeit die Forderung nichtmedizinische Angebote zu schaffen, wie es bei Suchterkrankungen ebenfalls zu Beginn der Entwicklung der Suchtkrankenhilfe geschah, bevor sich die Medizin der Problematik umfassend annahm.

Die beiden bereits genannten Krankheitsklassifikationssysteme ICD-10. Fassung und das amerikanische diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen (DSM) definieren beide Essstörungen unabhängig von Sucht und unterscheiden verschiedene Formen auf der Grundlage festgelegter Diagnosekriterien. Eine Behandlung kann also nur erfolgreich sein, wenn die Diagnose sehr sorgfältig gestellt wird und Ursache und Form der Störung erkannt werden kann.

Wichtigstes Mittel ist die Psychotherapie, daneben müssen Mangelerscheinungen, die die Somatik des Körpers beeinträchtigen, behandelt werden.

Über die Epidemiologie ist wenig bekannt, auch bei uns im Land, da keine Statistik geführt wird und Zahlen nur aus Einrichtungen bekannt sind, die zur Hilfeeinanspruchnahme aufgesucht werden.

Das sind auch in Mecklenburg-Vorpommern offensichtlich Suchtberatungsstellen. Deshalb stammen folgende Zahlen aus ihren Jahresberichten:

Jahr	Frauen	Männer	Alter Frauen	Verteilung	Alter Männer
1997	85	14	15 – 49 Jahre	gleichmäßig verteilt	25 – 49 Jahre
1998	177	12	15 – 49 Jahre	gleichmäßig verteilt	20 – 49 Jahre
1999	145	23	15 – 49 Jahre	gleichmäßig verteilt	25 – 29 Jahre
2000	101	5	15 – 49 Jahre	gleichmäßig verteilt	15 – 19 Jahre
2001	71	3	15 – 49 Jahre	gleichmäßig verteilt	

Aus diesen Zahlen lassen sich keine tragfähigen Schlüsse auf das Auftreten von Essstörungen im Lande ziehen, da es sich um hausgemachte Statistik handelt, in der nur allgemein nach Essstörung gefragt wird, ausserdem einige Einrichtungen nicht melden.

Die in der Literatur angegebenen Lebenszeitprävalenzen bewegen sich für Frauen zwischen 0,5 bis 4,2 %. Man muss deshalb davon ausgehen, dass das Vorkommen in der Bevölkerung unbekannt ist. Eine verstärkte Nachfrage nach Therapie kann auch damit zusammenhängen, dass Essstörungen insbesondere in den Medien mehr Aufmerksamkeit entgegengebracht wird, eine echte Zunahme also nicht vorhanden ist, aber betroffene Menschen den Mut finden, Hilfe zu suchen. Die von mir eben genannten Zahlen, ich möchte dies noch einmal betonen, lassen keinerlei Rückschlüsse auf die Prävalenz in Mecklenburg-Vorpommern zu.

Bleibt die Frage nach Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten. Da Essstörungen nicht zu den Suchterkrankungen zählen, sind entsprechend Suchtberatungsstellen nicht geeigneter Anlaufpunkt für diese Störungen. Die Beratungsstellen sind weder mit der notwendigen Diagnostik noch Behandlung vertraut. Trotzdem werden diese Stellen in Anspruch genommen bzw. bieten Beratungen zu Essstörungen an. Jede verantwortlich handelnde Beratungsstelle wird die Betroffenen anhören und ermutigen und dann in die Arztpraxis vermitteln.

In der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern sind Essstörungen nicht enthalten. Demzufolge werden mit Suchtberatungsstellen keine Leistungsverträge zur Behandlung von Essstörungen abgeschlossen. In Mecklenburg-Vorpommern hat sich bisher eine Suchtberatungsstelle mit Genehmigung der öffentlichen Zuwendungsgeber auf Essstörungen neben alkoholbedingten Störungen spezialisiert.

In der Literatur habe ich lediglich eine Vereinbarung einiger Krankenkassen mit dem Caritasverband in Süddeutschland gefunden, die zum Inhalt hat, dass die Krankenkassen die medizinischen Leistungen während einer Behandlung von Essstörungen übernehmen. Ebenfalls nicht enthalten sind Essstörungen in der Vereinbarung über die Schwerpunktpraxen „Sucht“ zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen in Mecklenburg-Vorpommern und der Kassenärztlichen Vereinigung. Aber auch diese Praxen bemühen sich, in die eigentliche Therapie zu vermitteln und die dazu notwendigen Hürden zu überwinden.

Fünf Rehabilitationskliniken im Land bieten als Leistung die Behandlung von Essstörungen an. Es sind Kliniken, die psychosomatische Krankheitsbilder bzw. Stoffwechselstörungen behandeln. In Mecklenburg-Vorpommern und offenbar in ganz Norddeutschland fehlt offensichtlich die Möglichkeit, Kinder außerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu behandeln.

Erste Anlaufstelle für Patienten mit Essstörungen bleibt also der Hausarzt, zu dem auch aus den Beratungsstellen heraus vermittelt werden muss.



*Birgit Runau im Gespräch mit Dipl. psych. Dörte Heidenreich
Mitglied des GAF M-V*



Teilnehmerinnen der Arbeitsgruppe 1 im Gespräch

Arbeitsgruppe 1

Körper- und Bewegungstherapie

Leitung: Dipl. päd. Birgit Runau

Vorgestellt wurde von der Sport- und Bewegungstherapeutin Dipl. päd. Birgit Runau, ausgebildete Sportlehrerin, wie sie mit Patientinnen mit Anorexie oder Bulimie in der Gruppe arbeite.

Hierzu erläuterte sie, die Gruppe sei in der Behandlung ein wichtiger Baustein, um die verzerrte Körperwahrnehmung der Patientinnen in Selbsterfahrungsübungen mit anderen korrigieren zu können. Die Gruppe sei eingebunden in einen Behandlungskomplex mit der Einzeltherapie (ein bzw. zweiwöchentlich) durch die Bezugstherapeutin, und der Eßgestörtengruppe (zweiwöchentlich). Der Austausch zwischen den TherapeutInnen über Fortschritte der Patientinnen finde auf der Ebene der stationären Teamberatungen sowie im Rahmen der einwöchentlichen Supervision statt.

Aus den Hand-out von Frau Runau: „Das Ziel der Körper- und Bewegungstherapie besteht darin, daß die Patientinnen sich konfrontativ mit der Wahrnehmung des eigenen Körpers und den damit verbundenen Gefühlszuständen auseinandersetzen. Sie können lernen, ihre verzerrte Wahrnehmung (Körperschemastörung) zu korrigieren und ihren Körper besser zu akzeptieren. Weiterhin werden Übungen zur Kontaktaufnahme, Vertrauensübungen, Übungen zur Körpererfahrung und zum Körperausdruck sowie Übungen zur Verbesserung der Körperakzeptanz durchgeführt.“

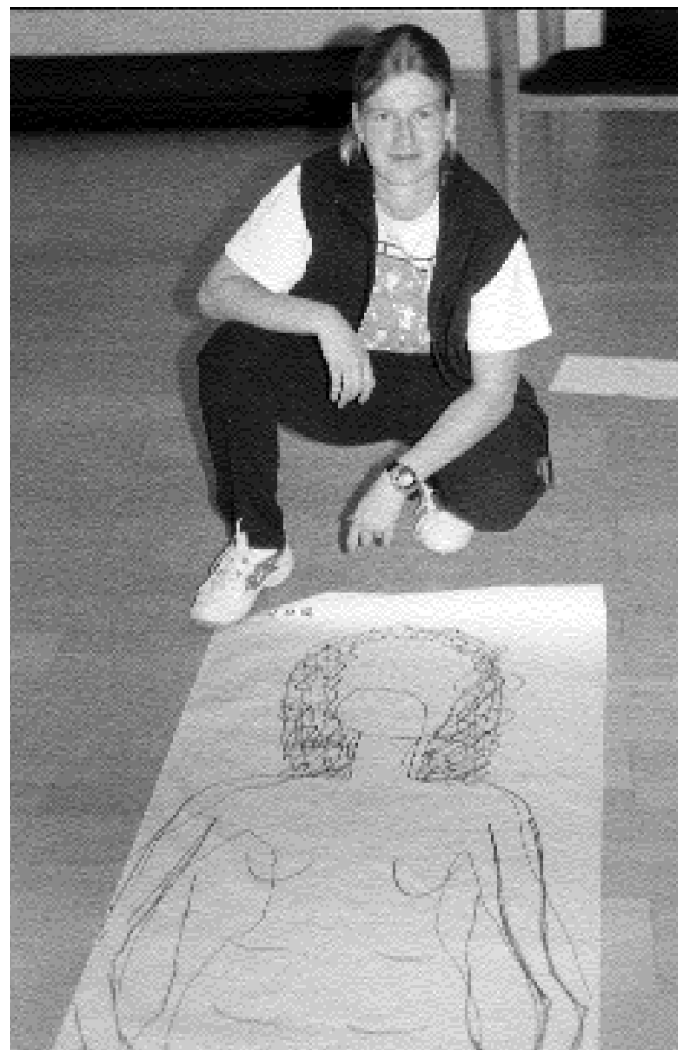
Die Gruppe finde zweiwöchentlich statt, umfasse maximal 8 Teilnehmerinnen und sei halboffen. Das bedeute, dass immer wieder auch neue Teilnehmerinnen in die Gruppe kämen.

Die Gruppe beginne mit einem Blitzlicht. Dann würden verschiedene Übungen zur Begegnung mit sich selbst und anderen angeleitet, die jeweils in der Gruppe besprochen werden würden. Ein Element bei den Übungen sei die Arbeit mit dem eigenen Bild im Spiegel. (Im Übungsraum ist eine Wand komplett verspiegelt. Der Spiegel kann durch einen Vorhang verdeckt werden.)

In der Gruppenarbeit sei weiterhin der Umgang mit Rückmeldungen zur Wahrnehmung des Körpers entscheidend. Rückmeldungen seien wichtig zur Realitätsüberprüfung der eigenen Wahrnehmung. Ziel sei eine erhöhte Körperakzeptanz.

Frau Runau stellte den Teilnehmerinnen auf der Ebene der Selbsterfahrung einige Übungen vor, die sie bei den Patientinnen in gleicher Weise anleite. Auf diese Weise war die Atmosphäre in der Gruppe recht bewegt und angeregt.

Dipl. psych. Dörte Heidenreich



Dipl. päd. Birgit Runau

Arbeitsgruppe 2

Körperbild Mädchen und Frauen – Wunsch und Wirklichkeit

Leitung: Dipl. med. Silke Timm

Dipl. psych. Antje Groß

Immer mehr junge, aber auch ältere Menschen verfallen einem gesundheitsschädlichen Körperkult und überschlanke Schönheitsideal. Bereits 12 Prozent der 11 bis 15-jährigen Jungen und 17 Prozent der gleichaltrigen Mädchen gaben einer Bielefelder Studie zufolge an, sich z. Z. einer Diät zu unterziehen. Sieben Prozent der Jungen und acht Prozent der Mädchen dieser Gruppe litten bereits unter Untergewicht. Die Vermutung liegt nahe, dass Diäten bereits dazu geführt haben, ihr Körperbild zu zerstören.

Würde man dies in Mecklenburg-Vorpommern untersuchen, ließen sich ähnliche Zahlen erwarten. Diese Resultate waren dann auch Diskussionsgegenstand der Arbeitsgruppe, wobei noch einmal deutlich wurde, dass sich die aktuell vorherrschende, vor allem in den Medien präsentierte Einstellung zu Körper und Körperbild mit den Sätzen:

Schlank ist schön;
Schlank ist gesund;
Schlank macht jung
beschreiben lässt.

Aus diesem Grund beschäftigte sich die Arbeitsgruppe mit dem aktuellen Körperbild in Bezug auf Wunsch und Wirklichkeit. Dabei ging es zum einen um den gesellschaftlichen Trend und seine verschiedenen Auswirkungen auf innere Präferenzen. Zum anderen wurden krankheitswertige Körperbildstörungen aufgezeigt und die Teilnehmer mit einigen Übungen und Fallbeispielen aus der Behandlung von Essstörungen sensibilisiert.



Dipl. psych. Antje Groß und Dipl. med. Silke Timm



In der Arbeitsgruppe 2

Aktuelle Beeinflussung des Körperbildes durch:

- Einfluss der Medien.
- Jugend- und Schlankheitswahn.
- Modetrends (z. B. bauchfrei), Überangebot kleiner Konfektionsgrößen.
- Anerkennung in der Peer-group (Dilemma: extremes Schlanksein vs. Fast Food).
- Gesellschaftliche Akzeptanz medizinischer Möglichkeiten (Operationen usw.)
- Das heutige Schönheitsideal lässt keinen Raum für Individualität.
- Das eigene Körperbild soll dem Mainstream entsprechen; Abweichungen werden als Schwäche gewertet.
- Schlanksein verkörpert Stärke, Disziplin und Leistungsfähigkeit.
- Äußerlichkeiten werden zum Maßstab für die Anerkennung gegenüber Dritten und für die Ausprägung des eigenen Selbstwertgefühls.

Im Bemühen oben genannten Anforderungen zu entsprechen, geraten immer mehr Mädchen und Frauen in einen Teufelskreis – was zunächst mit scheinbar harmlosen Ernährungsberatungen (häufiges Angebot von Fitnessstudios) und Diäten beginnt, gerät zunehmend mehr ausser Kontrolle und gipfelt in einer Essstörung mit unterschiedlicher Ausprägung. Gerade bei Jugendlichen leistet die Suche nach Anerkennung, die Abgrenzung gegenüber den Eltern und das Ausgleichen von Selbstwertdefiziten hierbei besonderen Vorschub. Allein lässt sich vor allem aufgrund der verzerrten eigenen Körperwahrnehmung dieser Teufelskreis nicht mehr durchbrechen.

Anforderungen in der Therapie:

Auseinandersetzung und Konfrontation mit verzerrter Wahrnehmung, Kognition und Einstellung zum eigenen Körper- und Selbstbild.

Versuch, die Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdbild wahrzunehmen.

Differenzierte Wahrnehmung und Einschätzung des eigenen Körpers bzw. einzelner Körperteile.



Übung zur Körperwahrnehmung in der Arbeitsgruppe

Material

Einstellung zum Körper:

Oft schätzen wir die einzelnen Bestandteile unseres Körpers nicht in gleicher Weise. Überprüfe, wie du selbst zu den einzelnen Körperteilen stehst, die in der folgenden Liste aufgeführt sind.

Benutze dabei den Buchstaben A für alle Körperteile, auf die du stolz bist und die du magst, den Buchstaben B für alle Körperteile, die du in Ordnung findest, ohne besonders positive oder negative Gefühle dabei zu haben, und den Buchstaben C für alle Körperteile, die du nicht so gern hast, bzw. mit denen du im Moment Schwierigkeiten hast.

Schreibe die entsprechenden Buchstaben in die Klammer vor den Körperteil.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gesichtsform | <input type="checkbox"/> Beschaffenheit der Haut |
| <input type="checkbox"/> Haar | <input type="checkbox"/> Nase |
| <input type="checkbox"/> Augen | <input type="checkbox"/> Mund |
| <input type="checkbox"/> Zähne | <input type="checkbox"/> Ohren |
| <input type="checkbox"/> Rücken | <input type="checkbox"/> Brust |
| <input type="checkbox"/> Arme und Hände | <input type="checkbox"/> Taille |
| <input type="checkbox"/> Gesäß | <input type="checkbox"/> Hüften |
| <input type="checkbox"/> Genitalien | <input type="checkbox"/> Schenkel |
| <input type="checkbox"/> Knie | <input type="checkbox"/> Füße |
| <input type="checkbox"/> Fesseln | <input type="checkbox"/> Größe |
| <input type="checkbox"/> Gewicht | <input type="checkbox"/> Körperhaltung |
| <input type="checkbox"/> Bewegung | <input type="checkbox"/> Anziehungskraft |



Pausengespräche





In der Arbeitsgruppe 3



Arbeitsgruppenteilnehmerinnen

Gesundes Essverhalten

Leitung: Dipl. psych. Susanne Sierich

Am Beginn der Arbeitsgruppe stand eine Konsensbildung der TeilnehmerInnen, was eigentlich ein gesundes Essverhalten sei.

Frau Sierich machte deutlich, dass bei Ihren Patientinnen keines der erarbeiteten Kriterien für deren Essverhalten gilt und auch oft die Einsicht fehlt, dass das eigene Essverhalten nicht gesund sei.

Besonders interessant für mich war folgende Grundeinstellung für jegliche Behandlung in der Klinik: Diäten können nicht helfen, dauerhaft ein Normalgewicht zu erhalten.

Inhalt und Ziel der Therapie ist vielmehr, ein gesundes Essverhalten (wieder) zu erlernen. Dabei erklärte Frau Sierich, die „Setpoint-Theorie“, die besagt, dass jeder Körper einem individuell unterschiedlichem Gewicht zustrebt (auch abhängig von Erbanlagen). Dieses Gewicht liegt in der Regel bei einem BMI zwischen 20-25. Dieser Setpoint wird zumeist mit zunehmendem Alter etwas höher.

Für eine Therapie wird es dann schwierig, wenn dieser individuelle Setpoint von den Patientinnen nicht akzeptiert wird. Dann ist Motivationsarbeit notwendig, manchmal wird jedoch auch die Therapie abgebrochen, weil der Wunsch übermächtig ist, schlanker sein zu müssen.

Ein gesundes Essverhalten zu erlernen, heißt – so die Therapeutin Frau Sierich – regelmäßig Mahlzeiten einzunehmen, sich zum Essen Zeit zu nehmen, sich ausgewogen zu ernähren und keine Medikamente einzunehmen, die das Gewicht (zumeist kurzzeitig) beeinflussen. Es soll in der Therapie erreicht werden, dass die Zusammensetzung und Menge des Essens eigenverantwortlich durch die Patientinnen erfolgt. Bei Frauen mit Untergewicht wird lediglich ein Therapieziel, die Zunahme des Gewichts pro Woche um 700 g festgelegt. Wird dieses Ziel nicht erreicht, legt die Klinik Einschränkungen fest, wie Ausschluss von der sportlichen Betätigung oder das Streichen von Heimfahrtswochenenden. Es werden Essprotokolle geführt (siehe Anlage), um den Prozess der Gewichtszunahme zu begleiten und zu kontrollieren. Diese Protokolle werden regelmäßig mit der Therapeutin ausgewertet.

Dr. Renate Hill

Teilnehmerin Arbeitsgruppe



Dr. Renate Hill im Gespräch mit Dipl. psych. Susanne Sierich

Ernährungsprotokoll I

Name: *Christine*

Wochentag: *Freitag*

Datum: *11.10.02*

Wann habe ich gegessen? (Uhrzeit)	Was und wieviel habe ich gegessen und getrunken?	Wie habe ich gegessen?	Welche Beschwerden (Form, Lokalisation, Ausmaß)? 1 = gering 2 = mittel 3 = stark 4 = sehr stark 5 = sehr stark	Nach welcher Mahlzeit habe ich erbrochen?	Welche sportlichen Aktivitäten habe ich durchgeführt? (Art/Umfüng/Zeit)
<i>7⁰⁰</i>	<i>1 Tasse Kaffee</i>	<input type="checkbox"/> schnell <input type="checkbox"/> hektisch <input type="checkbox"/> schlingend <input type="checkbox"/> langsam <input type="checkbox"/> genüßvoll <input type="checkbox"/> konzentriert	Druckgefühl 1 2 3 4 5 Kloetz im Magen 1 2 3 4 5 Schmerzen 1 2 3 4 5 Übelkeit 1 2 3 4 5	<i>/</i>	
<i>13⁰⁰</i>	<i>1 Brötchen</i>	<input type="checkbox"/> schnell <input type="checkbox"/> hektisch <input type="checkbox"/> schlingend <input checked="" type="checkbox"/> langsam <input checked="" type="checkbox"/> genüßvoll <input type="checkbox"/> konzentriert	Druckgefühl 1 2 3 4 5 Kloetz im Magen 1 2 3 4 5 Schmerzen 1 2 3 4 5 Übelkeit 1 2 3 4 5	<i>/</i>	
<i>17⁰⁰</i>	<i>1 Apfel</i>	<input type="checkbox"/> schnell <input type="checkbox"/> hektisch <input type="checkbox"/> schlingend <input checked="" type="checkbox"/> langsam <input type="checkbox"/> genüßvoll <input type="checkbox"/> konzentriert	Druckgefühl 1 2 3 4 5 Kloetz im Magen 1 2 3 4 5 Schmerzen 1 2 3 4 5 Übelkeit 1 2 3 4 5	<i>/</i>	
<i>→ 21 getrunken</i>		<input type="checkbox"/> schnell <input type="checkbox"/> hektisch <input type="checkbox"/> schlingend <input type="checkbox"/> langsam <input type="checkbox"/> genüßvoll <input type="checkbox"/> konzentriert	Druckgefühl 1 2 3 4 5 Kloetz im Magen 1 2 3 4 5 Schmerzen 1 2 3 4 5 Übelkeit 1 2 3 4 5		
		<input type="checkbox"/> schnell <input type="checkbox"/> hektisch <input type="checkbox"/> schlingend <input type="checkbox"/> langsam <input type="checkbox"/> genüßvoll <input type="checkbox"/> konzentriert	Druckgefühl 1 2 3 4 5 Kloetz im Magen 1 2 3 4 5 Schmerzen 1 2 3 4 5 Übelkeit 1 2 3 4 5		
		<input type="checkbox"/> schnell <input type="checkbox"/> hektisch <input type="checkbox"/> schlingend <input type="checkbox"/> langsam <input type="checkbox"/> genüßvoll <input type="checkbox"/> konzentriert	Druckgefühl 1 2 3 4 5 Kloetz im Magen 1 2 3 4 5 Schmerzen 1 2 3 4 5 Übelkeit 1 2 3 4 5		

Ernährungsprotokoll II

Name: Kristina Wochentag: Dienstag Datum: 05.11.02

Mahlzeit:		Was und wieviel habe ich gegessen und getrunken?	Wo habe ich gegessen?	Mit welchen Personen habe ich gegessen?	Welche Gedanken und Gefühle haben mich beschäftigt?	Wann habe ich erbrochen? (Zeit/Menge)	Welche sportlichen Aktivitäten habe ich durchgeführt? (Art/Dauer/Zeit)
Beginn	Ende						
7 ¹⁵	7 ⁴⁵	1 Brötchen mit 2 Scheiben Käse 1 Tasse Coffee 1 Glas Tee	Spende - Kirche	Gruppe unipfadler	- Zornisches Gefühl - Kopfschmerzen - schlechter Appetit - Appetitlosigkeit	/	
11 ¹⁵	13 ¹⁵	1 Brotkrumen Brotchen	Leber - Kirche	Essensmops Gruppe	- Angst, dass ich die Gruppe überleben solange - trotzdem versuche zu den Kätzchen zu essen, habe den Appetit komplett - habe ja auch Hunger geschmeckt durch Pflaumenkuchen	/	
18 ¹⁵	19 ¹⁵	1 trockene Stulle 1 Apfel 2 Gläser Tee	Grasse - Sack	Gruppe unipfadler		/	
		ca. 1,5 l Tee nebenbei getrunken					

Abschlusspodium



*Podiumsgäste waren:
Dipl. sozial.-päd. Regina Knop, Dipl. psych. Martina Merkle, Prof. Dr. Karin Reis,
Dipl. soz. Madeleine Jahnke, Dipl. psych. Bernd Sobottka
(v.l.n.r.)*



Zusammenfassender Ausblick

Prof. Dr. Karin Reis

Die große Resonanz auf unser thematisches Angebot zur 3. Landeskonferenz für Frauengesundheit hat uns in unserem Bewußtsein bestärkt, hiermit ein drängendes Gesundheitsproblem von Frauen aufgerufen zu haben. Besonders erfreulich ist es für die Veranstalterinnen wie Teilnehmerinnen gewesen, sowohl Frau Dr. Marianne Linke als neue Sozialministerin als auch Frau PStS Dr. Margret Seemann als neue Landesgleichstellungsbeauftragte begrüßen zu dürfen. Beide Politikerinnen signalisierte ihre Bereitschaft, Lösungen aus dem Katalog notwendiger Maßnahmen zu unterstützen.

Nach den eindringlichen Selbstberichten zweier junger Frauen, die das persönliche Schicksal Essgestörter veranschaulichten, sind wir in unserem Willen gefestigt worden, in Mecklenburg-Vorpommern die gesundheitliche Versorgung für diese Frauen zu erweitern.

In der Diskussion kam zum Ausdruck, wie tiefgreifend die Veränderungen sind, die sich gegenwärtig vor allem unter älteren Schülerinnen abzeichnen: die Lehrerinnen berichteten durchweg von mindestens einer Schülerin pro Klasse, die Probleme mit dem Körpergewicht und dem Essen hat. Diese Mitteilung bestätigt allgemein geschätzte Zahlen über die Verbreitung der Erkrankung auch für Mecklenburg-Vorpommern. Das Problem wächst, wir dürfen nicht davon ausgehen, daß es sich sobald von selbst erledigt.

Wer mit essgestörten jungen Mädchen und Frauen als Laie konfrontiert wird, gerät meistens in ein Dilemma:

Eltern sind hilflos, weil ihr „Predigen“ nichts bewirkt. Die eventuell zu Grunde liegenden Konflikte werden nicht erkannt oder verdrängt, eine zweite Konfliktebene kann sich aufbauen.

Auch Lehrerinnen sind nicht wesentlich besser als Eltern gerüstet. Sie benötigen mehr Handwerkszeug zur Vorbeugung einer Fehlentwicklung junger Mädchen und zur Erkennung von Symptomen der beginnenden Essstörung.

Außerdem brauchen sie zuverlässige Informationen über helfende Angebote, die sie den betroffenen Mädchen mit gutem Gewissen empfehlen und wo auch Eltern u. U. Beistand finden können. Ein Erlaß für Schulen der für diese Ansätze in Frage kommen könnte ist in Arbeit (zu erfragen bei Frau Dr. Zander, LISA).

Essstörungen sind nicht nur ein körperlich bestimmtes Gesundheitsproblem, sondern ursächlich eng mit psychosozialen Bedingungen verknüpft. Dieser Umstand macht sie zum typischen Fall der psychosomatischen Medizin, der einer hochspeziellen fachlichen und integrierten Betreuung durch Ärzte, Psychologen und andere Therapeuten bedarf.

Nicht überall in Mecklenburg-Vorpommern sind solche Einrichtungen in angemessener Zahl und Zugänglichkeit vorhanden. So ist es aus Ermangelung spezieller Stellen zur Mitnutzung von Suchtberatungsstellen im Lande gekommen, deren Öffnung für Essgestörte nicht wegen einer theoretischen Definitionsfrage aufgegeben werden darf, solange nicht feststeht, wo und wer als erster Ansprechpartner erreichbar ist.

Betroffene Mädchen sind nicht nur auf Rat angewiesen, sondern je nach dem Grad der Störung sind therapeutische Hilfsangebote erforderlich.

Selbsthilfegruppen haben in einem Netz von (psychosomatischen) Einrichtungen zwei Funktionen zu erfüllen; als erstes sind sie Anlaufpunkt und Auffangnetz für Neuerkrankte, wenn die Therapie noch auf sich warten läßt; als zweites sind sie Begleiter im Anschluß an eine Therapie, um den neu erlernten Lebensstil zu festigen. In jedem dieser Fälle müssen sie professionell begleitet werden.

Lehrerinnen fordern für ihren Berufszweig und für die Schulen die durchgängige Besetzung der Stellen für Gesundheitslehrerinnen ein, die eine Abminderung von wöchentlich 2 Unterrichtsstunden bräuchten, um sich der beratenden und aufklärenden Arbeit, übrigens ohne Zensur, widmen zu können. Im gleichen Atemzug wird die Sozialarbeit an den Schulen eingefordert, die außerhalb des Unterrichtes generell gewährleistet sein muß, um eine alternative Kommstruktur aufbauen zu können.

Die Therapieangebote in der Klinik Schweriner See sind überzeugend dargestellt worden und weisen auf die erfolgreich eingeschlagenen Wege hin, die es weiter auszubauen gilt. Denn noch sind die Wege und Wartezeiten auf eine psychosomatische Therapie für essgestörte Frauen zu lang.

Die Konferenz hat uns Wege aufgezeigt, die zur Minderung persönlichen Leids der essgestörten Frauen eingeschlagen werden können. Daneben waren sich die Teilnehmerinnen einig in der Frage, daß mehr zur Verhinderung (Prävention) von Essstörungen unternommen werden muß. Hierzu ist allerdings die ganze Mediengesellschaft aufgerufen, die mit ihren symbolischen Botschaften stark involviert ist.

Diese zwei Aufgabenkomplexe werden uns in der Zukunft im GAF MV weiter beschäftigen. Die Gesundheits- und die Frauenpolitikerin des Landes haben ihre Bereitschaft bekundet, unsere Bemühungen zu unterstützen.

Insgesamt gesehen war die Konferenz nicht zuletzt dadurch ein Erfolg.

An diesem Erfolg haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Klinikleitung der Klinik Schweriner See einen entscheidenden Anteil. Die Veranstalterinnen und Teilnehmerinnen sagen dafür herzlichen Dank.





Dank den Podiumsgästen



Der Schlußapplaus

Impressionen der angeregten Diskussion



