

Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg
Fachbereich Ökötrophologie

**Essstörungen bei Migranten -
Leitfaden für Lehrer im Umgang mit Betroffenen**

- Diplomarbeit -

vorgelegt am 23. Januar 2007
von

Daniel Wang

[REDACTED]

[REDACTED]

Ref.:

Prof. Dr. Joachim Westenhöfer
(Betreuender Professor)

Prof. Dr. Michael Hamm
(Korefferent)

Inhaltsverzeichnis

1 Einführung	7
2 Formen von Essstörungen	9
2.1 Allgemeines über Essstörungen.....	9
2.2 Anorexia nervosa – Magersucht.....	11
2.3 Bulimia nervosa (Fress – Brech – Sucht).....	13
2.4 Binge Eating Disorder.....	16
2.5 Besonderheiten und andere Formen von Essstörungen.....	17
3 Situation für Migranten in Deutschland.....	17
3.1 Grundbegriffe in der Migrationsproblematik.....	19
3.1.1 Akkulturation.....	19
3.1.2 Assimilation.....	19
3.1.3 Integration.....	20
3.1.4 Segregation.....	20
3.2 Migration als Risikofaktor für die Entstehung von Essstörungen.....	21
3.3 Migration – Situation der Gesundheitsversorgung in Deutschland.....	26
3.4 Fettleibigkeit bei Migrantenkindern.....	27
3.5 Gesundheitsverhalten der Migranten.....	28
3.6 Besondere soziale Situation in Migrantenfamilien.....	32
3.7 Situation bei Flüchtlingen.....	34
4 Besonderheiten von Essstörungen in anderen Kulturen.....	35
4.1 Der Mythos der Essstörungen als Krankheit der westlichen Zivilisation.....	38
4.2 Forschungen über Essstörungen in anderen ethnischen Kulturen.....	41
4.2.1 Migranten asiatischer Herkunft.....	41
4.2.2 Migranten arabischer Herkunft.....	41
4.2.3 Lateinamerikaner und Migranten aus lateinamerikanischen Staaten.....	42
4.2.4 Afrikaner und afrikanische Migranten.....	42
4.3 Erkenntnisse über Essstörungen in den westlichen Ländern.....	44

5 Vorüberlegungen zur Erstellung einer Präventionseinheit.....	45
5.1 Prävention in der Forschung.....	45
5.2 Das Selbstvertrauen bei den Mädchen stärken	49
5.3 Verhalten in der Gruppe und Führungspersönlichkeiten	51
5.4 Das Erreichen der Eltern.....	53
5.5 Sekundärpräventive Maßnahmen.....	53
5.6 Die Co-Abhängigkeit.....	55
6 Erfahrungen im Umgang mit Migranten – Methodik.....	56
7 Erfahrungen mit Essgestörten und essgestörten Migranten.....	57
7.1 Erfahrungen in Schulen	57
7.1.1 Fallbeispiel 1 – Schule in Hamburg Altona.....	57
7.1.2 Fallbeispiel 2 – Schule in Wilhelmsburg.....	58
7.2 Erfahrungen in Beratungszentren.....	60
7.2.1 Kajal e.V in Hamburg.....	60
7.2.2 Die Boje e.V. in Hamburg.....	62
7.2.3 Die Waage e.V. in Hamburg.....	63
7.2.4 CODROPS in Hamburg.....	65
7.2.5 Universitätsklinik in Lübeck.....	66
7.2.6 E-Mail Befragungen.....	67
7.2.7 Weitere Informationen aus Telefoninterviews.....	72
7.3 Erfahrungen aus Sicht einer Sozialpädagogin.....	73
7.4 Ergebnisse und Diskussion aus den Interviews.....	75
8 Prävention von Essstörungen an den Schulen.....	78
8.1 Wichtige Faktoren zur Erstellung einer Intervention.....	78
8.1.1 Gefahrengruppe.....	79
8.1.2 Geschlecht.....	80
8.1.3 Alter.....	80
8.1.4 Programmformat.....	81
8.1.5 Anzahl der Sitzungen.....	81
8.1.6 Programminhalt.....	82

8.2 Prävention und die Rolle der Beratungslehrer.....	82
8.3 Varianten von Präventionseinheiten und deren Wirkung.....	84
8.3.1 Dissonanzinterventionen.....	84
8.3.2 Interaktive Programme.....	86
8.3.3 Healthy Weight Intervention.....	88
8.3.4 Computer Administered Program.....	89
8.3.5 Didaktische Aufklärung.....	91
9 Lösungsansätze.....	92
9.1 Frühe Interventionen.....	92
9.2 Experteneinrichtungen.....	97
9.2.1 Beratungsstellen für Essstörungen.....	98
9.2.2 Beratungsstellen für Migranten.....	100
9.2.3 Therapiezentren.....	100
9.2.3.1 Tageskliniken.....	101
9.2.3.2 Stationäre Kliniken.....	102
9.2.4 Ambulante Therapie.....	103
9.2.5 Online Beratung.....	104
9.3 Öffentlichkeitsarbeit.....	105
10 Literaturverzeichnis.....	107
11 Quellenverzeichnis.....	118
12 Abkürzungsverzeichnis.....	121
13 Anhang.....	122

Zusammenfassung

Theoretischer Hintergrund: Aufgrund steigender Anzahl an Diagnosen von Essstörungen, steigt der Bedarf an Prävention. Der Bedarf an Prävention steigt. Diese Diplomarbeit ist eine Hilfestellung für die Lehrer, welche sich über das Thema Essstörungen bei Migranten informieren möchten. Diese Arbeit gibt Ratschläge zur Durchführung von Prävention und Lösungsansätze zum Intervenieren eines essgestörten Schülers. Die Vorschläge basieren auf den Erfahrungen und Ideen von den befragten Experten (Lehrer, Berater).

Methode: Für die Interviews wurde ein umfangreicher Fragebogen vorbereitet, welcher für Lehrer und Berater jedoch unterschiedliche Fragen beinhaltete. Ich suchte im Raum Hamburg und Lübeck nach Interviewpartnern. Dabei fragte ich das Lehrinstitut Hamburg nach Lehrern mit Erfahrung in dieser Thematik. Die Kontaktsuche nach Beratungsstellen war jedoch einfacher, da sie im Internet präsent sind und mit dem Sucht- und Präventionszentrum zusammenarbeiten. Die Interviews dauerten nicht länger als eine Stunde und wurden in Hamburg und Lübeck durchgeführt. Andere Antworten bekam ich durch Telefoninterviews und Internetbefragungen.

Ergebnisse: In den Antworten kam ich zu der Erkenntnis, dass in allen Beratungsstellen nur selten Migranten Hilfe suchten. Auch in Beratungsstellen, welche schon seit über 15 Jahren existieren wurden relativ selten Beratungsgespräche mit Migranten durchgeführt. Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnis habe ich die Ursachen für die seltene Inanspruchnahme der Beratungsstellen durch Migranten untersucht und bin zu dem Ergebnis gekommen, dass Migranten zuerst Hilfe im Verwandtschaftskreis suchen. Einige junge Frauen, denen der Weg zur Beratung verwehrt wird, gehen heimlich zur Einrichtung und leben in großer Angst.

Im Trend liegen Online-Beratungen, die von Migranten (welche die deutsche Sprache beherrschen) sehr häufig in Anspruch genommen werden.

Diskussion: Schulen mit einem großen Anteil an Schülern mit Migrantenhintergrund sind mit vielerlei anderen Themen überlastet und übersehen schneller gesundheitliche Anfälligkeiten. Die Schulen sollten mit anderen Einrichtungen ein Netzwerk bilden, um der Situation nicht hilflos gegenüberzustehen.

Abstract

Background: This diploma thesis should be a teacher's guide for helping in situations with immigrants who have an eating disorder. It gives some advice to prepare a prevention and gives ideas how to care for all relevant people. These advices are based on the experiences and ideas from the interviewed experts (teachers and counselors).

Method: For the interviews I prepared a questionnaire, but the questions are specified for the teachers and counselors. In the region of Hamburg I looked for some teachers who were already faced with the problem. To find some counselors was more easy, because they are present in the internet and work together with the central of addiction and prevention in Hamburg. One interview wont take longer than one hour. the interviews have been conducted in and around Hamburg. Other answers I've got from phonecalls and emails.

Result: As a result of my survey, I found out that immigrants in Germany infrequently use the specialized information centers in case of eating disorders. Also helpdesks, they have expierences of more than 15 years, counseled just a few immigrants. There is an upward trend in the use of Online counseling. Therefor the immigrants have to be proficient in german language.

Discussion: Schools with many immigrants are overburdened, because there are many other problems. So they and can't handle with specific problems. These schools should found a network with other institutions.

1 Einführung

Ursprünglich plante ich einen allgemeinen Leitfaden für Lehrer zum Thema Essstörungen. Essstörungen treten immer häufiger in Erscheinung. Die Symptome werden meistens bei Jugendlichen zwischen der Pubertät und dem 25. Lebensjahr erkannt. In den Vereinigten Staaten und in Kanada sind bisher reichlich Daten und Forschungen über Migranten mit Essstörungen zu finden. Leider gibt es in Deutschland auf diesem Gebiet nur wenige Studien über dieses Thema.

Während meiner Studie habe ich erkannt, dass bereits kleinere Leitfäden und Broschüren zu diesem Thema für Lehrer veröffentlicht wurden. Auch ein Leitfaden des Lehrinstituts in Hamburg befand sich im Zeitraum meiner Arbeit kurz vor der Vollendung. Anfang 2007 soll dieser veröffentlicht werden. Das Lehrinstitut teilte mir mit, dass es den Bereich der Migranten noch nicht berücksichtigt hat. Durch meine Frau, die ebenfalls aus dem Ausland stammt, konnte ich feststellen, wie unterschiedlich andere Kulturen Krankheiten sehen und behandeln lassen. Besonders das Misstrauen gegenüber Ärzten und der kulturbedingte Aberglaube aus Berichten und persönlicher Erfahrung haben mein Interesse für diese Arbeit geweckt.

Im meinem Hauptteil habe ich die Erfahrungen von Lehrern und Mitarbeitern aus Beratungszentren dokumentiert. Die ausführlichen Interviews habe ich in Hamburg durchgeführt. Die restlichen Einrichtungen befragte ich per Telefon oder per E-Mail. Für die Diplomarbeit habe ich eine Vielzahl an Fragen vorbereitet. Die Interviews sollten nicht länger als eine Stunde dauern. Die angesprochenen Beratungsstellen und Therapiezentren waren im großen Umfang bereit, die Fragen zu beantworten, während die Rückmeldungen der Lehrer weniger zahlreich waren, als erwartet. Die Handlungsvorschläge in meinen Leitfaden basieren aus den Vorschlägen und Erfahrungen der Experten (Berater und Lehrer) sowie aus einigen Literaturquellen.

Im ersten Abschnitt stelle ich die einzelnen Typen von Essstörungen vor. Danach folgen einige Begriffserläuterungen zur Migrantenproblematik. Im deutschen Raum finden Bemühungen hinsichtlich der Migrantenversorgung statt. In einigen Kliniken werden bereits Fortschritte hinsichtlich der Qualität der Behandlung mit

fremdsprachlichen Patienten gemacht. Es wird dort die Frage gestellt, inwiefern Patienten mit Migrantenhintergrund besser versorgt werden können. Vor allem sprachliche Defizite werden als besonderes Problem bei der Behandlung gesehen. Diese Frage könnte auch für essgestörte Migranten von Bedeutung sein, da viele Angebote entweder unbekannt sind oder nicht in einer anderen Sprache angeboten werden. Bei den Beratungen betroffener junger Migranten sollten auch die Eltern involviert werden. Diese sprechen jedoch teilweise schlechteres Deutsch als ihre Kinder. In diesem Kapitel werden auch die Themen Migranterversorgung, Risikofaktoren von Essstörungen und das Gesundheitsverhalten der Migranten angesprochen. Besonders die Forschung der letzten Jahrzehnte hat erwiesen, dass der Integrationsprozess mit vielen psychischen Belastungen der Migranten verbunden ist. Das deutsche Gesundheitssystem hat sich jedoch in Sachen Migranterversorgung kaum verbessert. Einsparungen der deutschen Politik in den vergangenen Jahren bieten für manche Betroffene, besonders für Flüchtlinge nur ein Notversorgungssystem. Ich möchte den Lesern meiner Diplomarbeit helfen, sich in die Lage der Migranten hineinzusetzen.

Ergebnisse aus Forschungen in unterschiedlichen Kulturen, welche in Deutschland und größtenteils in anderen Ländern veröffentlicht wurden, erläutere ich im vierten Kapitel. Dieser Abschnitt soll dem Leser verdeutlichen, in welchen Merkmalen sich Migranten in Bezug auf Essstörungen unterscheiden oder nicht unterscheiden.

Bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gibt es die Möglichkeit, seine Erfahrungen im Umgang mit Migranten in Foren zu teilen. Diese werden danach, selbstverständlich anonym, für andere sichtbar gemacht.

Erst in den letzten Jahren sind mehr Forschungen über Essstörungen in anderen Kulturen in Erscheinung getreten. In Deutschland gibt es viele Schulen mit einer hohen Migrantenquote. Besonders im Jahr 2006 wurde in den Medien häufig über diese Schulen berichtet. Ich stelle mir vor, dass die Arbeit an Schulen mit multinationalen Schülern nicht sehr einfach ist. Ich wünsche mir, dass die Diplomarbeit als gute Hilfestellung für die Lehrkräfte dienen kann.

2 Formen von Essstörungen

2.1 Allgemeines über Essstörungen

In dem Maße, wie das Schönheitsideal sich in der Gesellschaft verändert hat, zeigen immer mehr Frauen eine erhöhte Unzufriedenheit mit ihrem eigenen Körper und geben dem Druck nach, dem Schönheitsideal zu entsprechen. Die steigende Anzahl von Diätartikeln in den Magazinen und das erhöhte Diätverhalten, sogar bei pubertierenden Frauen, sind Auslöser für diese Unzufriedenheit. Dieses Diätverhalten wird als Vorbote der Essstörungen gesehen (Miller und Pumariega 2001). Untergruppen wie Balletttänzer, Modells und Sportler zählen zu den als besonders gefährdeten Gruppen, die eine Essstörung entwickeln könnten. (Russel 1985)

Genetische Faktoren können ebenfalls eine Rolle bei den Essstörungen spielen. Die Entwicklung einer solchen Krankheit wird nicht nur durch den Druck der Gesellschaft, sondern ist auch genetisch verursacht. Essstörungen gehen einher mit Zwangserkrankungen, verlorenem Selbstbewusstsein und Depressionen bis hin zum Selbstmord. Der permanente Stress unter den sich die Betroffenen selbst setzen, und die Angst vor Entdeckung des essgestörten Verhaltens führt zu Vereinsamung und Abbruch aller sozialen Kontakte. Die oft erheblichen Kosten für Lebensmittel und Medikamente treiben viele Betroffene in dauerhafte finanzielle Probleme und Verschuldung. Die Untersuchung vom Commonwealth Fund (Kanada) entdeckte, dass sexueller oder körperlicher Missbrauch ein hohes Risiko für eine Essstörung bedeutet. Missbrauchte Mädchen führen häufiger Diäten durch und haben einen höheren Grad an Erbrechen und Bingeing (Essattacken). Missbrauchte Mädchen und junge Frauen mit depressiven Symptomen haben ein doppeltes Risiko für eine Essstörung. Als weiteres Ergebnis zeigt diese Untersuchung, dass 2 von 5 missbrauchten Mädchen meinten, sie seien übergewichtig. (Nach dem tatsächlichen Gewicht wurde nicht gefragt.) Auch hier war die Rate doppelt so hoch, wie bei nicht missbrauchten Mädchen. (Quelle Harris 1997)

Bis in den 1970er Jahren waren Bulimie und Binge Eating Disorder praktisch unbekannt und wurden selten als Krankheit behandelt.

Nicht nur junge Frauen, auch Männer können von einer Essstörung betroffen sein. Nach Pope (2000) leiden 1 bis 7 % männlicher Schüler und Studenten unter einer Essstörung oder ähnlichen Problemen. Pope sagt aus, dass Männer generell den Wunsch äußern, schwerer und muskulöser zu sein.

Essstörungen sind durch den anorektischen Stereotypen (extrem dünn) oder durch den Binge Eating Stereotypen (fettleibig) bekannt geworden. Jedoch haben 70 % aller Bulimiker Normalgewicht, 15 % sind untergewichtig und 15 % übergewichtig. (Connors und Johnson 1987). Essstörungen sind oft durch eine Vielzahl psychologischer Merkmale charakterisiert, wie z.B.: verzerrtes Körperbild, die Besessenheit sein Körpergewicht zu reduzieren, das Leiden unter der Körperform und -größe, Perfektionismus und emotionelle Unterschiede. Dieser Komplex an psychologischen Symptomen ist nicht alleine am Gewicht erkennbar und kann auch bei völlig gesundem Körpergewicht auftreten.

In Deutschland ist ein wachsendes Diätverhalten bei den Schülern zu beobachten. Nach einer Studie in Jena zeigt fast jeder dritte Schüler Frühformen von Magersucht oder Ess-Brechsucht. Nach Schätzungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sind mehr als 100.000 Frauen im Alter von 15-35 Jahren von Magersucht und 600.000 Frauen insgesamt von Ess-Brechsucht betroffen. In Ostdeutschland stuften die Forscher 30 % der Schüler als latent gefährdet ein, in Westdeutschland liegt der geschätzte Anteil von 56 % wesentlich höher. 41 % der Schüler schätzten sich als übergewichtig ein, wobei nur 8 % tatsächlich übergewichtig waren. Umgekehrt waren 33 % untergewichtig, wobei nur 6 % sich dessen bewusst waren. (Aschenbrenner 2002) Auch während der Schwangerschaft können sich Essstörungen bemerkbar machen.

Je früher eine Person die Erkrankung erkennt umso besser sind die Aussichten für eine Heilung und zur vollständigen Normalisierung. Wenn Essstörungen nicht früh genug identifiziert und schnell behandelt werden, können sie chronisch verlaufen, den Körper abschwächen und zum Tode führen.

Steigendes Risiko für Anorexie und Bulimie wurde bei homosexuellen Männern, verglichen mit heterosexuellen Männern, festgestellt. (Charlat et al 1997). Studien zeigten, dass es keinen signifikanten Unterschied in der Körperzufriedenheit zwischen lesbischen und heterosexuellen Frauen gibt (Myers et al 1999), (Es wurde einst vermutet, dass Lesben davor behütet wären), jedoch zeigten schwule mehr Unzufriedenheit als heterosexuelle Männer. (Yelland und Tiggermann 2003).

Es gibt noch keine exakten Statistiken über das Auftreten von Essstörungen bei rassischen Minderheiten, weil die bisherigen Studien mehr auf Frauen mit weißer Hautfarbe fokussierten. Neueste Studien zeigten jedoch, dass afroamerikanische Frauen mehr Diuretika (harntreibende Mitten) und/oder Laxativen (Abführmittel) anwenden und zur Gewichtskontrolle fasten, als Frauen europäischer Herkunft. (Striegel Moore et al 2000). Eine weitere Studie von Striegel-Moore et al (2001) gibt an, dass der Anteil afroamerikanischer Frauen mit Binge Eating Disorder (BED) doppelt so hoch ist, wie bei Frauen europäischer Herkunft. Personen, die in die dominante amerikanische Kultur assimilieren, sind steigend der Gefahr ausgesetzt von einer Essstörung betroffen zu sein.

2.2 Anorexia nervosa - Magersucht

Anorektiker sind charakterisiert durch ihr Untergewicht. Das Körpergewicht liegt 85 % unter dem erwarteten Gewicht. Der BMI bei den diagnostizierten Frauen liegt bei 17,5 oder darunter. Normalgewichtige haben ein BMI-Intervall von 19 bis 24.

Das Essverhalten ist sehr restriktiv. Anorektiker nehmen nur ganz wenig Kalorien zu sich. Viele Betroffene sind besessen von der Beschäftigung mit Lebensmitteln. Anorektiker sind leer in ihrer Fantasie und haben starke Tendenzen zum Perfektionismus. Die Betrachtungsweise ist so soweit verdreht, dass sie sich selbst als zu dick sehen. Auf die Körperform wird strengstens acht gegeben.

Physiologischen Folgen der drastischen Gewichtsabnahme sind:

- Ausbleiben der Regelblutung,
- kalte Hände und Füße,
- niedrige Herzschlagfrequenz,
- niedriger Blutdruck,
- gastrointestinale Symptome (Magen-Darm-Trakt),
- Muskelschwund,
- trockenes, sprödes Haar,
- Flaumhaar auf dem Körper
- Durch den Verlust der Knochenmasse besteht Osteoporosegefahr.
- Die Dehydrierung kann die Nierenfunktion einschränken.

Psychisch wirkt sich die Anorexie folgendermaßen aus:

- Leugnung des Problems,
- die Furcht zuzunehmen oder die Kontrolle zu verlieren,
- depressive Stimmung,
- Flat Affect (Personen, welche hohe Risiken eingehen ohne begleitende vegetative Reaktionen zu zeigen),
- emotionsloses in Erscheinung treten
- Anorektiker könnten in der Vergangenheit missbraucht worden sein.

Anorexia nervosa hat die höchste Sterblichkeitsziffer aller psychiatrischen Krankheiten. Laut der Amerikanischen Anorexia/Bulimia Vereinigung, leiden 1 % der Teenager in den Vereinigten Staaten unter Anorexie und ca. 10 % von ihnen sterben an dieser Krankheit. Bleibende Schädigungen der inneren Organe, Störungen der Herzfunktion, Depressionen bis hin zum Selbstmord sind keine Seltenheit. Die inneren Organe wie Leber oder Nieren werden, verschlimmert noch durch andauernden Medikamentenmissbrauch, dauerhaft geschädigt, es kommt zu Herzrhythmusstörungen bis hin zum Herzstillstand. Knochen und Zähne werden angegriffen, die Muskelmasse baut sich nach und nach ab, der Elektrolythaushalt des

Körpers gerät aus dem Gleichgewicht. Bei Frauen führt die Störung des Hormonhaushaltes zum Ausbleiben der Menstruation, im Extremfall zu Unfruchtbarkeit, bei Männern beobachtet man Impotenz. In Studien erkannte man, dass sie an mehr Langzeiteffekten leiden. Ein Beispiel dafür ist, dass farbige Männer viel später mit der Krankheit diagnostiziert werden und sie länger ohne Behandlung mit dieser Erkrankung leben.

Anorektiker ziehen sich von der Gesellschaft zurück und haben kaum Kontakt zu anderen Menschen. Mit anderen zu essen wird von ihnen entschuldigend abgelehnt. Das sexuelle Interesse lässt nach. 90 bis 95 % der diagnostizierten Anorektiker sind weiblich. (Quelle: BZgA)

Bei der Betrachtung genetischer Faktoren zeigten Studien, dass Frauen mit anorektischen Verwandten eine höhere Neigung zu einer Essstörung vererbt bekamen. In einer Zwillingsstudie war die Übereinstimmung bei Anorexia nervosa bei 75 bis 80 %. (Vilela et al 2004)

Geschichtlich wurden steigende Fälle von Anorexie bei Frauen im Alter zwischen 15 und 19 Jahren ab 1930 alle 10 Jahre verglichen. In den Vereinigten Staaten bekommen nur ein Drittel aller Anorektiker psychologische Hilfe, nur 6 % der Bulimiker bekommen psychische Hilfe.

2.3 Bulimia nervosa (Fress – Brech – Sucht)

Der Begriff Bulimie stammt aus dem griechischen „boulimia“ und bedeutet „Ochsenhunger“. Nach Schätzungen des Max-Planck Institutes sind 20 % der jungen Frauen im Alter zwischen 18 und 25 Jahren betroffen. Bulimiker sind meist normalgewichtig, können aber ebenso über- oder untergewichtig sein.

Die Essattacken sind charakterisiert durch das Gefühl der Leere oder die Kontrolle über das Essen verloren zu haben, gefolgt von Schuldgefühlen. Möglicherweise hat die oder der Betroffene schon einige Diäten durchgeführt, die sie wiederkehrend in einem Teufelskreis zwischen restriktivem Essen und Essattacken führen. Neben dem

selbstinduzierten Erbrechen werden Laxative (Abführmittel) oder Diuretika (harntreibende Medikamente) verwendet. Die Betroffenen sind oft überpersonifiziert und haben extreme Betrachtungsweisen zum Gewicht und zur Figur. Physische Symptome zur Bulimie sind unter anderem: mögliche Gewichtszunahme, Halsentzündung, Brechreiz, Magenkrämpfe, Ohnmachtsanfälle, gastrointestinale Syndrome (Magen-Darm-Trakt), Ösophagusblutungen, geschwollene Drüsen, Dehydration sowie Verfärbung der Zähne. Bulimiker fühlen sich nach den Essattacken schuldig und ängstlich. Die Persönlichkeit der Bulimiker ist emotional labiler und impulsiver als bei den restriktiv anorektischen Patientinnen. Früherer sexueller, körperlicher oder verbaler Missbrauch könnte stattgefunden haben. Destruktives Verhalten, wie sexuelle Promiskuität, Stehlen und ähnliches sind bei vielen Bulimikern zu beobachten. Die Bulimie entwickelt sich oft aus einer Anorexie und aus restriktivem Essen heraus. Sie hat zur Folge, dass durch das ungleiche Elektrolytverhältnis Störungen in der Herztätigkeit auftreten können. Weitere mögliche gesundheitliche Konsequenzen sind Dehydrierung, Zahnfäule sowie Magenriss. Bulimiker sind gelegentlich isoliert, jedoch fähig nahe Beziehungen aufzubauen. 80 % der diagnostizierten Bulimiker sind weiblich.

Laut Hoek und van Hoeken hat sich die Anzahl der Bulimiker von 1988 zu 1993 in den Vereinigten Staaten verdreifacht. Bulimie ist durch wiederholte Attacken von Heißhunger ("Fressattacken"), gefolgt von selbst herbeigeführtem Erbrechen gekennzeichnet. In der Regel spielen sich solche Attacken in aller Heimlichkeit ab.

Das eigentliche Problem ist nicht unbedingt der Essdrang sondern die Gegenmaßnahme. Das bedeutet dass diese Person fastet ohne medizinische Notwendigkeit und ohne ärztliche Kontrolle, sich erbricht und exzessiv Sport treibt. Grund dieser Gegenmaßnahme ist die Angst zuzunehmen. Das subjektiv empfundene Übergewicht richtet sich nicht nach medizinischen Maßstäben, sondern meist den Bildern aus den Medien. Wird das Essen zur Befriedigung seelischer Bedürfnisse (z.B. Angst, Stress) kann diese Person in einen Teufelskreis von Überessen und Erbrechen gelangen. Das Erbrechen kann zu einer Sucht werden. Vielen ist das Verhalten so peinlich, dass sie es vor ihren Bekannten und Verwandten verbergen.

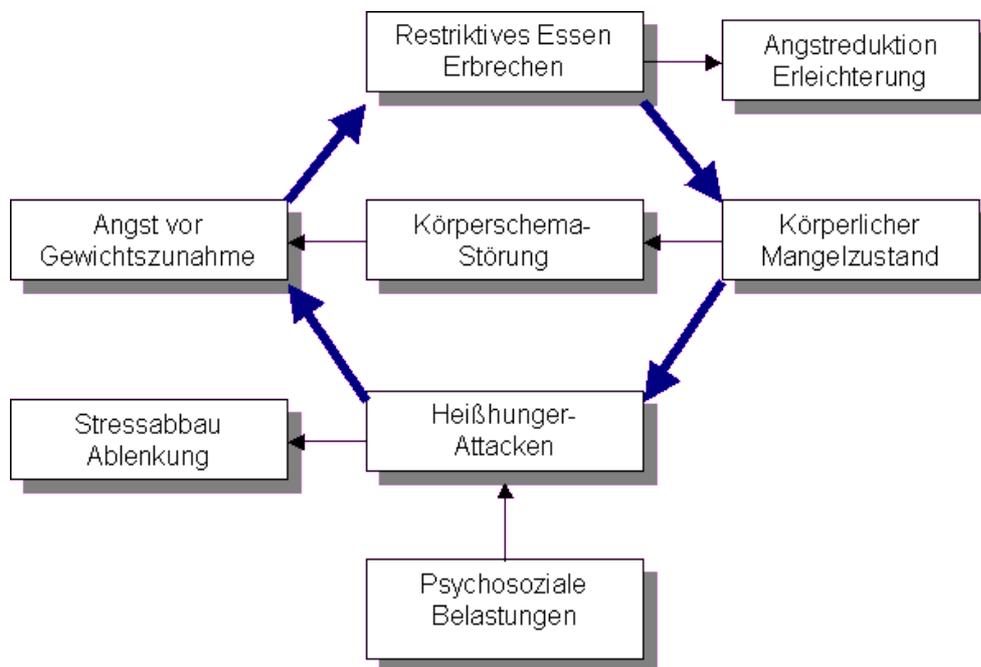


Abbildung 1: Teufelskreis der Essstörungen, Quelle: Bulimie-Zentrum (2006)

Verschiedene Bedingungen (Hintergrundkonflikte, Diäten oder Schönheitsideale) wirken zusammen und verketteten sich so, dass ein Teufelskreis entsteht, aus dem die Betroffene nur mit Mühe wieder herauskommen kann. Jedes Verhalten wird durch positive Konsequenzen verstärkt bzw. aufrechterhalten.

Das restriktive Essen führt zunächst zur Verringerung der Angst und zur Erleichterung (positive Konsequenz). Dadurch wird aber die Neigung zum Erbrechen verstärkt. Es kann sogar zur Ausschüttung suchterzeugender Endorphine kommen (zu *Suchterkrankungen*). Zugleich kommt der Körper in einen Mangelzustand, der leicht zu einer Essattacke führt, besonders, wenn dabei ein Stressor (z.B. Probleme mit den Mitmenschen, d.h. "psychosoziale Belastungen") wirkt. Dann bricht der Vorsatz, nicht zu essen, rasch zusammen. Bei der Heißhungerattacke wird Stress abgebaut, es tritt eine Beruhigungs- und Entspannungsphase ein (positive Konsequenz). Zugleich entsteht aber Angst zuzunehmen. Die Angst ist um so größer, je stärker sich das Selbstwertgefühl auf Faktoren wie Aussehen und Schlankheit gemäß dem gängigen Modeideal stützt. Diese Angst wird durch restriktives Essen bzw. Erbrechen wieder abgebaut, und so schließt sich der Teufelskreis.

2.4 Binge Eating Disorder

Binge bedeutet aus dem Englischen übersetzt „schlingen“. Der Unterschied von Binge Eating zur Bulimie liegt im wesentlichen darin, dass nach den Essattacken keine Gegenmaßnahmen ergriffen werden.

Binge Eater sind meistens, jedoch nicht zwingend übergewichtig. Wiederholte Bemühungen früherer Diäten können den Binge Eater, ähnlich wie bei der Bulimie, in einem Kreislauf zwischen restriktivem Essen und Essattacken führen. Patienten mit einer Binge Eating essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl („bis zum platzen“). Sie essen sehr viel schneller als normal. Um große Mengen an Nahrungsmitteln zu verschlingen muss aber kein Hungergefühl vorhanden sein. Viele Studien haben nach einem Zusammenhang zwischen Binge Eating und anderen psychischen Bedingungen, wie z.B. Emotionsstörungen geforscht. Binge Eating steht auch in Verbindung mit steigendem Körpergewicht. (Telch et al 1988)

In der Regel essen die Betroffenen während der Anfälle alleine, da sie sich für die große Menge schämen. Bei den Essattacken nehmen sie meistens fettreiche und süße Lebensmittel zu sich, welche sehr viele Kalorien enthalten. Bei einem Anfall werden teilweise so viele Kalorien aufgenommen, dass sie das doppelte des Tagesbedarfs übersteigen. Nach der Aufnahme der großen Menge folgt meistens ein Schuldgefühl welches zu einem großen Stimmungsabfall führt.

Auch Binge Eater verschweigen vor Scham ihren Verwandten und Bekannten ihre Verhaltensweisen. Bei der Binge Eating handelt es sich der Forschung nach um ein Vermeidungsverhalten, da unangenehme Empfindungen bei den Essattacken unterdrückt werden.

Binge Eating kann zu weiteren Problemen, wie Übergewicht, Stoffwechselstörungen, hohem Blutdruck, hohem Cholesterinspiegel, Diabetes, Gallenblasenerkrankung, Gelenkproblemen und emotionellen Störungen (z.B. Angstgefühle, Depression, Einsamkeit) führen. Binge Eater sind zwischenmenschlich sehr sensibel.

Im Vergleich zu Anorexie und Bulimie, wo hauptsächlich Frauen betroffen sind, können bei den Binge Eatern Mädchen und Jungen zu fast gleichen Anteilen betroffen sein. (momentan 60 % Frauen laut Duke University Student Health Care Center)

2.5 Besonderheiten und andere Formen von Essstörungen

Essstörungen sind in der vierten Auflage des Diagnostic und Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) der American Psychiatric Association oder nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision (ICD-10) notiert.

In Sachen Essstörungen gibt es noch weitere Formen, welche aber aus anderen Gründen entstanden sind. Dazu zählt z.B. das Pica Syndrom oder die Orthorexie.

Der Begriff der Orthorexie wurde erst in den letzten Jahren von Bratman geprägt. Darunter versteht er den Zwang, sich möglichst gesund zu ernähren. Zuerst folgen Orthorektiker der empfohlenen gesunden Ernährung. Doch nach einer bestimmten Zeit werden immer mehr Lebensmittel gemieden. z.B. akzeptieren manche Patienten am Ende nur noch Obst und Gemüse, welches am selben Tag geerntet wurden. Die Orthorexie wird jedoch noch nicht als psychische Krankheit anerkannt.

Eine Studie von Marchi and Cohen (1990) offenbart, dass sich Probleme aus der frühen Kindheit über die spätere Kindheit bis hin zur Pubertät parallel auswirken können. Das Pica – Syndrom in der Kindheit, welches ebenfalls eine krankhafte Essstörung in der Kindheit ist (z.B. gelüste auf Buntstifte etc.), hat ähnliche diagnostische Probleme wie Bulimie.

3 Situation für Migranten in Deutschland

„In der Forschungsliteratur ist allgemeiner Konsens, dass psychosoziale Angebote in Deutschland für Migranten nach wie vor schlecht zugänglich sind und der Informationsstand über diese Bevölkerungsgruppe noch ausgesprochen unzureichend ist.“ (Bräutigam und Schnittker 2002, S.564) Soziale Integration für Immigranten ist ein

langsamer beschwerlicher Weg, behindert durch kulturelle und sprachliche Barrieren. In Kanada wurde dokumentiert, dass Migranten weniger die gesundheitlichen Systeme in Anspruch nehmen als andere Frauen (Quelle: Ministry of Health, Toronto 1993).

Die Migration ist die Wanderung von Individuen oder einer Bevölkerung im geografischen und sozialen Raum, die mit einem vorübergehenden oder ständigen Wechsel des Wohnsitzes verbunden ist. Sobald ein Individuum die Landesgrenzen überschreitet, wird es aus Sicht des Landes, welches es betritt, als Einwanderer oder Immigranten bezeichnet. Laut Bughara und Jones (2001) durchläuft die Migration drei Phasen. Die erste Phase, die pre-migration, findet dann statt, wenn die Individuen sich entschließen zu migrieren und umzuziehen. Die zweite Stufe ist der Prozess der Migration an sich und der physische Wechsel vom gewohnten Ort in die neue Heimat. Darin entstehen die notwendigen psychologischen und sozialen Schritte. Die letzte Station ist die post-migration. Hier handeln die Individuen in den neuen sozialen und kulturellen Rahmenbedingungen. Sie lernen neue Rollen kennen und werden interessiert sein, sich in den neuen Gruppen anzupassen. Aufgrund der Orientierung zwischen zwei Kulturen besteht in dieser Phase die Gefahr einer Essstörung.

Unerlaubte Migration (Migration außerhalb staatlicher Regulierungsversuche) ist häufig mit lebensbedrohenden Risiken verbunden. Beispielsweise in Deutschland werden kaum Versorgungsmöglichkeiten für unerlaubte Migranten geboten. Unerlaubte Migranten können EU weit ab einem Alter von 16 Jahren als Erwachsene behandelt werden. Das hat zur Folge, dass sie danach in Erwachsenenunterkünfte geraten, und weder Schutz noch Ausbildungsmöglichkeiten bekommen. Sie haben die Möglichkeit Asylanträge zu stellen und über ein Widerrufsverfahren Ablehnungen entgegenzutreten. Der größte Teil verliert jedoch die Aufenthaltsrechte und muss sein Glück an anderen Orten suchen.

3.1 Grundbegriffe in der Migrationsproblematik

3.1.1 Akkulturation

Akkulturation ist „ein Komplex aus Phänomenen, der aus dem Prozess des direkten und kontinuierlichen Kontakts zwischen Individuen unterschiedlicher Kulturen resultiert, welcher eine graduelle Mutation der ursprünglichen Kulturmuster in eine der beiden Gruppen einleitet.“ (Herskovits 1936) Akkulturation führt im Gegensatz zu Assimilation zur Bildung höchst dynamischer Konfigurationen (durch Synkretismen, Hybridisierungen, Kreolisierungen und Pidginisierungen gekennzeichnet).

Nach Berry (1996) gibt es 4 Akkulturationsstrategien (durch Fragen, ob die Minderheitengruppe die eigene Kultur beibehalten will (oder nicht) und ob Kontakt zwischen Mehrheit und Minderheit bestehen soll):

- Assimilation (Kultur nein – Kontakt ja)
- Segregation (Kultur ja – Kontakt nein)
- Integration (Kultur ja – Kontakt ja)
- Exklusion (Kultur nein – Kontakt nein)

3.1.2 Assimilation

Üblicherweise wird mit der Assimilation von Einwanderern die Annahme der Sprache (bei gleichzeitiger Aufgabe ihrer eigenen) und der Gebräuche ihres Aufnahmelandes verbunden. So wird beispielsweise in Bezug auf das 19. Jahrhundert, auch von einer Assimilation eines Teiles der Juden in die Mehrheitsgesellschaften ihrer Heimatländer gesprochen. Die soziale Assimilation ist die Angleichung eines Individuums oder einer Gruppe an die soziale Umgebung durch Übernahme ähnlicher Verhaltensweisen und Einstellung. Die Assimilation kann als notwendige aber nicht zureichende Bedingung für die Verschmelzung von Minoritäten mit ihrer Umwelt angesehen werden. Es handelt sich in der Regel um den Übergang in das Lager eines sozial, politisch oder kulturell

dominierenden Kollektivs. Die strukturelle Disparität zwischen Herkunfts- und Aufnahmegesellschaft kann als eine der wichtigsten Grundbedingungen für solch einen Prozess gelten. Assimilation unterscheidet sich von Integration und Akkulturation durch die Tatsache, dass das Hinüberwechseln Aufgabe der alten Identität und die gleichzeitige Aufnahme eines neuen Zugehörigkeitsgefühls beinhaltet. Der Identitätswandel ist bei der Assimilation umfassender.

3.1.3 Integration

Integration bedeutet in der Soziologie die Wiederherstellung eines Ganzen durch Prozesse, die das Verhalten und Bewusstsein nachhaltig verändern. Integration kann einerseits zwischen einzelnen Individuen gegenüber Gruppen, andererseits zwischen Gruppen, Schichten, Rassen, Kulturen und Klassen innerhalb einer Gesellschaft untereinander und weiter noch zwischen verschiedenen Gesellschaften stattfinden. Ziel jeglicher Integration ist die Herausbildung neuer sozialer Strukturen und sozialer Ordnungen.

Auch werden Assimilation und Integration begrifflich oft gleich gestellt oder miteinander verwechselt. Es handelt sich aber um zwei verschiedene Prozesse, die unterschiedliche Auswirkungen haben. Der Zerfall einer Gesamtheit oder die Abspaltung von Teilen wird als Desintegration bezeichnet.

3.1.4 Segregation

Wienhold (1988) bezeichnet die Segregation als eine „zumeist räumliche Aufteilung von Individuen nach Hautfarbe, Konfession, Geschlecht, Status und anderen Merkmalen, die sich in der Art der Zugangsmöglichkeiten zu Wohnbezirken, Schulen, Kirchen, Clubs, öffentlichen Einrichtungen niederschlägt.“

Segregation bezeichnet den Vorgang der Entmischung von unterschiedlichen Elementen in einem Beobachtungsgebiet. Lässt sich die Tendenz zu einer

Polarisierung und räumlichen Aufteilung der Elemente gemäß bestimmter Eigenschaften beobachten, so spricht man von Segregation. Das Beobachtungsgebiet ist entlang bestimmter Merkmale segregiert, wenn eine bestimmte Gruppe oder ein spezifisches Element in Teilen des Beobachtungsgebietes konzentriert auftritt, in anderen dagegen unterrepräsentiert ist. Rassentrennung, auch (vor allem in den USA) Segregation genannt, ist die rassistisch motivierte zwangsweise Trennung von Menschen biologisch unterschiedlicher Menschengruppen („Rassen“) in einzelnen Bereichen des täglichen Lebens.

3.2 Migration als Risikofaktor für die Entstehung von Essstörungen

In unterschiedlichen Ländern wurden Untersuchungen durchgeführt, in denen festgestellt wurde, dass Migranten ein anderes Essverhalten entwickeln. Zum einen spielt die eigene Kultur eine große Rolle und zum anderen wirken viele soziale Einflüsse auf das Leben der Migranten ein, die zur psychischen Belastung führen können. Ein negativer Einfluss ist beispielsweise die Ausländerfeindlichkeit in den Industriestaaten.

Wie an anderer Stelle bereits erwähnt sind die Schönheitsideale in den Kulturen unterschiedlich. z.B. in Mexiko oder in den türkischen Familien gelten füllige Frauen als Wohlhabend und erfolgreich. Jedoch ist das Schönheitsideal in den westlichen Ländern schlank bis mager, aber athletisch betont. Diese Frauen gelten in den westlichen Nationen als erfolgreich, sexuell attraktiver, gesünder und disziplinierter (Herman and Polivy 1984) Dicke Frauen gelten hingegen als unattraktiv, weniger intelligent und weniger nett. Dazu werden ihnen Eigenschaften wie Faulheit, Schlampigkeit und Zügellosigkeit nachgesagt.

Ob die Übernahme des Attraktivitätsstereotypen im Falle einer Migration genauso betrifft und bestimmte Persönlichkeits-, Entwicklungs- oder situative Faktoren eine Rolle spielen, inwiefern die Übernahme des westlichen Schönheitsstereotyps bzw. der

westlichen Frauenrolle auch tatsächlich zu einer erhöhten Vulnerabilität führen ist noch zu wenig erforscht.

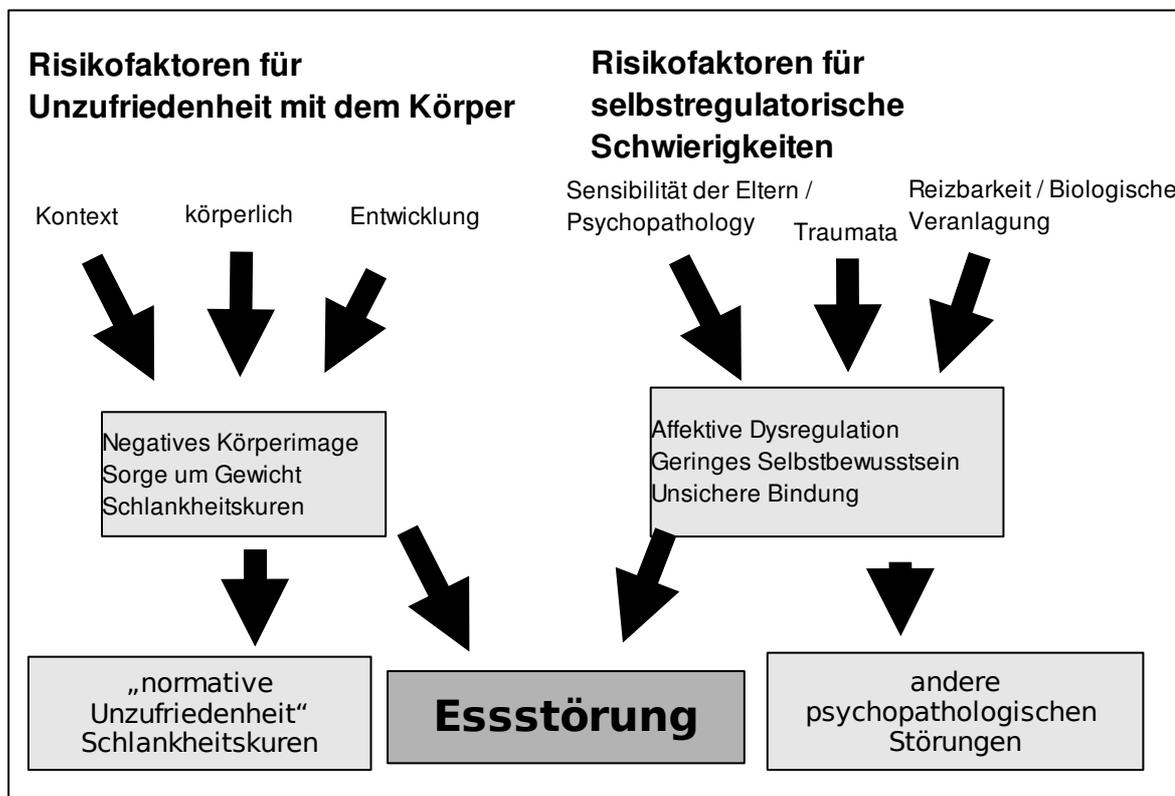


Abbildung 2: Zwei – Komponenten Modell von Striegel-Moore und Smolak, Quelle: Offermann (2005)

Das Zwei - Komponenten Modell (Striegel-Moore und Smolak 1996, S.299) stellt dar, dass es in der westlichen Welt normative Stufen von Körperunzufriedenheit und Diätverhalten gibt. Diese sind weitgehend auf die Annahmen des soziokulturellen Ansatzes rückführbar. Nach der „Restraint-Theorie“¹ kann chronisches Diäten zu einer Entgleisung des Essverhaltens und sogar zu einer manifestierten Essstörung führen. (Herman und Polivy 1984)

Die Hypothese, dass ein Zusammenhang zwischen dem Akkulturationscore (bestehend aus fünf Skalenwerten, basierend auf dem Akkulturationsmodell von Berry (1988)) und der Attraktivitätsorientierung besteht, konnte nur in wenigen Studien belegt werden. Die Erklärung liegt möglicherweise darin, dass der Akkulturationsstatus in jeder Studie anhand unterschiedlicher Instrumente erhoben wurde. Lester und Petrie (1995)

¹ besagt, dass Kognitionen eine wichtige Rolle im Diätverhalten diätierender Personen spielen

äußern die Vermutung, dass sich die Übernahme des westlichen Schlankheitsideals eher typisch in anorektischen als in bulimischen Verhaltensweisen manifestiert. Bisher gibt es in Deutschland jedoch kaum Studien über Migranten in diesem Zusammenhang.

Essstörungen können sowohl kulturgebunden als auch kulturverändert betrachtet werden. Die Culture-Bound-Syndrom (CBS) Variante stammt aus der transkulturellen Psychiatrie. Diese Theorie basierte ursprünglich auf Störungsbilder, die nicht in die gängigen psychiatrischen Klassifikationssysteme der westlichen Schulmedizin einzuordnen waren. Der Begriff ist seit 1994 im Diagnostic and Statistic Manual of Mental Illness (DSM III-IV) aufgenommen. Beispiele für kulturgebundene psychische Erkrankungen sind die Koro-Krankheit (Angst vor schrumpfenden Geschlechtsteilen) in Südchina oder die „Fan-Death“-Panik (Angst vor Ersticken durch Ventilatoren) in Korea. Kulturgebundene Syndrome weisen folgende Merkmale auf² (Quelle culturebound):

- kulturinterne Einstufung als echte Krankheit
- großer Bekanntheitsgrad innerhalb der Kultur
- fehlende Kenntnis der Krankheiten in anderen Kulturen
- keine nachweisbaren biochemischen und organischen Ursachen
- Diagnose und Therapie erfolgen meist innerhalb der lokalen Volksmedizin.

Essstörungen konnten lange Zeit als kulturgebunden betrachtet werden, da ausschließlich in den westlichen Nationen diese Erkrankungen diagnostiziert wurden. Jedoch wurden in den Forschungen der letzten Jahre auch Anfälligkeiten in anderen Kulturen festgestellt.

Essstörungen aus Sicht des Culture-Change-Syndroms (CCS) entstehen durch den Kulturkontakt, der entweder durch Verwestlichung in so genannten Dritte-Welt-Länder (‘Westernization-Hypothese’, z.B. durch Globalisierung der Märkte und der

2 Quelle: http://de.wikipedia.org/wiki/Kulturgebundenes_Syndrom

Medienlandschaft) oder durch Migration von Frauen aus diesen Ländern in westlichen Industrienationen zustande kommt. (Di Nicola 1990). Di Nicola geht in diesem Falle davon aus, dass es zu einer Konfrontation und Übernahme mit dem westlichen Akkulturationsstereotypen und weiblichen Rollenbildern kommt. Er vermutet, dass dies die Anfälligkeit zur Entwicklung einer Essstörung erhöhen könnte.

Nach Den Hartog (1995) wird die Anpassung der Ernährungsmuster von Migranten an die neue Umgebung von zwei Faktoren bestimmt:

- (1) Grad der Notwendigkeit, sich an lokale Bedingungen anzupassen, der über die Verfügbarkeit bestimmter Nahrungsmittel determiniert wird
- (2) Stärke der ethnischen Gebundenheit und der Ausprägung des ethnischen Norm- und Wertsystems der Migranten.

Jugendliche Migranten weisen einen den deutschen Schülern vergleichbaren Selbstwert auf. Die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit stellt nicht zwangsläufig ein Problem dar, welches unbedingt zu Selbstwert- und Identifikationsproblemen und anderen sozialen Beeinträchtigungen führt. Spezielle Rahmenbedingungen, wie starke familiäre Konflikte, wiederholte Diskriminierungserfahrungen müssten hierfür gegeben sein. (Di Nicola 1990, S.180)

Das aggressive und freie sexuelle Klima sowie die Rollen der Frauen in den westlichen Kulturen müssen als zusätzlicher Faktor gesehen werden. Diese Faktoren werden bestimmt durch den steigenden Einfluss der gängigen Medien, sowie der Lockerung und Kommerzialisierung von sexuellen Sitten. Die transkulturellen Theorien von Katzmann und Lee (1997) haben frauenrechtliche Theorien integriert. Sie schlagen vor, dass die Verweigerung von Essen eine Methode ist, den Übergangsprozess, die Trennung von anderen (evtl. Nahestehenden) und Schindereien (die sie schon erlebt haben könnten), besser zu bewältigen.

Bei einer Betrachtung der Akkulturationseinstellungen zeigte sich, dass Assimilation von Aussiedlerinnen in Deutschland am stärksten befürwortet wurde. Dieser Gruppe steht aufgrund der ethnischen Herkunft die deutsche Staatsbürgerschaft zu. Ihr

Selbstverständnis ist mehr oder weniger stark durch ihr Deutschsein geprägt, dass sie sich möglichst schnell in die bundesdeutsche Gesellschaft eingliedern wollen. Aus Sicht des Culture-Change-Ansatzes von Di Nicola müsste das starke Assimilationmotiv u.a. zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit führen, an einer Essstörung zu erkranken. Das starke Assimilationsmotiv in Verbindung mit den auffälligen Essstörungswerten könnte darauf hin deuten, dass Assimilationsbestrebungen mit einer starken Attraktivitätsorientierung einhergehen.

Im Vergleich mit den Aussiedlerinnen lehnen Türkinnen und Mädchen aus den ehemaligen Gastarbeiterländern Assimilation eher ab. Integration als Akkulturationseinstellung wird von Türkinnen und Mädchen aus den Ländern Ex-Jugoslawien eher präferiert. Im Unterschied zur Assimilation ermöglicht Integration die Möglichkeit eines zweigleisigen Vorgehens. Das bedeutet, dass die jugendlichen Migranten die Möglichkeit haben, die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheitengruppe zu pflegen und gleichzeitig Kontakte zu den deutschen Jugendlichen pflegen können. Migranten aus der zweiten oder dritten Generation, die überwiegend aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien angehören, können sich im Unterschied zu den Einwanderinnen auf ihre ethnische Herkunft beziehen und sich ein Stück von den Bräuchen und Normen der Aufnahmegesellschaft distanzieren, ohne dieser völlig den Rücken zu kehren.

Segregation, d.h. völlige Abschottung von der Majoritätsgesellschaft und ausschließlicher Rückzug in die eigene ethnische Gemeinschaft, kommt für keine der ethnischen Teilgruppen in Frage. Der Kontakt zur Aufnahmegesellschaft wird von den Jugendlichen angestrebt. Die Präferenz für Individualismus ist in allen Gruppen nahezu gleich ausgeprägt. (Offermann 1999, S.184) Migranten haben sich mittlerweile den hiesigen Idealvorstellungen angepasst. Sie ähneln sich im Ausmaß ihrer Attraktivitätsorientierung nicht nur den Deutschen, sondern liegen auch im Binnenvergleich dicht beieinander. Das Ausmaß der Selbstakzeptierung wird nicht nur von der ethnischen Identität sondern auch von einer Vielfalt anderer Faktoren beeinflusst. Von einer kritischen Situation ist dann auszugehen, wenn eine Person wegen ihrer ethnischen Zugehörigkeit z.B. über längere Zeit massive

Diskriminierungen ohne Gegenwehr hinnehmen muss oder wenn einer Jugendlichen durch strenge elterliche Kontrolle der Zugang und Kontakt zu einheimischen Jugendlichen schwer gemacht wird. (Offermann 1999, S.185)

Die Ergebnisse von Offermann (1999) zeigen, dass ein Zusammenhang zwischen der ethnischen Identität und dem Selbstwert jugendlicher Migranten besteht und dass Essstörungen bei Migranten nicht unbedingt den westlichen Diagnosekriterien entsprechen müssen. z.B. wäre es bei jungen Frauen türkischer Abstammungen vorstellbar, dass sie sowohl über eine gut entwickelte ethnische Identität als auch über eine starke Attraktivitätsorientierung verfügen, ohne dass diese beiden Aspekte direkt miteinander verbunden sein müssen.

3.3 Migration – Situation der Gesundheitsversorgung in Deutschland

„...türkische Mitbürger sollten auch darauf bestehen, dass gesunde Ernährung in der Schule ein Thema ist. Ich glaube, dass es zur Aufgabe von Schulen gehört, Kindern nicht nur ein gutes Essen zu geben, sondern ihnen im Unterricht auch etwas über gesunde Ernährung beizubringen.“ (Renate Künast im Januar 2005, Quelle www.saglik-berlin.de)

Bisher sind in kleinen Gruppen Initiativen für gesundheitliche Verbesserungen ins Leben gerufen worden. Die Kampagnen sprechen besonders das Problem an, dass fast ein Drittel aller Schulkinder in Deutschland sich falsch ernähren. Besonders schwierig ist es Migranten mit Kampagnen zu erreichen. Das Interesse an gesunder Ernährung wird teilweise unterschätzt. Beispielsweise führte eine Initiative „Gesundheit Berlin e.V.“ eine Ernährungs hotline ein. Ein Buch mit dem Titel „Kiezkochbuch“ wurde in zwei Sprachen verlegt und konnte kostenlos erworben werden. Die Initiatoren waren mit der Resonanz sehr zufrieden. In vielen Schulen werden in den Projektwochen bereits Themen in der Ernährungslehre aufgenommen.

Die Betriebskrankenkassen fordern seit langer Zeit verbesserte Krankenversorgung bei Migranten. Laut BKK finden sich Migranten in deutschen Gesundheitssystem kaum

zurecht. Migranten müssen sich sicher und eigenständig im hiesigen Gesundheitssystem orientieren können. Im Moment nutzen Migranten die Angebote im Gesundheitssystem nur unzureichend. So lassen sich Migranten seltener impfen, nehmen seltener Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch und hätten bei der Versorgung von chronischen Erkrankungen Nachholbedarf. Die Sorge um die eigene Gesundheit rücke wegen den vielfältigen Anpassungsanforderungen in den Hintergrund. (Quelle: Ärzteblatt 2006)

3.4 Fettleibigkeit bei Migrantenkindern

In einem Bericht von 2004 in Deutschland ist jedes fünfte Kind und jeder dritte Teenager übergewichtig. Laut einem Bericht von Phalnikar (Quelle: Phalnikar 2004) liegt der Anteil übergewichtiger Kinder in Frankfurt 12,5 %. In dieser Stadt leben zirka 180.000 Immigranten aus 180 Nationen.

Die schlechte soziale Lage bei den Migranten ist hinsichtlich der Ernährung ein großes Problem. Bei den Migranten herrscht eine hohe Arbeitslosigkeit (24 %), zudem sind sie schlechter ausgebildet. 26 % der Kinder und Jugendlichen leben von Sozialhilfe. In der Pubertät tritt Übergewichtigkeit jedoch häufiger bei Jungen auf, währenddessen Mädchen mehr zu Essstörungen neigen. Die traditionelle türkische Küche wird als sehr gesund eingestuft, währenddessen die gegenwärtige türkische Küche häufig mit zu viel Zucker und zu viel Fett zubereitet wird. In türkischen Familien zählen rundliche Kinder als wohlgenährt und sind ein Zeichen für Wohlstand. (Quelle: Phalnikar 2004)

Auch in den Vereinigten Staaten wird Übergewicht bei Migranten, besonders bei armen Lateinamerikanern, als problematisch angesehen. In den Vereinigten Staaten ist jeder fünfte gebürtige US-Amerikaner dickleibig und ein Drittel übergewichtig. Forscher gingen vor Jahren noch davon aus, dass Immigranten gesünder leben. Laut Studien rauchen sie weniger, nehmen weniger Drogen und führen ein längeres Leben. Jedoch haben sie bisher die Fettleibigkeit in ihren Studien nicht behandelt. Nach neuen Forschungen in Chicago sind 9 % aller Einwanderer im ersten Jahr in den Staaten

übergewichtig und nach 14 Jahren sind es bereits 19 %. Als größte Ursache für diesen Wandel wird die kulturelle Annäherung an den US-Lebensstil und dessen Annahme vermutet. (Sanghavi 2004) Dabei war es egal aus welchen Regionen die Immigranten stammten. In jeder Gruppe wurde ein ähnlicher Anstieg beobachtet. Dieser Anstieg könnte in Deutschland identisch sein.

In Europa sind fast 20 % der Schulkinder übergewichtig. Von diesen Übergewichtigen gelten ein Viertel als adipös (fettleibig). Somit ist schon vor dem Erreichen des Erwachsenenalters die Gefahr für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und anderen chronischen Erkrankungen gegeben.

3.5 Gesundheitsverhalten der Migranten

In den südländischen Familien herrschen feste Regeln, die es verbieten familiäre Probleme nach außen zu tragen. Bei den meisten Frauen ist die Aufarbeitung ihrer Trauer nach den Trennungserfahrungen im Rahmen des Migrationsprozesses noch nicht richtig ausgestanden.

„Dies ist dabei besonders schwierig, weil eine Reflektion und Verbalisierung psychischer Prozesse für Frauen aus einfacheren sozialen Verhältnissen generell sehr schwierig und ungewohnt sind.“ (Veneto-Scheib 1993, S.48)

„Ausländische Mädchen sind in der BRD oftmals ´kompetenter´ als ihre Eltern und haben in ihnen oft keine Stütze und keine Orientierung, was in vielen Fällen zu einer Verwischung der Generationengrenzen führt.“ (Veneto-Scheib 1993, S.49) Die ausländischen Mädchen verarbeiten mehr den Balanceakt zwischen der Kultur des Herkunfts- und Aufnahmelandes als ihre Mütter.

Auf einige Verhaltensmuster möchte ich hinweisen, welche meiner Meinung nach begründen, warum eine Therapie mit Migranten nicht universell in allen Beratungsstellen durchgeführt werden kann.

Glaube an Zauber und Hexerei – In seltenen Fällen sprechen ausländische Patienten von Hexerei oder Zauberei. Vielen Therapeuten ist die magische Denkweise zum Krankheits- und Heilungsverständnis nicht geläufig. Besonders im südländischen und orientalischen Bereich hat sich dieser Glaube entwickelt. Türkische Patienten wenden sich möglicherweise an den Hodcha, einen einheimischen Heiler. Selten werden Klienten aus dem türkischen Raum erwähnen, schon einmal Kontakt mit diesem Heiler aufgenommen zu haben. (Lichter 1993)

Aus einem Beispiel, in dem ein serbisches Mädchen unter massiven Trennungsängsten litt, schickten ihre Großeltern sie zu einer „weisen Frau“. Sie vollzog ein geheimnisvolles Feuerritual und übergab dem Mädchen ein Amulett, in dem ihre Angst gebannt sei. Seit diesem Moment hatte das Mädchen keine Ängste mehr. (von Wogau 2004, S.214) Es bestehen andere Ausdrucksformen der Erkrankung, so dass bei Migranten, insbesondere bei türkischen Migranten die psychischen Erkrankungen sehr stark somatisiert werden und deshalb verkannt und unzureichend behandelt werden. (Schöfer 1987)

Nach Leyer (1992) haben türkische Migranten eine Hemmschwelle in Konfliktsituationen eine fachliche Beratung zu suchen. Dieses sei ein Ausdruck des Misstrauens gegenüber deutschen Institutionen. Viele Migranten mit psychischen Störungen versuchen zuerst innerhalb der familiären Ressourcen ihre Störungen zu bewältigen. (Censi 2002) Die meisten sind über primäre und sekundäre Netzwerke nicht hinausgekommen. Bei einem Beratungsgespräch sind Eigenschaften wie Empathie, Offenheit und fachliche Kompetenz oft wichtiger als gemeinsame Abstammung. Migranten haben bei einem Beratungsgespräch die gleichen Erwartungen wie die Einheimischen. Die Symptombildung, die inhaltliche Gestaltung des Problems und die darauffolgenden Reaktionen sind oft soziokulturell bedingt. Das Bild, welches sich nach außen präsentiert, wird dadurch als fremdartig wahrgenommen und es werden dahinter meist fremdartige Themen vermutet. (Akgün 1998, S.50)

Da der überwiegende Teil der Migranten zu den Bevölkerungsgruppen mit niedrigem Einkommen gehört und das „ethnic food“ im Zuwanderungsland zu hohen Preisen

angeboten wird, ist der Preis der „ethnic foods“ hierbei oft der limitierte Faktor. Je mehr sich die Ernährungskulturen der Herkunftslandes und des Zukunftslandes unterscheiden, desto wahrscheinlicher ist es, dass Migranten viele Elemente der Ernährungskultur ihrer neuen Umgebung übernehmen.

Es wurde beobachtet, dass muslimische Patientinnen während des Ramadan vermehrt bulimische Symptomatik zeigten. Durch das selbstinduzierte Erbrechen wird deutlich, dass bulimisches Verhalten durch Ernährungsgewohnheiten während der traditionellen Fastenperiode gefördert werden kann. Das liegt daran, dass die Nahrungskarenz während des Tages mit sehr üppigen Mahlzeiten am Abend und je nach Jahreszeit auch am frühen Morgen alterniert. Bei jüngeren Betroffenen stehen eher familiäre Konflikte im Vordergrund, und bei älteren kommt es eher zu Kulturkonflikten. (Bendall et al 1991) Bulimische Symptomatik wird durchaus als symbolischer Konfliktversuch interpretiert. (Schmidt 1993)

Einerseits ermöglicht die Bulimie den Betroffenen die Loyalität gegenüber den familiären Werten, indem an den familiären Mahlzeiten teilgenommen wird, andererseits aber auch eine gewisse Art Autonomie, die in den Heißhungerattacken und dem anschließenden selbstinduzierten Erbrechen ihren Ausdruck findet. (Offermann 2005;S.200)

In einer Vergleichsstudie von Özelsel (1990), in der nach interkulturellen Unterschieden in der Verarbeitung von Belastungen gesucht wurde, fanden sich einige interessante Ergebnisse. Türken in der Türkei messen bezüglich der Kontrollüberzeugungen dem eigenen Verhalten und der Qualität der Sozialbeziehungen weniger Einfluss auf den Erkrankungsverlauf bei als Deutsche. Türkinnen zeigten stärkere Reagibilität auf Stress als Deutsche. Als Bewältigungsstrategien gaben Türken in der Türkei „Verharmlosung“ und „Bagatellisierung“ an. Die Türken in der BRD nahmen hier eine Zwischenposition ein. Sie zeigten einen signifikanten Zusammenhang zwischen migrationsspezifischen und persönlichen Konflikten. (im Vergleich zu den Deutschen: „emotionalen Rückzug“ oder „gedankliche Weiterverarbeitung“)

In einer kanadischen Studie stellte sich heraus, dass in Armut lebende Immigrantenkinder weniger unter mentalen Störungen leiden als arme Einheimische. Für viele Immigranten ist der Startprozess sehr schwierig. Sie verarbeiten ihre Probleme in der Familie anstatt ärztliche Hilfe zu suchen. (Quelle: Perreira und Staff 2006)

In muslimischen Familien wird in der Erziehung kaum oder gar nicht über Sexualität gesprochen. Es gibt keine Sexualerziehung in Form eines aufklärenden Gespräches. Konflikte zwischen Eltern und Kindern werden aufgrund mangelnder Bereitschaft und Fähigkeit über Sexualität zu sprechen potenziert. (Ramazan 1999)

Während in Deutschlands Schulen Individualität im Vordergrund steht, bauen die Eltern von Migrantenfamilien auf die Unterordnung individueller Interessen zugunsten familiärer Interessen. Diese Kinder erleben tagtäglich den Spagat zwischen diesen Erziehungsweisen. Migranten haben den Vorteil gegenüber ihren Eltern, mehr auszuprobieren. Die Mädchen leben jedoch mit der Angst, in einer Beziehung mit einem Jungen erwischt zu werden. Was wiederum zu Diskussionen in ihrem kulturellen Umfeld führen würde. Womöglich wäre eine Heirat in ihrem kulturellen Kreis für immer gefährdet. Hinzu kommen Ängste vor der Verachtung von Landsleuten oder einer schnell organisierten Zwangsheirat in der Türkei. In vielen türkischen Familien ist es unvorstellbar, dass Jungen und Mädchen ab einem Alter von 12 Jahren zusammen spielen dürfen. Zu Beginn der Pubertät beginnen die Eltern den Mädchen Kontakte mit den Jungen zu unterbinden und legen großen Wert darauf, sichtbare weibliche Reize „zu bedecken“, was häufig zu Konflikten innerhalb der Familie führt.

Vorherrschende Scham über Sexualität zu sprechen kann durch kulturspezifische Angebote gemindert werden. Aus meinen Interviews habe ich jedoch erfahren, dass keine der Beratungsstellen gesonderte Programme für Migranten anbot.

In nicht-westlichen Gesellschaften werden um die Anforderungen des Übergangs von der Kindheit zum Erwachsenwerden zu bewältigen, Jugendliche durch Rituale unterstützt. Gerade Jugendliche können von dieser Ritualisierung profitieren.

3.6 Besondere soziale Situation in Migrantenfamilien

Töchter haben genauso, wie ihre Mütter die Mehrfachbelastung von Schule, Haushalt und Geschwisterpflege auf sich zu nehmen.

Die soziale Benachteiligung von Migranten bezieht sich auf einen niederen gesellschaftlichen Status hinsichtlich Bildung und beruflicher Position, hohe Arbeitslosigkeit und hoher Armutsgefährdung. In Migrantenfamilien deren Töchter, die eine Essstörung entwickeln, sind von einer unausgewogenen Rollenaufteilung in der Familie geprägt. Für spätere Patientinnen führt dies später oft zu Schwierigkeiten bei der Identifikation mit der weiblichen Geschlechtsrolle, da die Mutter nicht als positives Rollenvorbild akzeptiert werden kann. Die Entwicklung von Eigenverantwortung und Autonomie wird durch eine „überprotektive Familiennorm“ ersetzt. In diesem Aspekt sehen viele Beratungszentren die Begründung für die geringe Anzahl von Migranten. Im Grundprogramm der Einrichtungen stehen die Begriffe der Selbstentfaltung und Auseinandersetzung im Vordergrund. Dies lassen die Familien nicht zu. Jedoch nutzen einige Migranten Beratungszentren auch die anonyme Form per Internet.

Außenkontakte und die beginnende Auflösung der Kinder werden von den Eltern oft als Bedrohung angesehen. (Offermann, S.190) Viele Eltern arrangieren früh die Hochzeit für ihre Töchter. Dies ist eine der Methoden im starren Regelsystem der Familien. Dieses System erschwert den flexiblen Umgang mit neuen Situationen oder mit Konflikten. Ein weiteres System aus Normen und Wertvorstellungen ist in erster Linie durch Leistungsorientierung und asketische Ideale gekennzeichnet. Weibliche Migranten haben noch schlechtere Lebensbedingungen als männliche Einwanderer.

Migranten sind oft patriarchal-traditionalistischer Gewalt ausgesetzt und haben ein erhöhtes psychisches und körperliches Gesundheitsrisiko aufgrund der Dreifachbelastung:

- Rechtliche und soziale Diskriminierung als Minoritätsangehörige
- Berufliche Benachteiligungen: aufgrund mangelnder Berufsausbildung sind sie auf unattraktive und unsichere Arbeitsplätze angewiesen
- Geschlechtsspezifische Ungleichheiten in Familie und Beruf

(Quelle: Wimmer-Puchinger 2004)

Migranten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, haben theoretisch die gleichen Rechte, wie die Deutschen. Doch durch die unzureichenden Deutschkenntnisse, institutionelle Barrieren und die fehlenden Kenntnisse der Funktionsweise des deutschen Gesundheitssystems sind Migranten im System benachteiligt.

Eine soziale Gleichstellung müsste die unterschiedlichen sprachlichen und kulturellen Faktoren stärker berücksichtigen, als dies bisher geschehen ist. Der Einsatz von Sprachmittlern oder eine psychotherapeutische Behandlung in der Muttersprache werden von den gesetzlichen Krankenkassen als nicht notwendig zurückgewiesen. Es fehlen vielfach Angebote, welche die Aspekte von Migration - „Fremdsprachigkeit“, Kultur und Religion- berücksichtigen.

Laut einer Untersuchung ist für Migranten die Gefahr in Armut zu gelangen doppelt so hoch und arm zu bleiben dreimal so hoch im Vergleich zu den Deutschen. (Costin 1999) Andererseits verfügen Migranten oft über mehr traditionellen Ressourcen (z.B. Eingebundenheit in religiöse und kulturelle Netzwerke). Es ist nicht richtig, Auffälligkeiten und Besonderheiten einseitig der Migrantenfamilie und ihren Möglichkeiten zuzuschreiben. Denn in einer Studie waren die Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen aus türkischen Familien genauso groß, wie in den einheimischen Familien. 45 von den 77 untersuchten Familien zeigten sich als erfolgreich und funktional. Diese konnten als anpassungsfähige Systeme die in vielfältiger Form in der Lage sind, die Balance zwischen Wachstum und Kontinuität

angesichts sich verändernder Umgebungsbedingungen aufrechtzuerhalten und kulturtypische Ressourcen (z.B. traditionelle Familienstrukturen mit vorhandenen Entwicklungsnischen) zu nutzen, ohne sie als Abwehr zu missbrauchen.

3.7 Situation bei Flüchtlingen

Kinder aus Flüchtlingsfamilien stehen unter besonderen Stressfaktoren. Vor allem dann, wenn die Anträge auf Asyl abgelehnt werden. Der häufige Ortswechsel und Wechsel von Bekanntschaften sind weitere daraus folgende Probleme.

„Kinder werden oftmals weder von Eltern noch von Therapeuten nach ihren traumatischen Erfahrungen gefragt noch wird mit ihnen über die der Eltern gesprochen“ (Bräutigam 2000, S.24) . Bräutigam sieht die Ursache weniger in der Ignoranz der Erwachsenen als in der Scham. „Primäre und sekundäre Traumatisierung bei Kindern unterscheidet sich dadurch, dass die Kinder bei primärer Traumatisierung selbst oder bei sekundärer Traumatisierung in erster Linie ihre Angehörigen von traumatisierenden Erfahrungen betroffen sind.“ (Bräutigam 2000, S.25)

Bei indirekt traumatisierten Kindern verwendet das Kind sehr viel Kraft und Anstrengung darauf, seine Eltern zu entlasten und überfordert sich dadurch. „Die betroffenen Eltern sind derartig von ihrer Symptomatik absorbiert, das sie ihre Eltern- und Schutzfunktion für das Kind nur unzureichend übernehmen können. Das Kind 'versucht', die übernommene Traumatisierung stellvertretend zu bearbeiten, indem es Symptome oder bestimmte Verhaltensweisen entwickelt und Probleme auf diese Art und Weise greifbar macht.

Wie im Falle einer Kurdin: Sie kam mit ihren Eltern fünf Jahre zuvor nach Deutschland. In der Zeit hatten sie viermal den Wohnort gewechselt. Die ersten drei Jahre lebten sie in Auffanglagern oder in Asylbewerberheimen. Nach Ablehnung des Asylantrags litt die Mutter unter Depressionen und begann eine Therapie. Bei der 15 jährigen Kurdin entwickelte sich eine Essstörung, bei der es sich eher um einen psychogenen

Appetitverlust im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung handelte (Bräutigam und Schnittker 2002).

Für Flüchtlinge, also Menschen, die Krieg und Elend, Folter und Verfolgung entkamen, ist vor allem bedeutsam, wie sie selbst mit dieser Isolation leben. Das Subjektive Erleben sozialer Isolation schafft Engen, die zu öffnen für die Überwindung der schweren Traumata notwendig wäre. (Adam 1993) Flüchtlingskinder brauchen eine Psychotherapie, um ihre Traumatisierung besser zu verarbeiten. Doch das Gesundheitssystem in Deutschland lässt für Flüchtlinge nur eine medizinische Basisversorgung zu, die diese Art Behandlung nicht unterstützt. Zudem erhalten Flüchtlinge solange den Status „geduldet“ bis der Asylantrag angenommen wird oder bis die Abschiebung erfolgt. Für Flüchtlingskinder und ihren Familien ist der Aufenthalt ungewiss. Häufige Symptome bei Kindern politisch verfolgter Menschen sind verstärkte regressive Verhaltensweisen, darunter Enuresis, Alpträume, unterschiedliche Phobien und Sprach- und hyperkinetische Störungen. (Butollo 1997)

Eine Studie von Kope und Sack (1989) untersuchte Flüchtlinge aus dem südostasiatischen Raum, die aufgrund der interkulturellen Konflikte unmittelbar nach der Ankunft eine Anorexie entwickelten.

Eine junge Frau aus Kambodscha verbrachte ihre frühen Jahre in einem Flüchtlingslager. Nach Jahren von Traumatisierung durch den Krieg und die vielen Ortswechsel und einigen Jahren in den USA war sie unfähig etwas zu sich zu nehmen. (Quelle: Romney 2006)

Bräutigam (2000, S.257) hat für Flüchtlinge einen Leitfaden entworfen, der im Anhang A1 aufgelistet ist.

4 Besonderheiten von Essstörungen in anderen Kulturen

Noch vor den neunziger Jahren galten Essstörungen als Zivilisationskrankheiten in den Industrienationen. Studien in den neunziger Jahren, wie beispielsweise 1997 in der University of South Carolina School of Public Health erkannten in Essstörungen immer

noch eine besondere Anfälligkeit bei Menschen europäischen Ursprungs. Jedoch wird heutzutage von einigen Forschern sogar eine höhere Anfälligkeit bei Migranten vermutet.

Untersuchungen von Striegel-Moore (2001) haben ergeben, dass in den Vereinigten Staaten afroamerikanische Frauen ähnliche Anzeichen einer Essstörung haben wie Amerikaner europäischen Ursprungs.

Forschungen in Entwicklungsländern zeigen eine steigende Tendenz zu Essstörungen. z.B. weisen Studien in Brasilien (Marcos 2004) und in Iran (Nobakht 2000) auf einen deutlichen Anstieg von Essstörungen hin. Immer mehr Mädchen in der Türkei zeigen körperliche Unzufriedenheit und Neigungen zu einer Essstörung. Sehr rasch nimmt die Zahl der Anorexia nervosa in Ländern wie Japan, Malaysia, Indien aber auch in arabischen Ländern sowie in Südafrika und Nigeria zu (Pfeiffer 1994, S.99ff).

„Davon sind meist Personen betroffen, die sich aus der überkommenden kulturellen Ordnung gelöst haben und sich kritisch mit der modernen technischen Gesellschaft auseinandersetzen. Anorexie ist also eher ein Ausdruck des Kulturwandels (Culture-Change-Syndrom), als ein kulturgebundenes Syndrom. Dazu passt die Vermutung, dass Kinder von Migranten in westlichen Industrieländern besonders häufig von Anorexie betroffen sind.“ (Weiss 2003)

Ein starker Zusammenhang zwischen Migration und Essstörungen besteht also. In Schweizer Studien stellte sich heraus, dass Eltern von Migranten in schulischen Belangen besonders ehrgeizig sind und ihre Kinder einem erhöhten Leistungsdruck aussetzen. Die Mädchen reagieren auf diese psychosoziale Überforderung vor allem mit Essstörungen. Nur selten würden sie ihre Nöte ausagieren, indem sie sich prostituieren. (Gubler & Schneider 1995)

Nach Weiss (2003) ergeben sich aus folgenden Faktoren Entwicklungsrisiken für Kinder aus Migrantenfamilien:

- Häufiger Bezugspersonenwechsel
- Migration während der Pubertät
- Remigration im Schulalter
- Kein Besuch eines landessprachlichen Kindergartens
- Mangelnder Kontakt zu einheimischen Kindern
- Segregation ausländischer Kinder in der Schule
- Vorurteile der Aufnahmegesellschaft gegenüber ausländischen Adoleszenten
- Schlechte soziale und ökonomische Verhältnisse
- Soziale Isolation der Eltern
- Affektive Absenz der Eltern aufgrund psychosozialer Überforderung oder Erkrankung
- Traumatisierung auf Grund von Krieg, politischer Verfolgung oder entbehrensreicher Flucht
- Schwere Traumatisierung der Eltern oder eines Elternteils
- Berufstätigkeit beider Eltern
- Unsichere rechtliche Stellung der Eltern
- Ungewisse Bleibeperspektive

Forschungserkenntnisse aus der Schweiz beschreiben, dass Kinder aus Migrationsfamilien in ihrer beruflichen Entwicklung benachteiligt sind. Jene gehören auch in der zweiten Generation oft schlechter gestellten sozialen Schichten an und weisen eine Tendenz zu gehäuften und psychosozialen Störungen auf. Die Resultate zu erhöhten Sucht- und Delinquenzraten lassen vor allem Schlüsse auf die Schichtzugehörigkeit, die mangelnde Bildungspartizipation und die erhöhte Jugendarbeitslosigkeit zu. Jugendliche Migranten sind psychosozial tatsächlich besonders labilisiert. Bei ihnen kumulieren und interagieren lebenszyklusbedingte Verunsicherungen in der Adoleszenz und der Migration. Gerade deshalb sind sie aber auch zu besonders kreativen Entwürfen herausgefordert, die sich tatsächlich in sehr vielen Identitätskonstruktionen niederschlagen. (Weiss 2003)

4.1 Der Mythos der Essstörungen als Krankheit der westlichen Zivilisation

Schon aus dem alten Reich der Griechen und in Ägypten wurde von überlangen Fastenzeiten berichtet. Weiterhin gab es in den früheren östlichen Religionen Formen von Asketismus. Die Zwecke und Hintergründe sind jedoch mit den Kriterien des DSM-IV nicht zu vergleichen. Zumal die Rituale des Fastens eher geistliche Funktionen übernahmen. Damals startete die Welle als Widerstand gegen den steigenden Hedonismus und Materialismus. Verglichen mit dem Fasten aus dem Altertum und dem der Gegenwart ist die Motivation des Fastens eher das Verlangen nach einer schlanken Figur.

Im Christentum sorgten Frauen, die intensiv fasteten für Aufregung. Die Gesellschaft erkannte in diesen Frauen eine besondere Gabe und viele von ihnen, wie z.B. Katharina von Siena, wurden sogar „heilig“ gesprochen.

Anfang des 18. Jahrhunderts galten chlorotische Frauen als das Schönheitsideal. Das waren „jüngere, meist unverheiratete Frauen aus dem materiell gesicherten Bürgertum, welche in Übereinstimmung mit dem damaligen Frauenbild zart, blass, sensibel waren und zur Ohnmacht neigten“ (Pfeiffer 1994, S.99)

„Im Unterschied zu den chlorotischen Frauen sind Anorektikerinnen – entsprechend dem heutigen Schönheitsideal – sportlich und weisen eine eher sthenische Persönlichkeit auf, die sich in betontem Autonomiestreben äußert.“ (Weiss 2003, S.143)

Die geschichtliche Abriss zeigt, dass bestimmte Formen von Fasten in großen Teilen der Welt schon lange Zeit angewendet wurden. Nur hat sich im Laufe der Jahrhunderte das Motiv verändert.

In diversen Forschungen wurden Untersuchungen nach Ähnlichkeiten im Essverhalten zwischen verschiedenen Kulturen durchgeführt. In einigen traditionellen hispanischen Kulturen ist Übergewicht ein Zeichen für Erfolg und Wohlstand. Doch in westlich orientierten Kulturen passen sich die hispanischen Frauen mehr dem Schönheitsideal der Gesellschaft an (Kempa & Thomas 2000). Essstörungen sind bei hispanischen

Frauen in den Vereinigten Staaten genauso im Wachstum wie bei den Einheimischen in den USA. (Striegel-Moore 2001)

Eine Studie von Bughara (2001) zeigte, dass in London die Rate für Bulimia nervosa bei asiatischen Migranten höher war, als bei den englischen Mädchen. Bei ägyptischen Schülerinnen, die sich in London aufhielten ergab sich eine hohe Anzahl von Anorektikern. Ergebnisse aus dieser Studie können nicht als Universalfall angesehen werden. Jedoch kann diese Studie erklären, dass keine ethnischen Gruppen oder Kulturen, fern der westlichen Nationen, immun gegen Essstörungen sind.

Neu eingetroffene Immigranten könnten teilweise dem Risiko ausgesetzt sein, eine Essstörung zu entwickeln. Das ergab z.B. eine Studie von Van Den Broucke und Vandereyken (1986) in der sich 14 Austauschstudenten aus Europa zeitweilig in den Vereinigten Staaten aufhielten und diese Anzeichen einer Essstörung zeigten. Ebenso ergab eine Studie von Fichter, dass griechische Migranten in München eine höhere Prävalenz von Essstörungen hatten als in Veria (in Griechenland). (Fichter, 1988)

In einer Untersuchung in der Türkei führten ein Drittel aller befragten Mädchen mit Normalgewicht³ bereits eine Diät durch. Der Anteil der Mädchen war höher als bei den Jungen. Die Mädchen führten Diäten durch, um den dünneren Schönheitsideal näher zu kommen. Die Jungen orientierten sich abweichend vom Normalgewicht nach dünneren oder dickeren Idealen. In den Peer-Groups die bereits eine oder mehrere Diäten durchführten war die Zufriedenheit mit ihrem Körper höher und das Selbstwertgefühl niedriger. In dieser Untersuchung war der Anteil der Mädchen, welche eine Vorstellung von einem dünneren Körperideal haben und unzufrieden mit ihren eigenen Körper sind, ähnlich wie in den Industrieländern (Orsel und Isik Canpolat 2004).

In einer anderen türkischen Studie wurden zwei Universitäten miteinander verglichen. Dabei wurden Untersuchungen von heute mit denen von vor zehn Jahren gegenübergestellt. Die Forscher stellten fest, dass vor zehn Jahren noch kein bulimischer Faktor dokumentiert wurde. Das heutige Auftreten des bulimischen Faktors

3 Laut DGE liegt das Normalgewicht bei Frauen im BMI-Intervall von 19 bis 25.

macht die klinische Erfahrung in der Türkei deutlich. Zurzeit wird der Einfluss der sich entwickelnden Gesellschaft auf die Ernährung zwischen traditioneller und westlich orientierter Gesellschaft beobachtet. In Zukunft wird in der Türkei ein drastischer Anstieg der Prävalenz von Essstörungen erwartet. (Elal und Altug 2000) Eine andere Studie zeigte, dass die Einstellung zur Ernährung und Anorexie in der Türkei ähnlich wie die in westlichen Ländern sei. Die Zahl der Bulimiefälle ist jedoch etwas geringer. (Özcan und Nurdan 2006)

In Australien erkennen die Psychologen die Anfälligkeit für Anorexie schon in einem geringen Alter. Im Alter von 12-14 Jahren sind bei den diagnostizierten Schülern bereits Fälle von Essstörungen aufgetreten. Die Forscher haben einen dramatischen Anstieg von Anorexie auch bei Migranten beobachtet. Cohen (2003) vermutet, dass die psychische Belastung für Immigranten durch die härtere Asyl- und Immigrationspolitik seit dem 11. September 2001 wächst und dadurch häufiger Essstörungen bei den Migranten auftreten können.

Im Iran zeigten Ergebnisse der Forschung von Nobakht und Dezhkam (2000) eine Lebenszeitprävalenz von 0,9% für Anorexia nervosa, 3,2% für Bulimia nervosa und 6,6% für ähnliche Syndrome. In der Bevölkerung wird häufig eine Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und der Wunsch nach einer schlankeren Figur beobachtet. Diese Studie zeigt also vergleichbare Werte wie in den westlichen Zivilisationen. Vergleichsweise liegt in Deutschland die Prävalenzzahl für Patientinnen mit Anorexia nervosa zwischen 0,5 und 1 % bei Bulimia nervosa 2-4 % (gesamt Männer und Frauen) und bei den Frauen mit Binge Eating Disorder bei 9-25 % bei Frauen. (Franke 2001, S.7)

In einer amerikanischen Studie stellte sich heraus, dass fast die Hälfte (53 %) der Highschool – Mädchen meinten, sie hätten ihr Wunschgewicht, ein Drittel meinten sie wären zu dick. Die Untersuchung ergab, dass 58 % der Highschool Mädchen eine latente Essstörung hatte und ein Viertel regelmäßig Kalorien zählt. (Daniels 2006)

4.2 Forschungen über Essstörungen in anderen ethnischen Kulturen

4.2.1 Migranten asiatischer Herkunft

Viele amerikanische Mädchen asiatischer Herkunft kämpfen um ihr Selbstvertrauen und ihre Identität. Asiatische Mädchen in den USA beschäftigen sich mehr mit der Körperform und dem Gewicht als einheimische Mädchen. (Root 1990) Amerikanische Migrantinnen aus Asien leiden oft unter dem Zwang dem Idealbild der „perfekten asiatischen Frau“ zu entsprechen. Dies kann zu psychischen Belastungen führen und eine Essstörung auslösen. Chinesinnen, die sich schnell in eine andere Kultur integrieren, haben ein höheres Risiko zu einer Essstörungen als Chinesinnen, die fest an ihren traditionellen Werten festhalten (Hall 1995). In China boomt außerdem das Geschäft mit Schönheitsoperationen. Prozeduren, wie die Verlängerung der Beine, sollen dem Karrieresprung verhelfen. Das Durchführen dieser Prozeduren wird mit dem Konkurrenzdenken begründet. (Quelle: NDR Fernsehbericht 2006) Wie in China tendieren asiatische Migranten in den Vereinigten Staaten zu einer Schönheitsoperation, da die Augenpartien (sie müssen rund sein) und die flachen Nasen nicht dem westlichen Schönheitsideal entsprechen.

Essstörungen zeigen in Japan eine ernst zu nehmende Entwicklung. Vor Scham meiden jedoch viele betroffene junge Frauen den Weg zur Beratung. (Mudgett 2006)

4.2.2 Migranten arabischer Herkunft

Ägypter, die nach den traditionellen Werten leben, sehen korpulente Figuren als festigendes Anzeichen für Fruchtbarkeit und ideale Mutterschaft. In vergangener Zeit glaubten die Menschen in Ägypten, dass solche Ansichten Schutz vor Essstörungen bieten. Die von Nasser erkannte Anfälligkeit für Essstörungen in der ägyptischen Kultur begründet er mit der Zugänglichkeit zu westlichen Werten. Durch die Medien bestehe die Bereitschaft sich den Werten anzupassen. Nasser deutete an, dass Mädchen in der Pubertät zwischen autonomen Werten und den wiederbelebten Werten der islamischen Tradition hin und her pendeln. Die Identifikation mit westlichen Werten

stammt aus Bildern, welche in den Massenmedien auftreten und einfach auf die Person übertragbar sind. Dieses Phänomen wird als globale Kultur bezeichnet. Die Kultureffekte wurden auch in Israel untersucht. Alle arabischen Bevölkerungen, bis auf die Tscherkessen, zeigten starke westliche Einflüsse in ihren Einstellungen zum Essen und zum Körperbild. Anorexie und ähnliche Essstörungen könnten sich, laut dieser Studie, in naher Zukunft weiter ausbreiten (Iancu 1994).

Essstörungen sind nicht ungewöhnlich in arabischen Staaten. Untersuchungen in arabischen Kulturen zeigten, dass der Anteil von Mädchen mit abnormen Essverhalten und Essstörungen annähernd gleich zu den internationalen Zahlen ist (Nasser 1994). In den arabischen Ländern hat sich bisher die Idee, dass arabische Frauen im Zwiespalt zwischen Tradition und westlichen Werten stehen und dies das Auftauchen von Krankheiten begründet, in der Wissenschaft noch nicht durchsetzen können. Weitere Studien, mit größeren Teenager-Gruppen sind dafür notwendig. (Shurique 1999)

4.2.3 Lateinamerikaner und Migranten aus lateinamerikanischen Staaten

Trotz des Anstiegs des Problems der Essstörungen bei den Lateinamerikanern in den USA, ist es schwierig den Status der Essstörungen einzuschätzen. Kleine Untersuchungen wurden in dieser Gruppe durchgeführt. Die wenigen Studien, die durchgeführt wurden sind mangelhaft. Viele Untersuchungen basierten nur auf kleinen Gruppen oder bei klinischen Patienten oder haben Faktoren, wie die Akkulturation oder Herkunft in der Prävalenz und Art der Essstörung vernachlässigt. (Quelle: Fitzgibbon 2006)

4.2.4 Afrikaner und afrikanische Migranten

Lovejoy (2001) stellte fest, dass hellhäutige und farbige Frauen unterschiedliche Ansichten bezüglich der Attraktivität haben. Weiße pubertäre Mädchen beschreiben ihr Ideal in Form einer einförmigen Ansammlung von physischen Attributen, eingekapselt

im Wort „Perfekt“. Bei den farbigen Jugendlichen sind die Beschreibungen ganz anders. Sie tendieren dazu, äußerliche Schönheit so zu betonen, dass persönliche Attribute, wie Stil, Einstellung oder Ausbildung nicht primär als Sinnbild für ihr Selbstvertrauen projiziert werden. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass das gesündere Körperbild farbiger Frauen in den Medien vernachlässigt wird. Hauptsächlich sind dünne weiße Frauen in den Medien präsent. Eine Untersuchung von Frisby (2004) zeigt, dass sich afroamerikanische Frauen viel stärker durch Bilder anderer afroamerikanischen Frauen beeinflussen lassen, als durch Bilder von weißen Frauen. Farbige Frauen vergleichen sich also nicht mit weißen Frauen. Eine Befragung von Farbigen warum sie glauben, dass weniger farbige Frauen von Essstörungen betroffen sind, kam zu dem Ergebnis, dass bei den Afroamerikanern die Ästhetik auf Harmonie von Einzigartigkeit und Vielfältigkeit basiert. Harmonie könne, laut Lovejoy, eine bessere Umwelt schaffen und den Jugendlichen mehr Gefühl von Vollkommenheit geben.

Eine weitere Begründung, warum afroamerikanische Frauen mehr Zufriedenheit mit ihrem Körper äußern liegt darin, dass in der afroamerikanischen Gesellschaft ein größerer Spielraum und eine größere Akzeptanz in der Betrachtung der weiblichen Körpergröße herrscht. Mehr Akzeptanz bei den farbigen Frauen kann signifikant das Verlangen nach einer dünnen Figur reduzieren (Cash und Henry 1995). Farbige Frauen fühlen sich in ihrer eigenen ethnischen Gemeinde sicher und selbstsicher. Für Frauen, die sich in der dominanten weißen Gesellschaft anpassen, trifft dies nicht zu. Sobald sich farbige Frauen in den Vereinigten Staaten in höheren Positionen auf dem Arbeitsmarkt etabliert haben, passen sie sich den Gepflogenheiten ihrer weißen Kollegen an und übernehmen deren Einstellung zur Attraktivität. Farbige Frauen, die mit anderen im Job und im sozialen Status konkurrieren zeigen gleiche Zwänge.

In einer amerikanischen Studie wurden schwarze und weiße Frauen im Bezug auf Binge Eating miteinander verglichen. Frauen mit Binge Eating und Vergleichssubjekten unterschieden sich nicht signifikant in der Ausbildung oder im Alter. Hellhäutige und Farbige Frauen unterschieden sich nicht im Alter, aber ein wenig in der Ausbildung. Etwas mehr hellhäutige Frauen haben einen Collegeabschluss als schwarze Frauen.

Frauen mit Binge Eating waren vergleichsweise schwerer als Vergleichssubjekte. Farbige Frauen waren signifikant schwerer als weiße Frauen. Der Interaktionseffekt bei den Gruppen war nicht signifikant. Frauen mit Binge Eating waren häufiger übergewichtig als verglichene gesunde Gruppen. Dabei waren mehr farbige Frauen übergewichtig als weiße. (Striegel-Moore et al 2001)

Laut einer Universitätsklinik in den Vereinigten Staaten liegt die Quote bei afroamerikanischen Patientinnen mit Essstörung bei ungefähr 8 %. Mehr afroamerikanische Frauen als weiße Frauen benutzen Medikamente, wie Laxative (Abführmittel), Diuretika (harntreibende Medikamente) oder Fastenkuren, um eine Gewichtszunahme zu verhindern. (Quelle: Fitzgibbon et al 2006)

4.3 Erkenntnisse über Essstörungen in den westlichen Ländern

In den USA kann Akkulturation für Menschen lateinamerikanischen Ursprungs und anderen ethnischen Gruppen einen Einfluss auf die Wunschkörperform und dem Körperbild haben. Hispanier, welche in den USA geboren sind bevorzugen einen dünneren Körper. Migranten, welche nach dem siebzehnten Lebensjahr immigrieren, haben seltener den Wunsch nach einem schlanken Körper. (Lopez 1995)

Hohe Stufen von Akkulturation werden nicht nur mit einem Drang zur dünnen Figur in Verbindung gebracht sondern auch mit schlechten und ungesunden Ernährungsgewohnheiten. Wie ein Ergebnis zeigt, ist die zweite und dritte Generation hispanischer Jugendlicher fettleibiger als ihre erste Generation gleicher Gruppe (Douchis et. al 2001). Junge Frauen, die von mehr als einer ethnischen Gruppe beeinflusst sind, könnten für ihre eigene Identität bestimmte Ängste entwickeln, welche ebenfalls zu Essstörungen führen.

Selbsthungern wird immer gewöhnlicher in Zeiten des Überflusses in Kombination mit größerer Freiheit der Frauen. z.B. haben Frauen in modernen islamischen Kulturen mit gestiegenem Wohlstand einen recht eingeschränkten Lebensstil. Aus diesen Ländern werden nicht so hohe Prävalenzzahlen von Essstörungen berichtet. Widersprechende

Rollen verlangen in den heutigen Gesellschaften folgendes Frauenbild: sie wird angetrieben zu einem Erfolgstypen während sie sich in Liebe, ihrer Weiblichkeit und Schönheit behaupten muss. Gilbert und Thomson (1996) stellten dazu vier Hypothesen auf:

1. in Kulturen, in welcher die Schlankheit unter Druck der patriarchalischen Gesellschaft auf dem Vormarsch ist, haben Frauen weniger Selbstvertrauen
2. persönliches Gewicht als Kraft und Kontrolle für Frauen: bei Frustration und Wünschen und in anderen Lebensbereichen diese Kraft und Kontrolle zu haben
3. Ängste im Frauwerden: Schlankheit drückt den Konflikt zwischen dem Zustandebringen und die Aufrechterhaltung der Weiblichkeit aus
4. Essstörungen als Selbstdefinitionen: mit dem Körper dienen bedeutet, sich als Frau identifizieren und sich mit der abgewerteten Rolle als Mutter und Ehefrau abzufinden

In den USA sind Lateinamerikaner im Vergleich zu anderen Kulturen die größten Fast Food Konsumenten. Übergewichtige Frauen haben mehr Erfahrungen mit Spott, Kritik und Diskriminierung als normalgewichtige Frauen. (Quelle: Latina Girls Department Of Health & Human Services USA 2005). Fettleibigkeit ist auch ein Risiko für Binge Eating Disorder. In einer Studie an Mittelschulen und Hochschulen in Minnesota war die Anzahl der lateinamerikanischen Schüler mit Binge Eating höher (Neumark-Sztainer et al 2002).

5 Vorüberlegungen zur Erstellung einer Präventionseinheit

5.1 Prävention in der Forschung

Deutsche und ausländische Jugendliche unterscheiden sich im subklinischen Symptombereich nicht. Aus der Datenbasis lassen sich noch keine zuverlässigen Aussagen über die Prävalenz sagen. Da subklinische Essstörungen ein Vorstadium einer manifestierten Essstörung sein kann, sollten als unmittelbare Konsequenz

überlegt werden, welche Art von Präventionsangeboten bereitgestellt werden müsste, um auch jugendliche Migranten zu erreichen (Offermann 2001, S.180).

Nach Aussage von Offermann ist es unter Präventions- und Interventionsgesichtspunkten sinnvoll und wichtig, bei zugewanderten Jugendlichen die Entwicklung einer positiven ethnischen Identität zu fördern. Selbstwertprobleme spielen nicht nur bei der Ätiologie und Aufrechterhaltung von Essstörungen eine Rolle, sondern finden sich auch in Vorfeld vieler anderer psychischer Störungen.

In der Vergangenheit sind Präventionseinheiten daran gescheitert, weil der Fokus mehr auf ehemalige Patienten mit Essstörungen gelegt wurde. Diese schilderten den Schülern, wie schrecklich ihre Erkrankung war, wie viel Gewicht sie verloren und wie sie klinisch untergebracht wurden. Die Schüler lernten negative Verhaltensmuster kennen und imitierten oder probierten das Verhalten aus (nicht mehr so viel zu essen oder mehr zu erbrechen, wie es die Person beschrieben hat). Im wesentlichen haben solche Vorträge mehr Schaden angerichtet als sie eigentlich nützen sollten. (Costin 1999)

Die Präventionseinheiten sollten nicht nur auf Frauen zugeschnitten sein. Junge Männer müssen lernen, welche signifikante Rolle sie bei den Essstörungen spielen. Junge Männer, ohne dass sie es merken, vergegenständlichen Frauen schon im jungen Alter indem sie Kommentare zu ihrem Aussehen geben oder legen zu großen Nachdruck auf ihr Aussehen. Menschen in diversen Hintergründen leiden unter Essstörung, trotz der Masse glauben noch viele Männer, dass diese Erkrankungen nur Frauen betreffen können. Die American Association of University Women bekam heraus, dass pubertäre Mädchen glauben, dass ihr körperliches Äußeres der Hauptbestandteil ihres Selbstvertrauens und ihr Körperimage wichtigster Bestandteil ihrer Selbstwahrnehmung ist. (Shisslak und Crago 1998)

Prävention erfordert einen Fokus auf Risikogruppen, Eliminierung von Risikofaktoren und Erhöhung mentaler Gesundheit und das Wohlfühl. (Russel und Ryder 2001)

Die Gefahr in der gegenwärtigen Prävention von Essstörungen ist, dass unangemessene Beachtung der Zeichen und Symptome von Essstörungen mit begrenzter Betonung in der gesundheitlichen Stellung und Verhalten ein falsches Bild darstellt. (Russell und Ryder 2001; Steiner-Adair, 1994). Russell und Ryder behaupten, dass die Symptomatologie der Essstörungen nicht in Schulprogrammen adressiert werden sollen, aufgrund des hohen Risikos, dass Schüler mit Bildern des gefährlichen Ernährungsverhalten leicht zu beeindrucken sind. Das Wiegen von Schülern, das Vergleichen von athletischen Fähigkeiten oder die Besprechung von Kalorien und Fettanteilen in Lebensmitteln sollten nicht mehr im Unterricht praktiziert werden, um negative Gedanken und Verhaltensweisen unter Berücksichtigung des Körperimages und der Nahrungsaufnahme zu verhindern.

Weil Jugendliche sehr sensibel auf die Themen Körperbild und Form reagieren, sollten Interventionen, welche diese Themen ansprechen potentielle Risiken mit einbringen. Negative Ergebnisse können mit steigender Angst oder Depression, selbsttherabsetzenden Kommentaren, intensivierten Bemühungen das Gewicht zu reduzieren oder durch feindseliges Klima anstatt tragendes Klima in der Peer-Gruppe ausgedrückt werden.

Beratungslehrer, Lehrer, Trainer und Eltern müssen ihre eigenen Werte, Überzeugungen und Praktiken in Sachen Gewicht, Diäten und Körperimage untersuchen um erkennen zu können, ob ihre Gewohnheiten die Kinder irgendwie beeinflussen können. (Graber, Archibald, & Brooks-Gunn, 1999; Powers & Johnson, 1999; Russell & Ryder, 2001a).

Gut gemeinte Kommentare über Äußeres und körperliche Fähigkeiten, und besorgte Kommentare über das Gewicht oder Faulheit haben das Potential ernsthafte Schäden in der Entwicklung des Körperimages und Eigengestaltung des Kindes zu verursachen. Leicht zu überzeugende Jugendliche könnten solche Bemerkungen leicht verinnerlichen und sie möglicherweise zu Durchführung von Diäten und zu ungesunden und zwanghaften Maßnahmen bewegen. (Beumont, Arthur, Russell, & Touyz, 1994). Erwachsene, die mit Kindern arbeiten sind Leitfiguren, die negative

Botschaften aus der Gesellschaft über Körperform, Perfektionismus und Äußerlichkeiten dämpfen können, sowie Kinder zu positiven Einstellungen und Verhaltensweisen zu ermutigen. (Russell & Ryder; Vitousek, Watson, & Wilson, 1998).

Es sollte immer auf die Gefahren der Diäten im Zusammenhang mit Essstörungen hingewiesen werden, aber es ist unnötig und potentiell gefährlich bis ins größte Detail zu gehen. In der Prävention von Diäten liegt der Schlüssel der Prävention von Essstörungen.

Im verbalen und non-verbalen Kommunikationsverhalten Jugendlicher sind die Themenbereiche Essen, Diäten, Gewicht, Aussehen und Wirkung auf andere von zentraler Bedeutung. Die präventiven Maßnahmen sollten vor allem praxisbezogen sein, da Jugendliche innerhalb des Rahmens von Heranwachsen und Erwachsenwerden gleichermaßen wichtige Komponenten bilden.

„Die Aufklärung über die Genese der multimedial, kommerziell propagierten Schlankheitsbilder und der damit verknüpften geschlechtsspezifischen Rollenbilder unserer westlichen Kultur müssen begleitet werden von Informationen über die körperliche Gefährdung durch repetitive Diäten (als möglicher Einstieg in die Bulimie), wobei der Schwerpunkt auf deren kurzfristigen Auswirkungen, wie z.B. dem „Jojo-Effekt und Setpoint-Gewicht“ (Bennet und Guirin 1983) liegen sollte und nicht auf der (für Jugendliche wenig verwertbaren) Aufzeichnung ihrer destruktiven Langzeitwirkungen, wie etwa die Beeinträchtigung des Wachstums, der Fruchtbarkeit, des Auftretens von Osteoporose, Muskelschäden oder dentalen Problemen.“ (Schirling 2001, S.38)

Es gibt die Möglichkeit, eine betroffene Person in die Prävention zu bringen, welche über ihre oder seine Krankengeschichte spricht. Dabei ist es sehr wichtig, dass diese Person kaum über das Verhalten, Kalorien zählen oder Gewichtsangaben spricht. Damit soll verhindert werden, dass die Schilderungen bei den Zuhörern zum Nachmachen anspornen. Außerdem sollte diese Person nicht nur über ihre Gefühle, sondern mehr über die Erfahrungen und Folgeschäden der Essstörung berichten. Eine Hamburger Initiative, genannt Irremenschlich e.V., bietet solche Vorträge an.

5.2 Das Selbstvertrauen bei den Mädchen stärken

„Präventive Interventionen bzgl. der Akzeptanz des eigenen Körperbildes sollten nicht wiederum auf körperliche Erscheinungsbilder abzielen, wie z.B. „Auch mollige Jugendliche sind doch attraktiv. Sie müssen sich nur richtig kleiden.“ oder „Wenn du weniger mit Essen beschäftigt wärst, hättest Du mehr Zeit zum Lernen.“ Hierzu gehören auch die ökotrophologischen Ansätze, deren Wissenstransfer zwar auf wissenschaftlich fundierten Ernährungskonzepten beruhen, in denen Bulimikerinnen und Bulimiker auf Grund ihrer exzessiven Präokkupation mit Nahrungsaufnahme jedoch meist selbst schon Experten und Expertinnen sind. Vielmehr sollten präventive Interventionen bzgl. der Akzeptanz des eigenen Körperbildes in erster Linie auf.“ (Schirling 2001,S.35)

Auch die Intoleranz gegenüber weiblicher körperlicher Veränderungen, wie Menstruation oder Schwangerschaft sind wichtige Eckpunkte in einer Prävention.

Nach Schirling sollten präventive Interventionen, bezüglich der Akzeptanz des eigenen Körperbildes generell auf folgenden Punkte gerichtet sein:

- Generelle Stärkung des Selbstvertrauens
- Umgang mit Konflikten, das Nein-Sagen-Lernen im Selbstbehauptungstraining,
- Lernen, mit positivem Feedback und Anerkennung sowie Kritik und Versagen umzugehen sowie Übungen zum Verhaltensmanagement
- Entwicklung der positiven Ausstrahlung
- Auseinandersetzung mit der Sexualität
- Umgang mit verinnerlichten, perfektionistischen Leistungsantriebern,
- Umgang mit Gefühlen, Frustration, insbesondere Schmerz und (vermeintlicher und realer) Kränkung,
- Erlernen, Üben und Praktizieren von Entspannungsübungen und Selbstverteidigungsübungen (Tai Chi, Yoga, Autogenes Training, Aikido u.a)

Besonders bei Mädchen aus den Migrantenfamilien, die stark unter der Tradition leiden müssen, sind die körperlichen Veränderungen und der Druck in den Familien enorm. Im Stone-Centre-Boston wurde nach Entwicklungen im Jugendalter bei Migranten geforscht. Es zeigte sich, dass 11 bis 12 jährige Mädchen Aspekte von sich selbst unterdrücken. Sie sind generell verwirrt über das wer sie sind, ihre Einstellungen, Werte und Meinungen zu äußern und haben geringes Selbstvertrauen. (Gilligan 1982)

Die 10 Punkte von Kater (Karter 2004) geben Hinweise zur Stärkung des Selbstvertrauens folgendes an:

Die Schüler sollten

1. die genetischen Veranlagungen des Körpers akzeptieren!
2. lernen körperliche Veränderungen, wie Pubertät, Schwangerschaft, Laktation und Menopause positiv durch einen gesunden Lebensstil beeinflussen und diese Veränderung nicht kontrollieren zu können.
3. lernen, ihre Integrität Mensch zu sein zu behalten, indem Sie trotz der Werbung die zu dem Spruch „Image ist alles“ verführen, nie vergessen, dass ihr Aussehen nur ein Teil ausdrückt, wer sie sind. Einen Sinn für Identität entwickeln, der auf all den vielen Dingen basiert, die sie machen können, die Werte an denen sie glauben und die Person, die sie tief in sich selbst sind.
4. die Medien kritisch betrachten. Lernen, was sich hinter den Botschaften der Werbung versteckt.
5. Freunde und Mitschüler von der gesunden Lebensweise und der Entwicklung eines realistischen Körperbildes überzeugen.
6. bewegungsarme Unterhaltung (z.B fernsehen) begrenzen. Sich viel in der frischen Luft bewegen, wenn es geht regelmäßig. Jeder der nicht körperlich beeinträchtigt ist, ungeachtet von Größe, kann und sollte eine angemessene Fitness entwickeln und diese in allen Lebensbereichen einsetzen.
7. verstehen, wenn sie sich gesund ernähren und ihren aktiven Lebensstil über die Zeit beibehalten, damit das reguläre Gewicht konstant halten. Sie sollten das Ziel setzen, sich gesund zu ernähren und aktiv zu bleiben. Gesunde, gut ernährte und aktive Körper zeigen sich unterschiedlich in Größe und Form, in Dick und Dünn. Sie sollten

sich von niemanden etwas anderes sagen, auch nicht von Ärzten, die durch Kultur und Mythen, Übergewicht generell als ungesunden Faktor sehen.

8. keine Diäten durchführen. Hunger ist ein intern gesteuerter Mechanismus, der darauf zielt, ein Bedürfnis zu befriedigen. Wenn die Nahrungsaufnahme begrenzt wird und der Hunger nicht komplett gestillt wird, kann dies auf Dauer negative Folgen haben und mehr Beschäftigung mit dem Essen und möglicherweise ein Überfressen oder zwanghafte Essresonanz verursachen. In einer Diät verliert eine Person zuerst an Gewicht, aber nach bestimmter Zeit wird das Ursprungsgewicht (Setpoint) oder sogar mehr wiedergewonnen.
9. ihren Hunger komplett mit gesunden, nährstoffreichen Lebensmitteln stillen (unter Berücksichtigung der Ernährungspyramide). Viele Lebensmittel, häufig durch Werbung und billige Preise gefördert nur wenig Nährstoffe. Schüler sollten lernen, dass zwischen den Körper richtig ernähren und „nur“ essen ein enormer Unterschied besteht.
10. Vorbilder wählen, die einen realistischen Standard reflektieren, und mit denen man sich wohl fühlen kann.

5.3 Verhalten in der Gruppe und Führungspersönlichkeiten

Dünnsein verheißt Akzeptanz, Zuwendung, Macht und Geld im Verhaltens- und Kommunikationskodex vieler Jugendlicher. Eine schlanke Figur gilt als sicherer Einstieg für die soziale Akzeptanz in der Peer-Group.

Wenn Jugendliche motiviert werden sollen, vom bulimischen zum normalen Essverhalten zurückzukehren, werden sie damit konfrontiert, ein eigenständiges Körperbild zu entwickeln und zu akzeptieren. Hier stellt sich die Frage, welche sekundärpräventiven Maßnahmen im Umfeld, einschließlich des schulischen Umfeldes hierfür als unterstützend und hilfreich (auch im Sinne der Kompensation) zu erfahren sind.

„Wenn ein Verhaltensmuster aufgegeben werden soll, an dessen Beginn das Streben nach Akzeptanz und Zuwendung innerhalb einer Gruppe stand, müssen Alternativen

geschaffen werden, um das entstandene Vakuum zu füllen. Diese Alternativen tangieren auch neue Strategien, um mit den Ängsten der eventuellen und vermeintlichen Nichtakzeptanz bzw. Ausgrenzung durch die Gruppe umgehen zu können. Die präventive Intervention von Lehrerinnen und Lehrern, Eltern sowie Gleichaltrigen (als Multiplikator/innen) müssen das nötige Rüstzeug erhalten, um diesen Ängsten vorzubauen und Unterstützung anzubieten. In diesem Zusammenhang ist es unabdingbar, dass auch Lehrerinnen und Lehrer ihre gewohnten Vorstellungen über gängige Körperbilder überprüfen und gegebenenfalls revidieren. Auch für sie gilt, dass sie die Zusammenhänge erkennen zwischen der Idealisierung von Schlankheit und der Angst vor dem Dicksein. Es wird klar, dass Prävention gegen Bulimie und andere Essstörungen auch das soziale Umfeld mit einbeziehen muss.“ (Schirling 2001, S.35)

Als „Role Model“ oder „Peer-Group-Leader“ werden die Schülersprecherinnen oder Klassensprecher gesehen. Sie erleben nicht selten eine bevorzugende Behandlung durch Lehrer und Lehrerinnen gegenüber den gewichtigeren und übergewichtigen Kindern und Jugendlichen. Dies liegt vor allem daran, dass adipöse Schüler, nach Warschburger et al (2005) und Dietz (1995), vom Kindergarten an bis ins Berufsalter immer wieder soziale Benachteiligungen erfahren müssen. Eine bevorzugende Behandlung der „Role-Models“ kann auch ein Faktor sein, der Schülerinnen und Schüler dazu motivieren kann, sich über bulimisches Essverhalten zu den vermeintlichen Gewinnern zu stellen.

„Effektive präventive Maßnahmen beinhalten nicht nur eine Bewusstmachung dieser Motivationsebenen unter den Jugendlichen und LehrerInnen sondern auch geeignete Alternativen zur Verhaltensänderung, in deren Mittelpunkt wiederum Selbststärkungsinitiativen, Konflikttraining und Abbau von Vorurteilen einen festen Platz einnehmen.“ (Schirling 2001, S.35)

5.4 Das Erreichen der Eltern

Um die Effektivität der Prävention weiter zu steigern ist es notwendig, die Eltern mit einzubeziehen. Familienmitglieder können als Freiraum für negative soziale Einflüsse dienen. Sie könnten ahnungslos sein, welchen Einfluss negative Kommentare auf die Entwicklung von Ernährungsverhalten haben kann. Eine Studie zeigt, dass Hänseleien innerhalb der Familie einen stärkeren Effekt haben als in der Peer-Group. (Phillips und Piran 1992)

Die derzeitigen Präventionsprogramme richten sich mehr auf die Verantwortung der Kinder als auf die Eltern. Selbst hochentwickelte Programme für Kinder haben kein Anschauungsmaterial für die Eltern zu Hause.

Einige Punkte sind in den traditionellen Familien wohl sehr schwierig umzusetzen, da von Generationen die Rollen in der Familie weitergegeben werden. Dieses Problem muss nicht zwangsweise nur in Migrantenfamilien vorkommen. Laut Aussagen von Beratungszentren lassen auch deutsche Familien (besonders streng religiöse), keine Änderungen in ihrem Verhalten zu. Ein solcher Leitfaden, mit aktiver Einsicht der Eltern, kann eine weiterführende Hilfe für die Prävention von Essstörungen sein. Für Lehrer kann es sehr erleichternd sein, wenn die Eltern zu diesem Thema schon Basiswissen vorweisen und ihr Kind besser schützen können. Einige Krankenkassen sind in diesem Bereich schon aktiv gewesen. Sie bieten Vorträge für Eltern zu diesem Thema und führen Kurzpräventionsprogramme an Schulen durch. Aber auch in Beratungsstellen finden Lehrer und Eltern Unterstützung.

5.5 Sekundärpräventive Maßnahmen

Sekundäre Prävention fokussiert sich mehr auf die Minderung der Dauer einer Essstörung. Aus diesem Grund sind frühe Erkennung und Intervention die wichtigsten Aspekte der sekundären Prävention. Es ist schwierig, Strategien für frühe Erkennung zu implementieren weil Individuen mit Essproblemen oft versuchen ihr Verhalten zu verbergen. Wenn ein Lehrer einen Schüler verdächtigt, muss dieser sich mit der

Person oder mit den Eltern auseinandersetzen. Lehrer sollten in Risikogruppen familiär auftreten, da es somit einfacher ist Vertrauen aufzubauen.

„Die sekundärpräventiven Maßnahmen der (Sport)lehrerinnen und Lehrer werden an Effizienz gewinnen, wenn extrem leichtgewichtige nationale und internationale Tanz-, Eiskunstlauf-, Gymnastik- und Leichtathletiksportlerinnen nicht mehr überwiegend als Idol- und Vorbildfiguren propagiert werden.“ (Schirling 2001, S.35)

Kanadische Studien von Piran (1993) haben gezeigt, dass die Art und Weise (vergleichend, spöttisch, abwertend, bemitleidend), wie Erwachsene sich über das Erscheinungsbild und den Körperumfang von Kindern und Jugendlichen äußern, destruktivere und nachhaltigere Auswirkungen auf das Essverhalten zeitigen kann, als ähnliche, abwertende Bemerkungen von Gleichaltrigen.

Die präventiven Maßnahmen gegen Bulimie sollten nicht auf dem Hintergrund von Defiziten der Jugendlichen gestaltet werden, sondern unter Einbeziehung der Kompetenzen, Stärken und Kreativität.

Es gilt, die vorhandenen Ressourcen der Jugendlichen zu aktivieren, mit denen sie

- ihr Verantwortungsbewusstsein und ihre Disziplin für sich selbst einsetzen können, um mit Stress und Essen konstruktiv umzugehen,
- einen neuen Umgang mit Versagensängsten erproben können,
- realistische Zielsetzungen entwickeln, um zu lernen, sich real – statt ideal – zu erleben und um zu handeln, ohne ein „optimales“ Ergebnis zu erwarten,
- irrealen Medienbilder jugendlichen Aussehens zu entmystifizieren,
- Zeitmanagement üben,
- individuelles Körperbewusstsein zu entwickeln, um Ausdrucksmittel für Stärke und Durchsetzungskraft zu finden.

Dieser ressourcenorientierte, präventive Schwerpunkt erfordert auch von den Lehrkräften eine ständige Auseinandersetzung mit den Inhalten einer sinnvollen Beziehungsdidaktik (Miller 1997) und eine Wahrnehmung der eigenen Ressourcen und Grenzen.

5.6 Die Co-Abhängigkeit

Eine Co- Abhängigkeit kann auftreten, wenn ein Lehrer oder die Schule indirekt das Verhalten des Schülers unterstützt. Mit zunehmender Bildung einer Essstörung meiden Schüler häufig den Kontakt zu ihren Mitschülern und suchen die Hilfe eher beim Lehrer. Einige Lehrer übersehen die Essstörung (z.B. Aufgrund der guten Leistungen im Unterricht) und geraten als Co-Abhängige in den Teufelskreis einer Essstörung. Im Umgang mit Essgestörten besteht die Gefahr, dass nicht nur eine einzelne Lehrkraft in Co-Abhängigkeit gerät, sondern auch das ganze Schulsystem, einschließlich Rektorat. (Terry 2001, S.47)

Eine leistungsbereite Anorektikerin erhält leicht Mitleid von den Lehrern. Die Lehrkräfte sind dann sehr bemüht einen Weg zu finden, welchen den Betroffenen helfen kann. Leider fehlt in dieser Situation oft der Blick dafür, dass der Schüler selbst für Veränderungen sorgen muss.

Es kann zu Ungleichbehandlung und Ungerechtigkeit gegenüber den Mitschülern kommen, wenn sich eine co-abhängige Struktur entwickelt. „Übertriebene Fürsorge entmündigt die Betroffene.“ (Terry 2001, S.57) Von den Mitschülern wird eine maßlose Fürsorge für eine Person als ungerecht empfunden.

Das Sekretariat sollte sich nicht Instrumentalisieren lassen und die Bitte für einen Attest seitens des Schülers nicht akzeptieren.

Eltern machen sich häufig dafür stark, dass die Lehrer die Sonderbehandlung für ihr Kind fortsetzen und es vor vermeintlicher Härte schützen, weil sie doch krank ist. Häufig stellt sich die Schulleitung auf die Seite der Eltern und verhindert dadurch die Konsequenzen.

Als Instrumente gegen das Filtersystem nennt Terry (2001, S.58) folgende:

- **Klarheit** (sich mit dem Thema Essstörung zu befassen, zu informieren)
- **Kontinuität** (nur die Vertrauensleute führen weiter die Gespräche)
- **Konsultation** (Absprache mit Kollegen, Eltern, Schulleiter und außerschulischen Fachleuten)

6 Erfahrungen im Umgang mit Migranten – Methodik

Ursprünglich sollte diese Diplomarbeit ausschließlich auf den Empfehlungen der Lehrer basieren. Jedoch habe ich trotz großer Recherchen nicht viele Lehrer für meine Interviews finden können. Das Lehrinstitut Hamburg gab mir einige Adressen. Leider hatte der Großteil der erreichbaren Lehrer keinen Kontakt mit essgestörten Migranten.

Zum Ausgleich habe ich in den Beratungsstellen nachgefragt. Zuerst habe ich mit Einrichtungen im Umkreis von Hamburg Kontakt ausgenommen. Auch wenn diese Einrichtungen mir nicht Konkret viele Aussagen bezüglich der Migranten geben konnten, habe ich zum Thema Prävention und Intervention einige wichtige Hinweise bekommen. Die Beratungsstellen, mit denen ich Kontakt aufnahm, habe ich im Anhang noch einmal aufgelistet.

Weiterhin habe ich über das Internet in Beratungszentren in den USA, Schweiz, Österreich oder Großbritannien nachgefragt, um eventuelle Gemeinsamkeiten oder Unterschiede festzustellen. Zuletzt nahm ich mit den Regierungspräsidien der Bundesländer in Deutschland Kontakt auf.

Wie sie aus dem Anhang entnehmen können teilte ich bei den Lehrern den Fragebogen in fünf Abschnitte. Auch bei den Fragen an die Berater habe ich mich um eine Einheitliche Befragung bemüht.

Nach den Befragungen an den Schulen und in den Beratungsstellen führte ich noch weitere Gespräche mit einer Sozialpädagogin in Hamburg und einer Klinikangestellten aus der Universitätsklinik in Lübeck. Die Sozialpädagogin hatte an ihrer Schule unmittelbar viel mit essgestörten Migranten zu tun.

Die Psychologin in Lübeck hat selbst Migrantenerfahrung und konnte mir einiges über die Arbeit an der Universitätsklinik und über das Thema Essstörungen erzählen.

In den Telefongesprächen außerhalb Hamburgs stellte ich gezielte Fragen. Um mehr Einsichten zu bekommen fragte ich Deutschlandweit Einrichtungen nach Erfahrung und freien Kapazitäten. Einrichtungen, die sich außerhalb Deutschlands befanden, befragte ich per E-Mail.

7 Erfahrungen mit Essgestörten und essgestörten Migranten

7.1 Erfahrungen in Schulen

7.1.1 Fallbeispiel 1 – Schule in Hamburg Altona

Herr S. unterrichtet in drei Fächern und ist zudem Klassenlehrer der betroffenen Schülerin. Beim Übergang von der 8. zur 9.Klasse rutschte die Schülerin vom Gymnasium zur Hauptschule durch. Sie ist Türkin zweiter Generation. Die Eltern haben sich vorher schon an Ärzte gewandt. Ihnen wurde mitgeteilt, dass ihre Tochter unter Anorexia nervosa litt. Bei den Lehrern wurde die Erkrankung zuerst vom Sportlehrer erkannt.

Schon zu Beginn der 8. Klasse wurde die Krankheit bei ihr bemerkt. Auch die Mitschüler erkannten dies und teilten den Lehrern ihre Beobachtungen mit. Die Schülerin versuchte durch geschicktes Kleiden (wie eine „Zwiebel“) ihr Problem zu kaschieren. Zudem war sie sehr modisch gekleidet. Es gab in der Schule viele Spekulationen über ihr Verhalten. Die Schülerin wurde von Herrn S. sofort angesprochen und die Eltern danach informiert. Die Eltern zeigten positive Reaktionen, standen jedoch der Situation hilflos gegenüber. Die Mitschüler gingen sehr fair mit der Betroffenen um. Sie waren vor eine unbekannte Situation gestellt, die sie befremdete. Das Thema „Essstörungen“ wurde in den Unterricht einbezogen, brachte jedoch in der Klasse mehr Diskussionen als Interesse.

Der Lehrer hat zuerst in der Pause, unter Ausschluss aller Mitschüler, ein allgemeines Gespräch mit der Betroffenen geführt und ist dann zum Problem übergegangen. Die Schülerin hat ihr Problem geleugnet und behauptete „ich esse immer etwas“. Herr S. hat die Schülerin nach Hause gebracht, um mit den Eltern in Kontakt zu treten.

Der Lehrer bat die junge Türkin, mit dem Therapiezentrum in Hamburg Rahlstedt in Kontakt zu treten. Bei einer Autofahrt zum Sucht- und Präventionszentrum Hamburg vertraute die Schülerin dem Lehrer an, dass sie ein Suspensorium benutze und dass sie Angst vor der Entwicklung zur Frau hätte. Nach dem ersten Gespräch hat der Lehrer die Situation soweit aufgegriffen und die Sozialpädagogin an der Schule mit

einbezogen. Auch mit seinen Kollegen hat er über die Situation gesprochen. Von Gespräch zu Gespräch war die Schülerin vertraulicher mit ihrem Problem umgegangen.

Der Lehrer informierte sich in gängiger Literatur und bei einem befreundeten Arzt. Weiterhin fragte er das Therapiezentrum in Rahlstedt um Rat.

Der Lehrer machte sich noch einmal ein Bild zu der Schülerin. Da er keine Veränderung ihres Zustands erkennen konnte, suchte er nach Möglichkeiten, die junge Türkin doch noch zu einer Therapie zu bewegen. Die Schülerin brachte in der Schule sehr gute Leistungen. Vom Sportunterricht wurde sie aufgrund ihrer körperlichen Veränderungen durch den Arzt befreit. Der Einfluss der Eltern war eher passiv. Es gab jedoch keine kommunikativen Probleme zwischen den Lehrer und den Eltern.

Zur Verständigung über das weitere Vorgehen wurde ein gemeinsames Frühstück durchgeführt.

Präventionsmaßnahmen sollten aus Sicht dieses Lehrers sehr früh durchgeführt werden. Dabei sollten auf keinen Fall einzelne betroffene selektiert werden.

Herr S. empfiehlt seinen Kollegen, auf keinen Fall abzuwarten. Der Verantwortliche sollte sofort Kontakt mit den Eltern aufnehmen und die Klassenkameraden befragen. Der Lehrer sollte autonom handeln. Als Wunsch gibt er an, dass Unterrichtseinheiten in den 5. und 6. Klassen zu dieser Thematik stattfinden sollten. Zudem sollten Materialien zur Aufklärung (z.B. in Form von Filmen und Literatur) in der Schule vorhanden sein.

7.1.2 Fallbeispiel 2 – Schule in Wilhelmsburg

Frau S. unterrichtet an einer Hauptschule in Hamburg Veddel. Sie arbeitet dort als sozialpädagogische Beraterin und Lehrerin. Sie schilderte mir einen Fall einer Türkin, welche wahrscheinlich aus dem kurdischen Gebiet stammt.

Das Mädchen besuchte die 9. Klasse und litt unter Anorexia nervosa. Sie brach bereits mehrmals die Therapien ab. Kurz vor der Prüfung gab sie die ambulante Therapie ganz auf. Die Schülerin kam direkt aus der Vorbereitungsklasse in die 9.Klasse. Ihr

Deutsch war für die Schule nicht ausreichend. Sie fühlte sich in ihrer Umgebung nie wohl, eine Integration hat noch nicht stattgefunden. Sie wurde gegen ihren Willen eingeschult. Die Sprachförderungen für sie wurden von den Behörden gestrichen. Sie bekam in ihrer Familie eine Schwester. Zu Hause musste sie zum Teil die Mutterrolle übernehmen. Die Eltern machten ihr deutlich, dass der Haushalt für sie höhere Priorität hat, als die Schule.

Ihre Mitschüler machten sich aufgrund ihres Erscheinungsbildes Sorgen und versuchten auf sie einzureden. Doch die Schülerin akzeptierte ihre Erkrankung nicht. Die Eltern bagatellisierten die Situation und meinten, dass „sie nicht gerne isst“. Für die Problematik waren die Eltern nicht offen, zudem sprachen sie nicht gut deutsch. Die Tante der Türkin war für dieses Thema offener und eher erreichbar.

Frau S. bat im Sucht- und Präventionszentrum Hamburg um Rat. Einrichtungen, wie Kajal e.V. in Hamburg waren ihr nicht bekannt. In ihrer Amtszeit gab es noch keine Projektwochen zu diesem Thema. Die Schule ist im Moment mit dem Problempunkt „Gewalt“ überfordert. Die Thematik Essstörungen gerät dadurch in den Hintergrund. Dadurch übersehen die Lehrer häufig Auffälligkeiten bei den Schülern. 90 % aller Schüler sind Migrantenkinder. Die meisten sprechen ziemlich schlecht die deutsche Sprache. Frau S. meinte, dass sich eine „ist- mir- egal- Gesellschaft“ durch die Arbeitslosigkeit gebildet hat. Die Sozialpädagogin vermutete in jeder Klasse einen Fall von Essstörung.

Frau S. konnte bei der jungen Türkin schnell Vertrauen aufbauen, da sie die Schülerin schon länger kannte. Die Betroffene suchte aber nicht von sich aus die Beratung.

Ein Großteil der männlichen Schüler dieser Schule ist, laut Aussage von Frau S., übergewichtig. Für die Migranten hat sich die Versorgung verschlechtert. Leistungen wurden gestrichen und die Arbeitslosigkeit steigt. Es herrscht im Moment eine „Notfallversorgung“. Besonders problematisch ist dies für Asylbewerber und Flüchtlinge. Für Klassenfahrten z.B. zu einer Beratungsstelle gibt es keine Gelder mehr.

Frau S. wünscht sich, dass für dieses sensible Thema eine Fachkraft vorhanden sein sollte. In der Schule sollte es Informationsmaterial zu diesem Thema geben. In der Schulpolitik sollten mehr Gelder zur Verfügung stehen. Das Thema Essstörungen könnte in den Lehrplan aufgenommen werden. Interventionen sollten in geschlechtsspezifischen Einheiten durchgeführt werden.

Die Schule hat einen guten Kontakt zum Jugendamt. Schüler kommen mittlerweile von sich aus zur Beratung.

Eigentlich stehen ausschließlich in Gymnasien Beratungslehrer zur Verfügung. Diese Hauptschule bekam nur durch eine Sonderregelung die Stelle zugesprochen. Für speziell ausgebildete Fachkräfte fehlt es an Geldern.

7.2 Erfahrungen in Beratungszentren

7.2.1 Kajal e.V in Hamburg

„Kajal e.V.“ ist ein Verein, der schon seit 13 Jahren existiert. „Kajal e.V.“ kümmert sich um Frauen im Alter von 12 bis 21 Jahren. Die Einrichtung ist eine Suchtpräventions- und Beratungsstelle. Hier reichen die Kapazitäten nicht aus. Aufgrund der steigenden Beratungszahl ist es „Kajal e.V.“ nicht möglich, mehr Projekte an Schulen durchzuführen.

Der Verein unterstützt die Therapievermittlung und arbeitet mit diversen Beratungszentren in Hamburg zusammen. Die Einrichtung ist Mitglied von „Frauenperspektiven e.V.“⁴. Ihre Hauptaufgabe ist die Beratung. Danach folgen Präventionen, Supervisionen (ca. 26 pro Jahr), Teambesuche und Fortbildungen. In dieser Einrichtung arbeiten drei Frauen, Sozialpädagoginnen. Die Beratung ist kostenlos. Eine Mitarbeiterin bietet Beratungen in türkischer Sprache an.

Ca. ein Drittel der Ratsuchenden sind Migranten. Die Mädchen kommen aus verschiedensten Ländern. Die meisten sind jedoch türkischer Abstammung. Kajal e.V.

4 seit 1990 anerkannter Suchthilfeträger und seit 1991 anerkannter Jugendhilfeträger

arbeitet mit Jugendwohngruppen in Hamburg zusammen. Für Jugendliche ist es, laut der Mitarbeiterin, unterstützend, eine Begleitperson mitzubringen. Zu Informationsveranstaltungen kommen die Erkrankten meist mit ihren Freundinnen.

Der Verein führte mit Schulen bereits Projektwochen durch. Doch auch diese sind aufgrund der erhöhten Beratungszahl in den letzten Jahren weniger geworden.

Für Migranten scheint, laut der Mitarbeiterin, der Weg zur Beratung doppelt so schwer zu sein. Sie haben Angst, die Anonymität zu verlieren oder haben Furcht vor Sanktionen innerhalb der Familie. Ratsuchende können die Beratung testen. Kajal e.V. hofft auf den Zeitpunkt des „Andockens“, das heisst das Interesse ist soweit geweckt, dass Eigeninitiative ergriffen wird.

Essgestörte Klientinnen kommen häufig aus Gymnasien oder Familien mit hohen Ansprüchen gegenüber ihrem Kind. Die Ratsuchenden besuchen die Einrichtung im Durchschnitt sechs Mal. Es gibt aber keine Rahmenbegrenzung. Häufig kommen Ratsuchende mit bulimischer Erkrankung und zusätzlichem Drogenproblem.

Migrantinnen können häufig nicht den gleichen Aktivitäten nachgehen, wie ihre deutschen Freundinnen. Sie werden dabei von ihrem Elternhaus zurückgehalten.

Kajal e.V. bietet Workshops an, in denen auf jeden Fall ein Nachgespräch mit den Pädagogen stattfindet, nimmt Kontakt mit Schulen auf und macht allgemeine Werbung für die Informationsveranstaltungen. Außerdem sind sie im Internet auf der Homepage [„www.kajal.de“](http://www.kajal.de) zu erreichen.

In der Prävention sollte laut Kajal e.V. der geschlechtsspezifische Blick geschärft werden. In der Öffentlichkeit ist ein kritischer Umgang mit Schönheitsidealen notwendig. Nach dem Vorbild von Susi Vorbach, die Werbeprojekte wie vom Produkt „DOVE“ ins Leben gerufen hat, könnten noch andere mutige Initiativen folgen.

Lehrer sollten in den Schulen unbedingt auf Kooperationen eingehen und Netzwerke bilden. Lehrkräfte sollten die Mitschüler der Betroffenen zu diesem Thema aufklären. Auf jeden Fall soll der Lehrer den Schüler nicht verurteilen oder angreifen, und auf jeden Fall Du- Botschaften vermeiden.

Der Verein „Kajal e.V.“ fordert mehr Sensibilität zu diesem Thema. Sie wünschen sich mehr öffentliche Unterstützung und mehr engagierte Menschen. Die Mitarbeiterin verabscheut die Ignoranz dieser Krankheiten.

Die Lehrer an den Schulen sollten zu diesem Problem fortgebildet werden. Das Problem könnte im Unterricht thematisiert werden, am besten in einem Extra-Fach wie Gesundheitsförderung oder vielleicht in Ethik.

7.2.2 Die Boje e.V. in Hamburg

Der Verein „Boje e.V.“ existiert schon seit 25 Jahren. Es gibt in Hamburg zwei Beratungsstellen. Die Boje e.V. ist eine Beratungsstelle für junge Erwachsene im Alter von 18 bis 35 Jahren. Seit 2003 werden nur noch Beratungen und Vermittlungen durchgeführt (zuvor hatten sie ähnliche Aufgaben, wie „Die Waage e.V.“ und „Kajal e.V.“). Es arbeiten bei der Boje e.V. 6 Mitarbeiter. Die Angestellten können Beratungen in deutscher, englischer und französischer Sprache anbieten.

Es gibt viele Infoveranstaltungen zum Thema Essstörungen bei „Boje e.V.“. Die meisten Fälle von Essstörungen sind hier Anorexie und Bulimie. Die Ratsuchenden kommen meist in Begleitung. Am häufigsten melden sich die Betroffenen selbst. Rückfällige Klienten kommen ebenfalls in die Beratung. Es ist sehr schwer, Magersüchtige zu einer stationären Behandlung zu überreden, weil der Mitarbeiterin nach, ein gewisser Leidensdruck herrscht. Die Betroffenen müssen dafür erst einmal eine gewisse Motivation entwickeln.

Der Anteil essgestörter Migranten in dieser Einrichtung wird in von der Mitarbeiterin auf ca. 10% geschätzt. Migranten haben ihrer Meinung nach mehr Ängste. Besonders bei Türkinnen in traditionellen Familien herrscht noch das Frauenbild (wir geht über das ich). Klientinnen aus dem Migratenumfeld kommen meist geheim, ohne Wissen der Familie, sind eher schambesetzt. „Boje e.V.“ bietet auch Beratung für Angehörige und Lehrer an.

Wie ein Lehrer die Schüler ansprechen sollte, hängt vom Vertrauensverhältnis ab. Ansonsten wäre es besser einen Vertrauenslehrer oder Beratungslehrer zu suchen. Er darf die Schüler auf keinen Fall unter Druck setzen.

Mitschüler sollten nur eingebunden werden, wenn sie einen Tipp geben. Somit sollte das Vertrauen der betroffenen Schüler nicht gebrochen werden. Sie sollten ihre Intimität beibehalten.

Der Lehrer sollte auf keinen Fall in Panik geraten.

In Präventionseinheiten sollten Bilder, welche die Krankheit charakterisieren gezeigt und kommentiert werden. Auch die Tatsache, dass diese Krankheit die meisten Todesopfer bei psychologischen Erkrankungen zur Folge hat, sollte erwähnt werden. Das Thema kann bestenfalls in einer Projektwoche behandelt werden. Es kann ein Ausflug zur Beratungsstelle oder in eine Klinik unternommen werden.

In den schulischen Interventionen sollten auch latente Essstörungen angesprochen werden. Das Thema sollte bereits ab der Grundschule im Lehrplan vorhanden sein.

Damit in der Schule eine solche Erkrankung schneller erkannt werden, sollten die Lehrer und Schüler besser aufgeklärt werden. Filme oder Projekte wie Irremenschlich e.V. können dabei sehr hilfreich sein.

Die Mitarbeiterin erwähnte, dass in den Zeisehallen gute Filme zum Thema Essstörungen gelaufen sind. Künstler und Sportler mit Essstörungen sollten sich häufiger outen.

7.2.3 Die Waage e.V. in Hamburg

„Die Waage e.V.“ ist seit 16 Jahren eine Beratungsstelle für Frauen ab 18 Jahren mit Essstörungen. Die Kapazitäten reichen nicht aus. Parallel gibt es auch für Eltern Möglichkeiten sich zu informieren. Bei Schwerpunktfragen, wie z.B. soziale Angelegenheiten, werden die Klientinnen an andere Einrichtungen weitergeleitet.

Die Beratung ist kostenlos, aber für die Gruppentherapien ist ein Betrag zu zahlen. „Die Waage e.V.“ finanziert sich aus Geldern der Stadt, sie haben jedoch die Vorgabe, nur Klienten zu behandeln, die bereits über 18 Jahre alt sind. In der Beratungsstelle arbeiten 3 Angestellte, die unterschiedlich spezialisiert sind (z.B. auf Kunst, Gestaltung und Tanztherapie).

Der Anteil migrierter Ratsuchender liegt geschätzt bei 4%. Am häufigsten kommen Klienten mit Bulimie. Es ist von der Beraterseite aus sehr schwierig, Anorektiker zu einer stationären Behandlung zu bewegen. Ratsuchende Migranten kommen hauptsächlich aus der Türkei und Russland. „Die Waage e.V.“ ist Mitglied von Frauenperspektiven e.V. und arbeitet mit der „Brücke e.V.“ und „Boje e.V.“ zusammen. Im Fall einer Essstörungen melden sich am häufigsten die Betroffenen, gefolgt von Lehrern (u.ä. Experten), Eltern und dann Freunde. Der Verein führte früher Projekte an Schulen durch. Kann aber aufgrund weniger Kapazitäten und anderer Zielgruppen solche Projekte nicht mehr anbieten.

„Die Waage e.V.“ führt dennoch Beratungen für Lehrern durch und vermittelt Betroffene an Selbsthilfegruppen. Frau S. erkennt dabei einen Trend, dass Online-Chats im Internet die Selbsthilfegruppen ersetzen. Im Moment ist es sehr schwierig die Gruppen voll zu bekommen.

Bisher gab es nur wenige Klienten aus den Kreisen der Asylbewerber. Schwierigkeiten in der Beratung gab es bisher keine. In Hamburg gibt es Psychologen, welche ehrenamtlich kostenlos Therapien für Asylbewerber und Flüchtlinge anbieten.

Ratsuchende dürfen immer in Begleitung kommen. Es wird aber immer nachgefragt, ob die Klienten aus eigener Entscheidung zur Beratung oder Therapie gekommen sind.

In einer Prävention sollten immer folgende Themen mit enthalten sein: gesundes Selbstwertgefühl, gutes Körpergefühl, Individualität, Akzeptanz und Toleranz

Lehrer können autonom handeln, sollten aber über die Thematik Bescheid wissen. Die Lehrer sollten die Feedback-Regeln einhalten. Es für Lehrkräfte sehr vorteilhaft, die

Arbeit zu verteilen und nicht alles auf sich zu nehmen. Der Lehrer sollte einen Draht zu Beratungszentren haben und Kontakt mit den Eltern aufnehmen.

Es kommen häufig Klientinnen mit rückfälligen Symptomen. Bei denen müssen sie klar machen, dass dies eine Beratungsstelle ist, es muss eine Strategie entwickelt werden.

Nach mehreren erfolglosen Beratungen werden Klienten weitervermittelt, häufig in die ambulante Betreuung. Bei Angstgefühlen können sie den Arzt von der Schweigepflicht entbinden, sodass dieser stellvertretend den Kontakt mit einer Beratungsstelle aufnehmen kann. Die Dringlichkeit der Handlung wird nicht nach den BMI gemessen.

Der Frau S. ist aufgefallen, dass türkische Männer Frauen in der Beratung für weniger kompetent halten als Männer. Ältere Frauen hätten ein Vorteil gegenüber jungen Kolleginnen.

Die Einrichtung wünscht sich mehr Kapazität. „Die Waage e.V.“ ärgert sich, dass es keine integrierte Versorgung gibt. Sie rät allen Lehrern den Prozess der Prävention und Intervention nicht alleine zu bestreiten. Um Essstörungen an Schulen besser erkennen zu können sollten in den 5./6. Klassen Präventionen durchgeführt werden.

7.2.4 CODROPS in Hamburg

CODROPS ist eine Suchtberatungsstelle, verteilt auf drei Stadtgebiete in Hamburg. Ich besuchte eine Beratungsstelle in Wilhelmsburg, ein Stadtteil mit einer sehr hohen Ausländerquote. Die Beratungsstelle beschäftigt sich hauptsächlich mit dem Thema Drogen. Mein Interviewpartner, eine Berater türkischer Abstammung, konnte sich an lediglich eine Migrantin aus der Türkei mit einer Essstörung erinnern. Er erinnerte sich daran, dass die Schülerin von der Schule an ihn vermittelt wurde. Sie kam nicht auf freiwilliger Basis zu CODROPS. Diese Frau sprach kaum Deutsch und war dem Mann gegenüber sehr verschlossen. Die Schülerin hatte offensichtlich Anorexia nervosa, verschwieg jedoch ihr Problem dem Berater gegenüber und wich seinen Fragen immer aus. Das Problem in dieser Situation war, dass der Berater eine männliche Person war.

Somit musste er die Türkin zu einer anderen Einrichtung, mit weiblichen Beraterpersonal verweisen.

7.2.5 Universitätsklinik in Lübeck

Das Universitätsklinikum in Lübeck hat eine Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie. Jedoch gibt es keine spezielle Abteilung für Essstörungen. Frau S. arbeitete schon 13 Jahre an der Klinik Roseneck. Dort gibt es eine spezielle Abteilung für Essstörungen. Frau S. hat selbst Migrationshintergrund. Da sie aus der Gastarbeitergeneration stammt, wird sie häufig für Therapien und Beratung für Migranten eingesetzt. Sie glaubt an die Möglichkeit, dass Migranten anfälliger für Essstörungen sind. Deshalb würden sie Forschungsergebnisse zu diesem Thema sehr interessieren.

Die Hauptvarianten von Essstörungen sind je zu einem Drittel in der Klinik vorhanden. Die Symptome sind häufig mit der Komorbidität (Alkohol, Depression) verbunden. Betroffene melden sich direkt in der Universitätsklinik. Die Klinik arbeitet mit der Volkshochschule in Bad Schwartau zusammen, welche Seminare zum Thema Essstörungen anbietet. Die Seminarteilnehmer, vorrangig Lehrer, haben auf diesem Weg die Möglichkeiten, Fragen zum Thema Essstörungen an Spezialisten der Universitätsklinik zu richten. Andere Einrichtungen in Lübeck, wie S.O.S oder die „Brücke e.V.“ arbeiten ebenfalls mit der Klinik zusammen. Der Anteil der Migranten an den Patienten in der Universitätsklinik liegt bei 10 bis 20%. Die jüngsten Patientinnen müssen 16 Jahre alt sein. Anderenfalls werden sie an das Vorwerkerheim (in Kombination mit dem Borderline Syndrom (eine Persönlichkeitsstörung, bei der Symptome einer Neurose und einer Psychose wechselnd auftreten)) oder an die Fachklinik Schleswig in Schleswig Holstein überwiesen.

Die Universitätsklinik führt Projekte auf Anfrage durch und wäre offen für Fragen oder Besuche von Schulklassen (z.B. im Rahmen einer Projektwoche).

Nach Entlassung der Patienten beginnt die ambulante Therapie. Dort können nicht alle Patienten betreut werden.

Psychische Erkrankungen werden bei Migranten kritischer gesehen. Asylbewerber leiden häufig unter Ängsten. Für Probleme dieser Art gibt es Flüchtlingshelferinitiativen (z.B. Flüchtlingsarbeitsgruppe Lübeck).

Frau S. hält es für wichtig, dass Lehrer Symptome einer Essstörung erkennen können. Sie sollten sich professionelle Beratung oder Hilfe suchen. Der Lehrer muss nicht autonom handeln. Grundsätzlich soll der Lehrer schnell handeln, keine Weitergabe ohne Absprache mit der Betroffenen und immer wieder fragen.

Präventionseinheiten sollten mit Vorsicht aufgebaut werden, da Schüler Ernährungsweisen erlernen und missbrauchen könnten. Der gesunde Aspekt der Prävention sollte betont werden. Latente Essstörungen können angesprochen werden. Das Thema Gesundheit sollte allgemein Bestandteil des Lehrplans sein.

7.2.6 E-Mail Befragungen

Aus meinen Befragungen per E-Mail halte ich folgende Informationen für diesen Leitfaden für sehr interessant. Frau Ehlert, vom Kultus für Lehre und Sport Baden-Württemberg, gab mir den Hinweis, dass viele Migranten aus Angst vor der Zwangsheirat eine Essstörung entwickeln. Die steigende Zahl essgestörter Männer sollte aber auch nicht außer Acht gelassen werden.

Ein Mitarbeiter des bayrischen Lehrerverbandes meinte, dass „in Bayern ein Netz der Caritas existiert, und dass Schüler mit Essstörungen dort Hilfe finden. Die meisten Gymnasien in Oberbayern, im Regierungsbezirk um München, haben einen eigenen Schulpsychologen- Für die Grund- und Hauptschulen gibt es normalerweise pro Schulamt eine schulpsychologische Stelle. Wenn kein Schulpsychologe 'greifbar' ist, können sich die Lehrkräfte an Beratungsstellen (z.B. der Caritas) wenden oder an andere Lehrkräfte, die eventuell Erfahrung mit dem Thema haben. Logischerweise

geht die Kontaktaufnahme zu einem Schulpsychologen am schnellsten, wenn der direkt an der Schule sitzt. Da kann man das Ganze ja auch mal informell machen.“

Ein Mitarbeiter von „hungrig-online.de“, ein Lehrer, welcher selbst einmal von einer Essstörung betroffen war, weiß, „dass es recht schwierig ist, auf eine subjektive Vermutung hin tätig zu werden. Ich kann also, solange kein lebensbedrohlicher Zustand erreicht ist, kaum eine Instanz einschalten, sondern lediglich versuchen, über ein Gespräch an eine möglicherweise betroffene Person heranzukommen. Darüber hinaus kann ich noch die Eltern mit einbeziehen und ansonsten versuchen, die Schüler über entsprechende Unterrichtsinhalte für das Thema zu sensibilisieren.“

Ein Mitarbeiter des hessischen Kultusministeriums sagt: „Schulen wenden sich an Schulpsychologen/innen, Zentren für Essstörungen, Gesundheitsamt, BZgA, Krankenkassen. Da Lehrkräfte keine medizinische oder psychologische Ausbildung haben, wenden sich Lehrkräfte bei Verdacht zuerst an Eltern und dann in Absprache mit den Eltern an Externe.“

Die Regierungspräsidien in Sachsen-Anhalt und Sachsen gaben an, dass der Anteil an Migrantenkindern in den Schulen im Land bei ca. 2 % liegt. Im Gegensatz zu westlichen Bundesländern stellen Vietnamesen den größten Anteil an Migranten. Für die Gesundheit der Schüler ist nicht das Sächsische Staatsministerium für Kultus, sondern im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsvorsorge das Sächsische Staatsministerium für Soziales zuständig. Dort können sich Personen eventuell nach interessanten Einzelheiten erkundigen. Wohin sich Schüler oder Schülerinnen bei Gesundheitsstörungen wenden können, hängt von vielen Faktoren ab. Stärker verbreitet als in westlichen Ländern sind Ärztehäuser, in denen die verschiedenen Fachärzte samt den erforderlichen Labors und Großgeräten gemeinsam zur Verfügung stehen. Spezielle Anlaufpunkte bei Essstörungen sind kaum bekannt. Lehrer können sich - neben ihnen bekannten Ärzten - an den Amtsarzt wenden, der für die Schule zuständig ist. Sie können auch an den schulpsychologischen Beratungsdienst der Regionalschulämter verweisen.

„Der Hafen e.V.“ ist eine stadtteilorientierte psychosoziale Beratungsstelle für Klienten mit psychischer Erkrankung oder Gefährdung in Hamburg. Jedoch ist diese Einrichtung nicht auf die Beratung von Essstörungen spezialisiert. Sie arbeitet mit dem Sucht- und Präventionszentrum Hamburg und mit den Beratungseinrichtungen für Migranten zusammen.

Die Beratungen zu Essstörungen finden in anderen Einrichtungen fast nur in deutscher Sprache statt. „Der Hafen e.V.“ kann in der Beratung für Migranten bis zu fünf oder mehr Sprachen anbieten. Jedoch ist diese Einrichtungen nicht zwingend kompetent für die Ernährungsberatung.

Erste Anlaufstation in den Schulen in Baden Württemberg sind häufig die Beratungslehrer/innen oder Sozialpädagogen/innen soweit vorhanden, die über regionale Adressen verfügen. Eine weitere Gruppe sind die Suchtpräventionslehrer/innen, die über Kenntnisse zu Essstörungen verfügen. Zusätzlich gibt es die Gesundheitsämter, die Angebote für Schulklassen machen. Ein spezielles Angebot gibt es im Enzkreis. Desweiteren wurde ein Informationsheft (von der Aktion Jugendschutz und dem Kultusministerium) zum Thema Essstörungen für Schulen als Hilfe für Lehrer herausgegeben.

Die AES (Arbeitsgemeinschaft für Essstörungen), eine Beratungsstelle in Österreich schrieb: „LehrerInnen können bei uns im Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie anrufen und sich beraten lassen, für eine Behandlung müssen sich die Jugendlichen oder deren Eltern selbst melden.“

Ein Beratungszentrum in der Schweiz berichtete, dass sie jugendlichen Migranten, die in die Schule gehen (und ja auch praktisch immer ausreichend Deutsch können) dieselben Beratungsstellen wie für Schweizerinnen empfiehlt. Es ist wichtig, dass sich die Behandler mit Essstörungen auskennen, ihres Erachtens wichtiger, als dass sie sich im betreffenden Kulturkreis auskennen (was sicherlich auch von Vorteil wäre). Es gibt aber ihres Wissens nach keine Stellen, die auf die Behandlung von Essstörungen für Menschen aus einem bestimmten Kulturkreis spezialisiert sind. Die Jugendlichen die sie behandeln (bzw. deren Eltern) kommen aus der Schweiz und

aus verschiedenen anderen Ländern, ihr ist noch nicht aufgefallen, dass ein bestimmter Kulturkreis stärker betroffen ist.

„Für eine andere Beratungsstelle sind ausschließlich Selbsthilfegruppen das Thema, also nicht von Fachleuten geleitete Zusammenschlüsse von Betroffenen oder Angehörigen. Weil die Gruppen autonom funktionieren und auch alle Arbeiten (Leitung, Organisation, Programme etc.) selber ausführen, gibt es bisher kaum Selbsthilfegruppen von Jugendlichen. Migranten-Gruppen gibt es oder gab es nur vereinzelt. In Basel gab es eine türkische Frauengruppe, die sich aber unterdessen aufgelöst hat, im Kanton Thurgau war kürzlich eine in Gründung, jedoch zum Thema Emigration. Probleme sind insbesondere die Sprachbarrieren, aber vermutlich auch die kulturellen Unterschiede (z.B. bespricht man Probleme außerhalb der Familie, mit 'fremden' Menschen, wie finden sich genügend Personen des gleichen Sprachkreises und der gleichen Problematik in einer Region? etc.) In England gibt es dazu von der Universität Nottingham Studien und Projekte. Hier besteht in der Schweiz noch eine Lücke und vermutlich auch ein Bedarf. Sicher ein Thema, das wir von KOSCH her im Auge behalten. Gruppen zu Essstörungen gibt es grundsätzlich eher mit Fachleitung.“ (Zitat eines Mitarbeiters von KOSCH)

„Die Arbeitsgemeinschaften für Essstörungen erleben Migranten, bislang ausschließlich Frauen aus verschiedenen Kulturkreisen: Balkan, Iran, Äthiopien etc. Vor allem mit Bulimie und Binge Eating Thematik, weniger mit Magersucht. Alter der Frauen: 17 - 45 Jahre. Lehrer wenden sich normalerweise an die Schulärztin, schulische Sozialarbeiterin, Sucht- und Präventionsstelle oder Jugendberatungsstelle ihres Kantons, uns, die AES, PEPBern, etc. Für Migranten ist Infodona, eine Beratungsstelle für Migranten und ihre Familien, FIZ - Fraueninformationszentrum für Frauen aus Afrika, Asien, Lateinamerika, Osteuropa, FEMIA⁵, Kultur- und Bildungshaus für Migranten eine geeignete Anlaufstelle.“ (Zitat eines Mitarbeiters von AES)

Eine Beratungslehrerin in der Universität Wisconsin bietet Hilfe und Verweise aber keine Therapien, weil diese weitschweifig und schwierig sind. Sie verweist die

5 Projekt für Frauenflüchtlinge, vom christlichen Friedensdienst gegründet

StudentInnen, die zur Beratung kommen, in Krankenhäuser in der Umgebung, lokale Hilfsgruppen für Essstörungen, Kliniken für mentale Gesundheit und studentische Hilfsgruppen. Frau A. ermutigt die Studenten auch mit ihren Eltern zu sprechen. Im vergangenen Jahre beriet sie in ihrer Dienstleistungstelle 25 Studenten mit eindeutiger Essstörung. Diese wurden im Jahresbericht eingetragen. Immerhin sind diese Essstörungen komorbid mit Depression und anderen Störungen, dass Studenten die Beratung oft auf Basis vieler Nebenereignisse und Bedingungen aufsuchen. Ziel ist es, weitreichende Bildung am Campus anzubieten um Symptome für Erkrankungen zu erkennen und die Personen oder andere an Spezialisten zu überweisen um die Situation besser einschätzen zu können und auf eine mögliche Behandlung vorzubereiten. An der Universität gibt es nur eine geringe Anzahl von Migrantenstudenten. Sie kann sich noch an eine Studentin erinnern, die unter Bulimie, bezogen auf Einsamkeit, kulturelle Ursachen und verwandtschaftlichen Problemen litt. Es gibt einen großen Anteil von Hmong⁶ in der Bevölkerung der Umgebung von Wisconsin, mit über 10% in lokalen Schulen. Sie kennt allerdings keine speziellen Informationen über diese Bevölkerung. In der Arbeit mit Migranten ist die kulturelle Sensibilität ein wesentlicher Faktor mit dem sie kontinuierlich in allen diagnostischen Feldern arbeitet. Sie hat das Gefühl, dass in Kulturen, in denen eine strikte Rollenverteilung der Geschlechter besteht, Essstörung bei Frauen verstärkt werden. In der US Amerikanischen Kultur betonen die Massenmedien den perfekten Körper, Fitness und akademisches Konkurrenzdenken. Bei jüngeren Altersgruppen wird in den Medien vorrangig der perfekte Körper propagiert. Dies trägt auch zur Bildung einer Essstörung bei. Das Hauptziel der Beratung von Frau A. ist es trotz kultureller Unterschiede jeden zu erreichen. In den Fakultäten der Universität sollen Lehrer analog zu den Eltern stärker auf kulturelle Imperative, welche Schlankheit betonen, aufmerksam werden. Studenten sollen mehr Mut zur Akzeptanz des eigenen Körpers aufbringen und das Konkurrenzdenken abschwächen.

6 Die Miao (chin. 苗族, Miáozú; viet. Mèo), außerhalb Chinas auch Hmong genannt, sind ein indigenes Volk Ostasiens. Sie gehören zu den Miao-Yao-Völkern und zählen allein in China knapp 9 Millionen Menschen. Während des Vietnamkrieges bildeten die USA Hmong-Truppen aus, die mit ihnen gemeinsam gegen die Truppen der südvietnamesischen FNL und der Pathet Lao kämpften. 2004 sollten die meisten der staatenlosen Flüchtlinge binnen zwei Jahren in die USA überführt werden.

Interne Generationskonflikte zwischen traditionellen Eltern und rapide akkulturierenden Kindern ist ihre größte Besorgnis. Genauso denkt sie über negative Einflüsse, wie der Sinn für Privatsphäre, die Scham und die Furcht ein Außenseiter zu sein, nach. In der Öffentlichkeit können Schulen oder Universitäten betonen, dass Essstörungen sowohl bei Männern als auch bei Frauen und in allen kulturellen Gruppen häufig vorkommen. Die Berater dieser Universität setzen für ihre Beratung keine Studentenversicherung voraus. Einige andere Universitäten verlangen dies dennoch. Eine Behandlung kann sehr kostenaufwendig sein, aber die Selbsthilfegruppen in der Gemeinde sind billig oder kostenlos.

7.2.7 Weitere Informationen aus Telefoninterviews

Aus dem Telefongespräch mit „SANNELE“ - Selbsthilfe und Beratung bei Essstörungen bekam ich die Information, dass eine Übersicht mit allen möglichen Kontaktstellen für diverse Erkrankungen vorhanden ist. Die Broschüre ist speziell für Lehrer gedruckt. Diese Einrichtung machte bereits viele Erfahrungen mit Migranten und ist davon überzeugt, dass Migranten schwieriger zu handhaben sind als Deutsche. Meistens kommen Ratsuchende erst ein Jahr nach den ersten Symptomen. Migranten stehen unter höherem Druck, aufgrund der Mehrfachbelastung in den Familien, wobei diese Aussage nicht nur gezielt auf Frauen aus muslimischen Nationen zutrifft.

„BIFF e.V.“ in Lübeck hat bereits Erfahrungen mit Migranten gemacht. Bei sprachlichen Problemen mit türkischen Migranten werden die Klientinnen an die Brücke e.V. in Lübeck weitergeleitet. Dort arbeitet eine türkische Mitarbeiterin.

Das Frauenzentrum in Dresden machte schon viele Erfahrungen mit Migranten und ist für die Stadt Dresden eine geeignete Zulaufstelle für Essgestörte. Alternativ gibt es in der Stadt „KISS“. Diese Institution ist für die Vermittlung von Selbsthilfegruppen, Therapiezentren, Beratungsstellen und ähnlichen Einrichtungen zuständig.

Beratungsstellen für Essstörungen im Ruhrgebiet gaben mir den Hinweis dass die entsprechenden Anlaufstellen völlig überbelastet sind und auch die psychologischen

Beratungen lange Wartelisten haben. Seit dem Regierungswechsel wurden die Fördergelder gekürzt und die Versorgung der Beratungen scheint katastrophal zu sein. So gibt es im Ruhrgebiet gerade mal 55 Frauenberatungsstellen. Anfragen per E-Mail können viel flexibler beantwortet werden, da z.B. die Frauenberatung in Oberhausen nur 19 Stunden pro Woche telefonisch erreichbar ist. Diese Einrichtungen bieten aber trotz der Überbelastung Weiterbildungen für Lehrer an und führen in Schulen Projekte durch.

In der Kölner Frauenberatung kommen vereinzelt Migranten mit einer Essstörung. Frauen mit Anorexia nervosa haben eher inneren sanften Druck. Der Konflikt zwischen den Kulturen und größere Hilflosigkeit machen die Beratungen schwieriger als bei Deutschen. Frauen aus Migrantenfamilien benötigen die Erlaubnis von der Familie, sich Hilfe zu holen. Anderenfalls kommen die Klientinnen geheim. Weiterhin erklärte mir die Mitarbeiterin aus der Frauenberatung, dass die Anorexie häufig Auslöser von Depressionen ist. Klientinnen mit Sprachdefiziten können alternativ in das Gesundheitszentrum für Migranten Köln gehen.

7.3 Erfahrungen aus Sicht einer Sozialpädagogin

Frau B. ist ausgebildete Diplom Sozialpädagogin und arbeitet schon seit fünf Jahren an einer Schule in Hamburg. Ihre Stelle ist für Grund-, Haupt- oder Realschulen eigentlich nicht vorgesehen, lediglich für Ganztagschulen und Gymnasien. Ihre Stelle wird wie eine Lehrerstelle behandelt. Sie hat den Vorteil, mit Jugendämtern, die Verbindung zum Familiengericht und damit die Kontrolle in den Familien hat, zusammenzuarbeiten.

Viele Migranten sind sozial auffällig und entwickeln einen typischen Narzissmus.

Vor drei Jahren hat sie, zusammen mit einer Kollegin, eine Unterrichtseinheit „soziales Lernen“ ins Leben gerufen. In dieser Einheit geht es um das Thema: Wie verhalte ich mich in einer Gruppe adäquat? In der Gruppe wird über Gefühle und Konflikte gesprochen. Damit können sich die Schüler öffnen. Die Schule macht diese Unterrichtseinheit freiwillig und individuell. Die Lehrer der Schule haben diesem Projekt

zugestimmt, weil sie es für notwendig hielten. Das „soziale Lernen“ wird einmal pro Woche durchgeführt.

In der Schule gibt es auch Beratungslehrer, welche mit einer zusätzlichen Ausbildung, ähnlich wie Sozialpädagogen agieren. Mit der Sozialpädagogin, Beratungslehrerin und der Lehrerberatung REBUS gibt es pro Monat ein Treffen zur Evaluation.

An der Schule wären Projektwochen zum Thema Essstörungen und Körperwahrnehmung sowie Besuche in Therapiezentren oder Kliniken ganz nützliche Elemente.

Aus ihrer Sicht ist das Krankheitsverhalten der Migranten anders. Sie nehmen trotz der Angebote Beratungen oder Therapien nicht in Anspruch. Für Asylbewerber gibt es die ABC-Klassen oder Vorschulklassen. Ihrer Meinung nach ist für die Schüler aus diesen Klassen eine Grundlage für den Unterricht an deutschen Schulen geschaffen.

Vorteilhaft sei ihrer Meinung nach eine Beratung in der Landessprache der Betroffenen. Über die Schulbehörde ist es möglich für jede Sprache einen Dolmetscher zu bekommen.

An ihrer Schule sind zwei türkische Mädchen mit einer Essstörung bekannt. Eine afghanische Schülerin litt unter einem Trauma. Sie bekam über einen längeren Zeitraum kein Lebenszeichen von ihren Eltern. Seit ihrer Flucht nach Deutschland lebt sie im Ungewissen. Neben vielen anderen psychischen Krankheitsbildern, die durch das Trauma ausgelöst wurden, entwickelte sie Bulimia nervosa. Für alle Mitarbeiter war es sehr schwierig das Mädchen zur ärztlichen Behandlung zu überreden. Zumal sie noch Asylbewerberin war und ihre Zukunft im Ungewissen lag.

Für Migranten besteht ein starker Konflikt zwischen den beiden Kulturen. Auch Migranten verfolgen aufmerksam Inhalte von Jugendzeitschriften wie z.B. „BRAVO“ als Orientierung. In der Pubertät wird sehr viel Wert auf Äußerlichkeiten gelegt. Eine Körpergruppe zur Bildung von Körperzufriedenheit sollte in den Schulen installiert werden.

Kliniken sind ihrer Meinung nach zu schwellenlos, da sie oft „doofe“ Fragen stellen. z.B. bietet Wilhelmsstift nur bei gravierenden Essstörungen seine Hilfe an.

Die Sozialpädagogin rät Lehrern das Gespräch bzw. die Konfrontation mit dem Problem zu suchen. Der Lehrer sollte den Schüler offen zu dem Essverhalten befragen. Die Eltern sollten mit dem Problem ihres Kindes konfrontiert werden, jedoch auf keinen Fall ohne vorher dem Schüler Bescheid zu sagen. Der Lehrer sollte schnell Informationen sammeln und sich Hintergrundwissen schnell aneignen. Je besser der Lehrer über das Thema Bescheid weiß, umso schneller wird die Situation gemeistert.

An den Schulen können Schaukästen zum Thema „Was isst ihr Kind“ angebracht werden. In Elternabenden sollte das Thema besprochen werden. Schülersprecher und Elternsprecher sollten zu diesem Thema gut informiert sein.

7.4 Ergebnisse und Diskussion aus den Interviews

Die betroffenen Schüler aus dem Inhalt meiner Interviews litten unter Anorexia nervosa. Anorexie lässt sich leichter diagnostizieren als andere Varianten von Essstörungen. Einzig die Beratungslehrerin schilderte mir einen Fall von Bulimia nervosa.

In Telefoninterviews mit Beratungszentren in anderen Städten ist mir aufgefallen, wie selten Migranten eine Beratung aufsuchen. Viele Beratungsstellen meinen, dass Migranten unter zusätzlichem Druck stehen. Das Beratungszentrum „Dick und Dünn“ in Berlin wurde hauptsächlich von weiblichen Migranten aus dem östlichen Raum, Russland oder Polen aufgesucht. Auch „Cinderella e.V.“ in München konnte mir ähnliche Daten vermitteln. Beide Beratungszentren liegen in einem Stadtteil mit hoher türkischer Migrantenquote. Umso erstaunlicher ist es, dass der Anteil der Beratungssuchenden aus türkischstämmigen Familien sehr gering ist.

Entgegen der vorangegangenen Erfahrungsberichte ist das Sucht- und Präventionszentrum in Bremen der Meinung, dass das Verhalten der Migranten und der Deutschen zu stark differenziert wird.

Auch in einigen kirchlichen Religionen herrscht sehr viel Druck auf Kinder von traditionell religiösen Eltern (z.B. Zeugen Jehovas o.Ä.).

Alle Beratungszentren haben eine lange Existenz gemeinsam. Viele existieren schon seit mehr als 20 Jahren. Jedoch haben sie in den vielen Jahren nur geringen Zulauf von Migranten. Häufig kamen im Zeitraum von 15 Jahren nur ein Migrant in die Beratung. Die Mitarbeiter sprechen hauptsächlich die einheimische Sprache, Englisch und evtl. noch Spanisch oder Französisch. Der Frauenverbund Amnesty for Woman in Hamburg, welcher auch psychologische Hilfen für lateinamerikanische und polnische Migranten bietet, befürchtet ebenfalls, dass Frauen mit Problemen in Verbindung mit Essstörungen in Beratungszentren nicht weiterkommen, aufgrund mangelnder Sprachkompetenz. Jedoch können Beratungsstellen jederzeit für einen Dolmetscher sorgen, was aber für eine Langzeittherapie ihrer Meinung nach unsinnig und kontraproduktiv ist.

An den Schulen ist die Präventionseinheit zum Thema Essstörung noch nicht im Lehrplan inbegriffen. Bemühungen seitens des Lehrinstitutes sind aber schon im Gange. Die Lehrer wünschen sich eine frühe Aufklärung. Dies ist wohl auch wegen der Frühentwicklung einer solchen Krankheit auch notwendig. Einige Experten sehen jedoch eine Gefahr darin, dieses Thema obligatorisch in den Lehrplan einzubauen. Sie befürchten Qualitätsverluste der Prävention bei rein kognitiver Behandlung des Themas. Andererseits kann eine schlecht konzipierte Prävention ihrer Meinung nach eher schaden. Eine Geschlechtertrennung in den Präventionen halten die meisten für sinnvoll.

Die Lehrer schilderten Schwierigkeiten im Umgang mit den Eltern (nicht nur bei den Migranten). Das Problem liegt größtenteils daran, dass die Eltern nicht mit diesem Problem umgehen können. Diese Situation zeigt, dass Präventionen auch die Eltern erreichen müssen. Experten empfehlen, den Eltern klar zu machen, dass eventuell innerhalb der Familie etwas nicht optimal läuft. Das Verständnis für Essstörungen scheint aber nicht nur in Migrantenfamilien gering zu sein. Besonders die Tatsache, dass Essstörungen psychosomatische Erkrankungen sind, ist für viele Eltern schwer

zu akzeptieren. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Bereitschaft der Eltern, ihr Verhalten selbst zu beleuchten und einige Verhaltensstrukturen zur Gefahr von Essstörungen zu ändern.

Ein Lehrer aus den Interviews machte deutlich, wie wichtig es ist, so früh wie möglich zu handeln. Besonders dem amerikanischen Leitfaden ist zu entnehmen, dass frühes Einschreiten sehr wichtig ist. Doch müssen viele Lehrer zahlreiche andere Probleme, wie z.B. das Thema Gewalt, in den Schulen bewältigen. Experten sind der Meinung, dass auch Gesundheitsämter und Krankenkassen in der Lage sein müssten möglichst häufig zu intervenieren und die Last nicht nur auf Multiplikatoren zu verteilen.

Leider sind Beratungszentren, wie „Kajal e.V.“ mit ihren Aufgaben überlastet. Es mangelt an Kapazitäten. Ihr Interesse liegt allgemein in der Suchtprävention und Suchtberatung. Andere Beratungsstellen dürfen ausschließlich Personen beraten, die über 18 Jahre sind. Nur für diese Zwecke subventioniert die Stadt die Beratungsstellen. Präventionseinheiten in Schulen würden den Beratungsstellen einige Arbeit abnehmen. Viele Institutionen können aufgrund mangelnder Kapazität selten bis gar nicht gesonderte Projekte an Schulen durchführen. Aber in einem Gespräch mit dem Sucht und Präventionszentrum wurde mir mitgeteilt, dass es sehr schwierig ist, dieses Thema überhaupt in den Unterricht oder Lehrplan mit unterzubringen. Beratungsstellen außerhalb der Ballungsgebiete wünschen sich jedoch mehr Zulauf, wegen des steigendem Bedarfs einer Beratung von Essstörungen.

Für ein ähnliches Projekt „Rauchfrei“, eine Initiative gegen das Rauchen in den Schulen, stand lediglich eine Unterrichtseinheit zur Verfügung. Entwickler von Präventionsprogrammen empfehlen mindestens drei Sitzungen mit anschließender Evaluation.

Die Interviews aus dem Ausland geben mir die Information, dass die Beratungszentren mehr Erfahrungen mit Migranten haben und die Migranten eine geringere Hemmschwelle zur Beratung haben. Darunter muss man jedoch berücksichtigen, dass die Migranten größtenteils aus anderen Herkunftsländern stammen (und in Ländern,

wie in Japan, ähnliche Probleme wie in Deutschland herrschen). Beratungszentren in der Schweiz können ebenfalls eine höhere Anzahl an Migranten vorweisen.

8 Prävention von Essstörungen an den Schulen

8.1 Wichtige Faktoren zur Erstellung einer Intervention

In der Literatur sind einige Hinweise zur Prävention von Essstörungen zu finden. Weiterhin gab es gute Ideen seitens der Interviewpartner. Beides wird in diesem Kapitel berücksichtigt. Viele Länder haben diesbezüglich schon verschiedene Erfahrungen gesammelt.

Es wird zwischen primären und sekundären Präventionsmaßnahmen unterschieden. Unter primäre Präventionen versteht man Programme und Bemühungen, die Essstörungen prinzipiell verhindern sollen. Diese Maßnahmen zielen darauf ab, die Gesundheit zu fördern.

Unter anderem gibt es zwei Ansatzpunkte :

- Maßnahmen zur Reduktion von Umweltrisiken
- Maßnahmen zur Stärkung der Widerstandskräfte von Risikogruppen

Primäre Präventionen dienen der Aufklärungsarbeit und Sensibilisierung der Eltern, der Schulen und Peer-Groups. Primäre Prävention wirkungsvoll zu gestalten ist problematisch, da die primären Ursachen von Essstörungen nicht offensichtlich sind. Es sollte jedoch möglich sein, die gängigen sozialen, familiären und individuellen Faktoren (z.B. den Druck dünn zu sein, Kommunikationsprobleme in der Familie und Selbstvertrauen) zu minimieren.

Die sekundäre Prävention umfasst Programme zur Früherkennung von Essstörungen und versucht einzuschreiten, bevor die Erkrankung manifestiert werden kann. Je eher eine Essstörung entdeckt wird, umso besser stehen die Chancen auf Heilung. Es sind alle Maßnahmen zur Senkung der Prävalenz von Essstörungen zu ergreifen und die Intensität und Dauer der Erkrankung zu reduzieren.

Schwierigkeit dieser Präventionsform ist die Identifikation des Übergangs von leichter zur schwerwiegenden Essstörung.

Gezielte Prävention von Essstörungen erweist sich nur dann als wirksam, wenn mit ihrer Hilfe die avisierten Risikobedingungen in einer Population angesprochen werden. Ein Erfolg hängt somit von der Genauigkeit und Stärke der Methoden zur Identifikation der am stärksten Gefährdeten ab.

In der Literatur ist auch von der tertiären Prävention die Rede. Dabei geht es um die Verringerung bzw. Beseitigung von Folgeschäden, das Verhindern von Rückfällen und effektive Behandlungsmaßnahmen. Bei Manifestation der Essstörung soll durch therapeutische Intervention eine langfristige Verhaltensänderung erzeugt werden.

Nach Stice und Shaw (2004) sind zur Vorbereitung einer Prävention einige Punkte zu überlegen:

1. Zielgruppe
2. Gefahrengruppe
3. Geschlecht der Teilnehmer
4. Alter der Teilnehmer
5. Programmformat
6. Anzahl der Sitzungen
7. Programminhalt

8.1.1 Gefahrengruppe

Die Forschung zeigte, dass selektive Programme zur Prävention von Essstörungen einen größeren Effekt erzielt haben als bei universellen Programmen (Killen 1993). Gefährdete Personen in selektiven Programmen sind motivierter sich am Präventionsprogramm zu beteiligen, wodurch ein größerer Nutzen erwartet wird. Die meisten universellen Programme sind ausschließlich auf Frauen fokussiert. Sie stellen eine Subpopulation mit hohem Risiko für Essstörungen dar. Die Unterschiede

zwischen selektiven Programmen und universellen Programmen sind oft nicht ersichtlich.

8.1.2 Geschlecht

Nach den Statistiken⁷ sind Mädchen und junge Frauen eher von einer Essstörung betroffen, als Jungen und Männer. Daraus lässt sich schließen, dass Frauen und Mädchen vorrangig Präventionen benötigen als Männer. Nach Stice und Shaw (2004) ist der Interventionseffekt in einer Auswahl von Frauen stärker als in einer Auswahl von Männern oder Gruppen mit gemischten Geschlechtern. Die meisten Beratungsstellen, mit denen ich Kontakt aufnahm, waren ebenfalls der Meinung, dass Prävention für dieses Thema unter Trennung von Mädchen und Jungen stattfinden sollte. Jedoch sollten Jungen für das Thema genauso sensibilisiert werden, wie Mädchen.

8.1.3 Alter

Studien weisen darauf hin, dass die Gefährdung für eine Essstörung im Alter zwischen 15 und 19 Jahren noch gering ist. (Keel et al 1997) Es wurde darüber nachgedacht, dass Präventionsprogramme am effektivsten sind, wenn sie in dem Entwicklungsstadium stattfinden, in welchem die pathologischen Voraussetzungen gegeben sind (Maggs et al 1996). Auch Baranowski und Hetherington (2001) haben die Wirksamkeit von Prävention getestet. Sie kamen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die Präventionsprogramme am effektivsten sind, wenn sie gezielt bei älteren Mädchen mit höherem Gefahrenpotential durchgeführt werden.

7 z.B aus dem Max-Planck-Institut Quelle:
http://www.bpb.de/publikationen/WYUC2K,1,0,Magersucht_und_andere_Esst%F6rungen.html#art1

8.1.4 Programmformat

Längere Interventionseffekte kommen in Wahlprogrammen, interaktiven Programmen, Multisessions und für die Evaluation durchgeführten Kontrollmessungen zum Vorschein.

Die Altersgruppe, die in das Präventionsprogramm mit involviert werden soll, geht kritisch mit der Prävention von Essstörungen um. Das Durchschnittsalter für den Beginn einer Essstörung ist im Entwicklungsalter. Das Selbstvertrauen tendiert zum „Starksein“ in beiden Geschlechtern in der Kindheit. Schon wenn sie in die Pubertät kommen, ist ein signifikanter Abfall des Selbstvertrauens zu beobachten – ein großer Risikofaktor für Essstörungen.

Das Ergebnis einer Meta-Analyse zur Prävention von Drogenmissbrauch besagte, dass interaktive Programme effektiver waren als didaktische Programme. (Tobler et al 2000)

Die Wissenschaftler sind sich einig, dass einstündige Präventionseinheiten zu Essstörungen ungenügend zur Verbesserung des Ernährungsverhaltens und der Einstellung sind. Diese Kurzinterventionen haben nur in seltenen Fällen Erfolg gezeigt. (Baranowski und Hetherington 2001)

8.1.5 Anzahl der Sitzungen

Einzelne 60 minütige Sitzungen sind laut Forschungen nicht ausreichend um die innere Einstellung und das Verhalten zu ändern (Martz und Bazzini 1999), da diese Art von Programmen selten Wirkung zeigten. In einer Metaanalyse in einer Raucherprävention wurde ebenso festgestellt, dass Multisession-Interventionen, die über eine längere Zeitperiode ausgedehnt waren, größere Effekte bewirken als Kurzinterventionen. (Rooney und Murray 1996)

8.1.6 Programminhalt

Interventionen, die methodisch auf bekannte Risikofaktoren zur Symptomatik von Essstörung zielen, sind wirkungsvoller als jene, die mehr auf nicht feststehende Risikofaktoren fokussiert sind. (Stice und Mazotti 2000)

Rein aufklärender Inhalt ist erfolglos, wenn eine Verhaltensänderung erreicht werden soll. Stice und Shaw (2004) behaupten, dass Interventionen am wirkungsvollsten sind, wenn eine stärkere Resistenz zum sozialen Druck auf Schönheit entsteht, sowie die Körperzufriedenheit, das Selbstvertrauen und Healthy Weight Management unterstützt werden. Weiterhin meinen sie, dass reine Aufklärungsprogramme mit schwächeren Interventionen zu vergleichen sind, da sich der Programminhalt mit verschiedenartigen Interventionen überschneidet. Es ist notwendig nicht – orthogonale Inhaltsvariablen zu kreieren, die in jedem der sechs Programmbereichen wieder auftauchen: soziokultureller Druck, gesunde Gewichtskontrolle, Körperzufriedenheit, Selbstvertrauen, Aufklärungsinformationen zum Thema Essstörungen, Stress und Bewältigung.

8.2 Prävention und die Rolle der Beratungslehrer

Beratungslehrer sind regelmäßig in Kontakt mit gefährdeten Gruppen für Essstörungen – Kinder und Jugendliche. Diese Lehrer haben die Aufgabe Risikopersonen zu entdecken, Empfehlungen zu geben und Hilfe für genesene Schüler zu bieten. Frühe Interventionen sind entscheidend für die Prävention und Heilung von Essstörungen. Es gibt relativ gute Prognosen für Essstörungen in der Kindheit, vorausgesetzt sie werden rechtzeitig erkannt und behandelt. Die Behandlung muss schnell erfolgen, um chronische Essstörungen mit verheerenden Konsequenzen auf Körper, Emotion und Verhalten dieses Schülers zu vermeiden. (Lask & Bryant-Waugh, 1999).

Das erste Ziel eines schulisch basierten Präventionsprogramms ist der kritische Umgang mit idealisierten Bildern. Dabei können z.B. Medienberichte über die Idealfigur entschlüsselt werden. Die Hervorhebungen der superdünnen Frauen aus den Medien

sollten diskutiert werden und ein Image für einen gesunden Körper und Selbstbild geschaffen werden. Weitere Ziele sind die Steigerung des Selbstvertrauens, die Autonomie in Gruppen, die Verbesserung der Kommunikation und das Erlernen effektiver Mediennutzung im Sinne der Gesundheit. (Levine, Piran, & Stoddard, 1999).

Smolak (1999) and Steiner-Adair (1994) meinen, dass das Vermeiden entmutigender Hänseleien und sexueller Belästigungen wichtiger Inhalt der Präventionseinheiten sind. "If girls and boys in first grade can be taught that it is hurtful and unjust to exclude someone because of a color, religious background, or physical challenges, then children can be taught that weightism is equally harmful" (Steiner-Adair 1994, S. 388) Beratungslehrer können Schüler dazu ermutigen eine gesunde Resistenz für Essstörungen zu entwickeln, indem sie die Wichtigkeit von Selbstakzeptanz, positives Körperbild, gesunde Ernährung und richtige Verhaltensweisen besprechen. Genau so gut müssen ungesunde Verhaltensmuster kritisch betrachtet werden. (Russell & Ryder, 2001a).

Trotz der Bemühungen durch Prävention können einige Schüler immer noch Gedanken und Verhaltensweisen entwickeln, die zu einer Essstörung führen können. Sollte dies der Fall sein, ist die Erkennung dieser Risikopersonen erforderlich um weiteren Schaden zu verhindern.

Beratungslehrer spielen aufgrund ihrer zusätzlichen Ausbildung eine entscheidende Rolle bei der Früherkennung eines von Essstörung betroffenen Schülers. Wenn sich die Einstellung der Schüler bezüglich Essen, Gewicht und Körperform verändert, spielen sie aufgrund ihres Vorwissens eine einzigartige Rolle dabei, dies zu identifizieren. Dazu müssen Beratungslehrer wichtige Botschaften über gesunde Ernährungsweisen und Stressmanagement verbreiten. (Powers & Johnson, 1999; Russell & Ryder, 2001a, 2001b; Smolak, Harris, Levine, & Shisslak, 2001). Die Kenntnisse der Diagnosekriterien, medizinischen Komplikationen, Ursachen, Warnzeichen und Risikofaktoren ist sehr wichtig für Beratungslehrer. Es ist erforderlich zu wissen, was zu tun ist, wenn ein Beratungslehrer einen gefährdeten Schüler

begegnet. Weiterhin ist es notwendig, die Rolle der Beratungslehrer in der Prävention, Identifikation und Intervention von Essstörungen zu erörtern.

8.3 Varianten von Präventionseinheiten und deren Wirkung

Seit den Diagnosen der Essstörungen haben sich viele Varianten von Präventionsprogrammen entwickelt. Die klassische Version ist die rein kognitive Prävention, meist abgehandelt in einer Unterrichtseinheit. Von vielen Forschern wird diese Art als untauglich oder gar als gefährlich eingestuft. Auch Beratungsstellen mit denen ich ein Interview durchführte, raten allgemein zu dieser Art von Prävention ab.

Jede der unten genannten Präventionen haben Vor- und Nachteile. Vor allem unterscheiden sie sich im Aufwand und im benötigten Vorwissen in diesem Bereich. Nach Aussagen von den Beratungsstellen ist die Wirksamkeit auch vom Lehrer und dessen Beziehung zu den Schülern abhängig.

8.3.1 Dissonanzinterventionen

In Dissonanzinterventionen werden gemeinsame Definitionen des Schlankheitsideals untersucht. Die Intervention nach Stice und Mazotti (2000) besteht aus drei Sitzungen. Den Teilnehmern wird gesagt, dass die Intervention auf der Idee basiert, dass die Diskussion, wie man jüngeren Frauen helfen kann Körperbildprobleme zu vermeiden und ihre eigene Körperzufriedenheit zu verbessern. Die Teilnehmer werden gefragt, ob sie damit einverstanden wären, sich freiwillig an der Ausarbeitung eines anschaulichen Körperakzeptanz-Programms zu beteiligen.

Sitzung 1

- In der ersten Sitzung wird über Entstehung, Aufrechterhaltung und Auswirkungen des Schlankheitsideals diskutiert.
- Die erste Sitzung gibt einen Überblick für das Programm. Gemeinsam wird das Schönheitsideal definiert. Der Rest der einstündigen Sitzung führt kritisch eine Diskussion über den Ursprung des Schlankheitsideals und wie es immerwährend fortgesetzt wurde.
- Danach folgen Fragen über den Einfluss von Botschaften über Schönheitsideale in der Familie, Peer-Groups, Liebespartner und Medien. Dazu wird besprochen, wem das Schlankheitsideal nützt.
- Zuletzt werden in der ersten Sitzung die Teilnehmer gefragt, ob sie einverstanden sind, zu Hause einen einseitigen Aufsatz über die Kosten, die mit Streben nach Schlankheitsideals verbunden sind zu schreiben.

Sitzung 2

- In der zweiten Sitzung werden eingangs die letzte Sitzung zusammengefasst und die Aufsätze besprochen.
- Es folgen Diskussion darüber, wer vom Schlankheitsideal profitiert (z.B. Industrie)
- Ein Rollenspiel in dem jeder Teilnehmer versuchen muss, die Gruppenleiter vom Verfolgen des Schlankheitsideal abzuhalten. Der Gruppenleiter spielt verschiedene Rollen, die zwischen einer Person mit einer leichten Diät und mit einer Anorexie schwankt
- Eine weitere Aufgabe, die auch zu Hause erledigt wird, ist eine Körper-Akzeptanz-Übung in der positive Gedanken vor einem ganzkörpergroßen Spiegel laut ausgesprochen werden (Körper-, Verhaltens-, Emotions- und Sozialcharakter) .

Sitzung 3

- Überblick der vergangenen Sitzungen
- Die Teilnehmer werden gefragt, wie es ihnen mit der Körper-Akzeptanzübung ergangen ist und welche Gefühle und Gedanken sie dabei hatten.
- „Wie wird dem Dünn-Ideal“ aus dem Weg gegangen?“, Rollenspiel, in dem jeder Teilnehmer Meinungen äußern muss dem Druck der Peergroup zu widerstehen
- Teilnehmer werden nach spezifischen Empfehlungen gefragt, die helfen könnten, jüngeren Mädchen das Verlangen nach dem Schönheitsideal abzugewöhnen und ihren eigenen Körper so zu akzeptieren, wie er ist.
- Die Teilnehmer werden ermutigt sich selbst herauszufordern, wenn sie Notiz nehmen. Sie beschäftigten sich mit dem Schlankheitsidealdenken und teilen Herausforderungen im Verhalten bezüglich der Körperbild-Betrachtung (z.B. kurze Hosen tragen, wenn sie davor Angst haben, weil sie mit ihrem Körper unzufrieden sind) in den nächsten Monaten.
- Zuletzt werden die Teilnehmer darüber aufgeklärt, worum es sich in diesem Programm wirklich handelt.

Aufgrund der geringen Erfolge der klassischen Interventionen entwickelten Stice und Mazotti Programme, welche auf Dissonanz basieren. Teilnehmer dieser Intervention berichteten über die gestiegene Dünn-Ideal Internalisierung, negativen Einfluss und bulimische Symptome. Aber keinerlei Wirkung im Bereich Körperunzufriedenheit oder Diäten wurde beobachtet. Jedoch konnten Risiken zur Essstörung eingedämmt werden.

8.3.2 Interaktive Programme

Als Beispiel wird die Studie von McVey (2003) angeführt. Ihre Gruppen hatten einen Migrantenanteil von 13%. Sie nannte ihr Programm „Girl Talk“ - Peer Support Group, ein Programm mit zehn Sitzungen, angeboten für Schüler 7. bis 8. Klasse. Das Modell basiert auf dem EBIS-Programm (Every Body Is A Somebody) von Seaver et al (1997)

Hintergrundinformation den Gruppenteilnehmern zu vermitteln. Zu Beginn wird eine interaktive Gruppe gebildet, um die Diskussionen über jeden der folgenden Schwerpunkte zu unterstützen:

- Medienliteratur über die Gefahr, die mit dem Dünn-Ideal zusammenhängen (z.B. Druck von den Medien und von Jugendgruppen mit Blick auf die Körperformen, Sorge um Gewicht und Figur)
- Wege zu einem positiven Körperbild und Selbstvertrauen (z.B. Strategien, ungeachtet von Körpergröße und Figur, selbstbewusster und selbstakzeptierter zu werden)
- Setpoint-Theorie⁸ und die Körperresistenz zu Schlankheitskuren (z.B. genetische Einflüsse auf die Körperform, negative körperliche und emotionale Effekte mit Schlankheitskuren)
- Gesunde Ernährung und aktiver Lebensstil (z.B. Wege einen flexiblen Weg ohne Diäten anzunehmen)
- Stressmanagement (z.B. Entspannungsübungen, Problemlösung gegen die Vorurteile der Körperformen, Hänseleien und Belästigungen)
- Gesunde Verhältnisse unterstützen (z.B. anderen helfen zu können, Verwandtschaft mit einbeziehen)

Diese Interventionen liefen wöchentlich eine Stunde. Die Teilnehmer in den Interventionen konnten unter Einzelbefragung ein Feedback geben. Somit sind Besserungen im Programm möglich. Dieses Programm wurde hauptsächlich Schülern in den Mittelschulen angeboten. Das interaktive Programm von McVey zeigte Wirkungen auf die Zufriedenheit zum Körper, Schlankheitskuren und bulimische Symptome. Ein natürlicher Anstieg von bulimischen Symptomen konnte mit diesem Programm verhindert werden. In der Kontrollgruppe gab es keine Veränderungen (McVey 2004, S.178). Dieses Projekt fand einen weiteren positiven Ansatz darin, dass die Gruppenmitglieder zueinander gefunden haben. Schüler berichteten, dass sie von

8 Nach der Setpoint-Theorie hat jeder Mensch ein individuelles Gewicht, das immer wieder angestrebt wird.

den Sitzungen gestärkt waren und bei den nächsten negativen Bemerkungen außerhalb der Schule sich zu verteidigen wussten.

Auch Nebel (1995) führte ein interaktives Programm durch. Darin wurden gleichfalls Informationen über Essstörungen, gesundes Gewichtskontrollverhalten und Stressmanagement geboten. Bei diesem Programm gab es Wirkungen auf bulimische Symptome, aber keine Wirkung auf Wissen und Körperzufriedenheit. Stewarts interaktives Programm (Stewart et al 2001) ist mehr auf die Resistenz gegen den kulturellen Druck zur dünnen Figur, Determinanten des Körpergewichts, Körperakzeptanz, Wirkung von Kognition auf Emotionen, Natur und Konsequenzen von Essstörungen, Erhöhung des Selbstvertrauens, Stressmanagement und gesundes Gewichtskontrollverhalten fokussiert. Hier wurde wiederum das Wissen und das Diätverhalten verbessert. Jedoch gab es keine Effekte auf negative Einflüsse. Auch in anderen Studien, wie von Varnado-Sullivan (2004) oder Weiss (2000) sind die Ergebnisse sehr unterschiedlich und es konnten nicht alle Punkte zur Prävention von Essstörungen erfüllt werden.

8.3.3 Healthy Weight Intervention

Bei dieser Intervention werden Entstehungen von Essstörungen im Kontext von Diäten besprochen. Diese Intervention wird auch häufig zur Prävention von Adipositas eingesetzt. Stice führte in dieser Intervention ebenfalls drei Sitzungen durch.

In der ersten Sitzung werden die diagnostischen Kriterien genau erklärt (DSM III oder DSM IV). In dieser Sitzung liegt der Schwerpunkt auf dem Thema Diäten. Arten und Gefahren von Diäten werden durchgesprochen. Darunter können auch Fallbeispiele von Erkrankungen gezeigt werden. Als weiteres führt jeder Teilnehmer ein Quiz über die Mythen des Umgangs mit gesundem Gewicht (5 Items, assoziiert mit dem healthy weight management) durch. Diese Antworten werden danach gemeinsam ausgewertet und die Teilnehmer werden nach dem Grund ihrer Antwortauswahl gefragt.

In der letzten Sitzung folgt die Frage „Wie können Mahlzeiten besser in gesundem Lebensstil integriert werden?“ . In der Runde wird der Nutzen des Ausgleichssports besprochen und jeder Teilnehmer entwickelt einen individuellen Trainingsplan. Diese Intervention zeigt Vorteile von körperlicher Aktivität, Erstellung individueller Trainingspläne und signifikante Änderungen bei Schlankheitsideal in Dissonanzgruppe sogar nach 6 Monaten (in Gesund-Gruppe bis nach 1 Monat).

Als Ergebnis gab es kaum Effekte in der Körperzufriedenheit, weniger Diäten (allerdings auch bei Warteliste), weniger negative Effekte und weniger bulimische Symptome in Interventionsgruppen (in Gesund-Gruppe sogar nach 6 Monaten).

8.3.4 Computer Administered Program

Da in den westlichen Ländern der Großteil der Bevölkerung über einen Internet Zugang verfügt, können Präventionsprogramme ebenso über dieses Medium angeboten werden.

Das computerunterstützte Programm von Winzelberg et al. (1998) basierte auf der kognitiven Verhaltensintervention für Körperunzufriedenheit von Buttlers & Cash (1987). Die Interventionen boten Informationen über Essstörungen, gesunde Verhaltensweisen zur Gewichtskontrolle, Ernährungslehre und einen E-Mail Support zur Reaktion auf dieses Programm. Eine Version enthielt interaktive Übungen zu kognitiven Verhaltensweisen, persönliche Treffen mit dem Moderator, wöchentliche Leseaufgaben. Diese Version wurde in einem College getestet. Daran beteiligten sich 76 Collegeschüler im Durchschnittsalter von 19,6 Jahren. Diese Intervention zeigte Effekte bei der Körperwahrnehmung im Nahtest und wurde danach drei Monate weiterverfolgt. Die Intervention zeigte keinen Einfluss auf die Weiterentwicklung, auf die Esspathologie oder auf dem BMI.

Eine weitere Studie untersuchte, ob ein 8-wöchiges über das Internet angebotenes Programm Körperbildunzufriedenheit, gestörtes Essverhalten und übertriebene Beschäftigung mit dem Essen vermindern kann. 56 Studentinnen in der Universität wurden auf Basis der Ergebnisse (>110) auf dem Körpergestalt-Fragebogen (BSQ) rekrutiert. Alle Teilnehmer verbesserten im Laufe der Zeit ihre Werte. Die Forschungsgruppe war sich einig, dass technologisierte Interventionen hilfreich sein können (Zabinski et al 2001). Jedoch ist der Inhalt in diesem Programmen Kernpunkt für Verhaltensänderungen und Wissensverbesserung.

An einem acht- bis zweiwöchigen Computer Assisted Health Education (CAHE) Programm zur Prävention von Essstörungen wurden Frauen im Colleaguealter untersucht. 116 Frauen von zwei Universitäten wurden unterschiedlich auf das CAHE – Programm hingewiesen. Die erste Gruppe bekam eine CD-Rom zugeschickt, die Teilnehmer waren anonym und sind unstrukturiert herangetreten, als Lohn gab es 10\$. Die 2. Gruppe war Web-basiert, hatte Empfehlungen für die Aufgaben durch telefonische Erinnerung, und bekam 25\$ Honorar. Die dritte Gruppe benutzte strukturiertere Aufgaben. Und die vierte Gruppe eliminierten die Anonymität, fügten akademische Komponenten hinzu, benutzen Email Erinnerungen und boten Intensivkurse. Der Anteil der Studenten, die sich daran beteiligten lag in der ersten Gruppe bei 53 %. Bei den weiteren Modellen lagen die Beteiligungen bei 66%, 85% und 84%. Ein Mann-Whitney test⁹ zeigt, dass die letzten drei Modelle statistisch signifikant waren.

Das Ergebnis aus diesem Forschungsprojekt zeigt lediglich die steigende Beteiligung, jedoch nicht den wirklichen Nutzen der Prävention. Eine Pilotstudie von Ruggiero (2006) zeigte an einem computerbasierten Präventionsprogramm für unterschiedliche psychische Belastungen (z.B. Depression, Sucht, Ängste) Erfolge. Das allgemeine Wissen und die Zufriedenheit der Teilnehmer stieg mit diesem Programm.

Diese Softwareprogramme könnten, soweit sie aus dem Amerikanischen ins Deutsche übersetzt werden, auch im deutschsprachigen Raum angewendet werden. Es wäre

9 parameterfreier statistischer Test,

jedoch vorher zu prüfen, ob sich der finanzielle Aufwand im Vergleich zu den anderen Präventionsmodellen lohnt.

8.3.5 Didaktische Aufklärung

Didaktische Präventionen können unterschiedlichen Inhalt haben:

Vorträge zum Thema:

- Gesunde Gewichtsregulierung
- Körperbild
- Essstörungen, Vorstellung von Betroffenen
- Möglichkeiten dem sozialen Druck zu widerstehen
- Gesunde Ernährung (Ernährungslehre)
- Info über den soziokulturellen Druck
- Determinanten der Körpergröße
- Methoden der Gewichtskontrolle

Ziel ist die Erhöhung der Zufriedenheit mit dem Körper und des Selbstvertrauens. In der Praxis haben diese Formen der Prävention jedoch geringen Effekt. Das Wissen zu diesem Thema konnte verbessert werden. In zwei Studien von Outwater (1991) und Paxton (1993) wurde deutlich, dass diese Präventionen keinen Effekt auf Körperzufriedenheit, Diätverhalten oder Selbstvertrauen haben.

9 Lösungsansätze

9.1 Frühe Interventionen

Wenn die Gesundheit eines Schülers gefährdet ist, so sind frühe Interventionen entscheidend für die Heilung der Erkrankung. Die Chance von der Krankheit geheilt zu werden hängt davon ab, wie früh Bezugspersonen intervenieren. (Lask und Bryant-Waugh 1999) In den Schulen wären diese Bezugspersonen die Lehrer oder spezial ausgebildete Fachkräfte (Beratungslehrer, Sozialpädagogen, Schulpsychologen). Frühe Interventionen identifizieren eine Essstörung schon in den Anfangsstadien und haben die Funktion, ernstere Symptome zu verhindern (Quelle: Russel et al 2001). Beratungsstellen werben dafür, dass es in jede Schule eine Person geben sollte, die sich mit der Problematik Essstörungen, Diäten und negativem Körperbild auskennt. Diese Bezugsperson sollte die Fähigkeit haben, gefährdete Schüler mit ihrem Problem zu konfrontieren, ihre Beobachtungen und Vorschläge mit den Eltern zu besprechen und dem Schüler angemessene professionelle Hilfe zu bieten.

Die Schwierigkeiten einer Erkrankung erhöhen sich, je länger das Problem unerkannt bleibt und das zwanghafte Verhalten zum „Musterschüler“ sich als Irrtum erwies (Thomson und Sherman 1993, S.17). Schüler mit Essstörungen neigen üblicherweise dazu ihre Probleme zu leugnen, um Behandlungen aus dem Weg zu gehen. Sie sind davon überzeugt, dass ihr Verhalten legitim und notwendig ist. (Vitousek et al., 1998). Je größer der Widerstand der betroffenen Person ist, desto stärker manifestieren sich die Merkmale des DSM IV (siehe 2-Komponenten-Modell). Dies erfordert erst recht eine Intervention (Quelle: American Psychiatric Association 2000).

Wenn es unmöglich scheint (z.B. aus inhaltlichen, emotionalen oder zeitlichen Gründen), mit einem Schüler über die gesundheitliche Situation zu besprechen, so ist es sinnvoll die Verantwortung an Bezugspersonen weiterzugeben. Im Idealfall wäre dies der Beratungslehrer, ein Sozialpädagoge oder ein Kollege, welcher eventuell eine größere Nähe zu der betroffenen Person hat) (Lask und Bryant Waugh 1999, Vitoussek et al 1998). Die Präsenz eines Beratungslehrers oder Sozialpädagogen erleichtert dem Lehrer den Umgang mit einem essgestörten Schüler, vor allem dann, wenn der Lehrer

unsicher im Umgang mit dieser Krankheit ist. (Smolak et al 2001). Wenn die Intervention nicht nur an einem einzelnen Schüler orientiert ist, wäre es ratsam, eine Unterrichtseinheit zum Thema Essstörungen durchzuführen und den Kindern Informationsmaterial für die Eltern mitzugeben. Ein Elternabend wäre ebenfalls vorstellbar.

Mit gefährdeten Schülern und den Eltern sprechen

Es kann dem agierenden Lehrer schwer fallen, seine Beobachtungen mit dem betroffenen Schüler zu besprechen, da dieses Problem sehr die Privatshäre dieser Person berührt. Wenn der Lehrer jedoch seine Eindrücke verschweigt, so unterstützt er wiederum die Entwicklung dieser Erkrankung, die letztlich das Leben des Schülers gefährden kann. (Thomson und Sherman 1993).

Manchmal sind übergewichtige Kinder sehr angepasst. Vor Scham versuchen sie gefällig und liebenswert zu sein. So werden sie ihren Gesprächsangebot folgen. Wenn der Lehrer wirkliches Interesse für ihr Probleme zeigt (ohne das Übergewicht anzusprechen), dann hat dieser die besten Chancen, Vertrauen zu gewinnen. Wenn im Verlauf der nächsten Gespräche das Kind sein Übergewicht anspricht, dann kann der Lehrer mit seinem Verständnis sensibel darauf reagieren und signalisieren, dass sie/er die gängige Meinung (Übergewichtige sind faul, unbeherrscht und dumm) nicht teilt. Wichtig ist die Wertschätzung des Schülers im Gesprächsangebot der Lehrers. Der Lehrer sollte nicht sofort mit Ratschlägen und Lösungen reagieren. Laut BzGA sind Kinder es häufig nicht gewohnt zugehört und ernst genommen zu werden.

Nach Bock (1999) können sich Lehrer an drei wichtigen Faktoren während eines Gesprächs mit dem betroffenen Schüler orientieren:

- Hilfe und Sorge demonstrieren
- Verständnis und Empathie zeigen
- die Wahrheit sagen

Wenn die ehrlichen Darlegungen Erfolg hatten, ist der Grundstein für die Heilung des Schülers gelegt. Normalerweise ist beim Erstkontakt mit Leugnungen seitens des Schülers zu rechnen.

Terry empfiehlt beim ersten Gespräch den Verdacht auf eine Essstörung nicht zu erwähnen. (Terry 2001, S.50). Das Thema Essen sollte in diesem Gespräch keine Rolle spielen. Der Lehrer sollte bei seinen Beobachtungen bleiben und die Erwartung äußern, dass sich das Verhalten ändert.

Wenn der Schüler sichtbar das Problem nicht alleine im Griff bekommt, so kann der Lehrer in der Regel beim zweiten Gespräch die Vermutung einer Essstörung äußern und dem Schüler eine Beratungsstelle vorgeschlagen. Der Schüler sollte zu Beginn versuchen, das Problem von selbst zu bewältigen. Wenn dies scheitert, sollte der Schüler aus eigener Motivation eine Beratungseinrichtung aufsuchen. Die Beratungsstellen machen sich beim ersten Gespräch immer ein Bild davon, ob der Klient aus eigenem Impuls Hilfe sucht. Kajal e.V. in Hamburg schlägt vor, dass die betroffene Person beim Besuch einer Informationsveranstaltung von einer Bezugsperson begleitet wird.

Nach Terry sind folgende Punkte zu beachten:

- keine Diagnose stellen
- Essen, Gewicht und Aussehen nicht ansprechen, sondern negative Auffälligkeiten im sozialen- und Leistungsbereich
- sehr gute Leistungen als Trost für die Vereinsamung nicht hervorheben
- die Integration in der Gruppe fördern und fordern
- Isolation ansprechen
- mangelnden Einsatz in der Gruppenarbeit ansprechen
- private Gespräche im Flüsterton ablehnen
- Forderungen zur Teilnahme an Gruppenaktivitäten und Beteiligung am Unterricht (d.h. Änderung des Verhaltens), Kontrolle auch durch Kollegen

-
- bei keiner Verhaltensänderung, Vermittlung an eine Beratungsstelle, Lehrer oder Kollegen suchen bei Beratungsstellen um Rat und schildern eventuelle Hilflosigkeit
 - Kollegen konsultieren
 - Klassenlehrer informieren
 - nach zwei bis drei Wochen ein weiteres Gespräch, wobei der Klassenlehrer ebenfalls anwesend ist
 - Fortschritte loben, wenn vorhanden
 - bei Nicht – Volljährigen: Eltern zu einem Gespräch einladen
 - auf Klassenkonferenz mit dem Kollegium weiteres Vorgehen besprechen
 - bei Erfolglosigkeit dem Schüler klarstellen, dass die Schule eine psychologische Beratung für unabdingbar hält

Sobald der Lehrer Einblicke in die Probleme des Schülers hat, ist es notwendig, auch die Eltern zu einem Gespräch zu motivieren. Dies ist häufig sehr schwierig, da Eltern sich schnell angegriffen und schuldig fühlen. Sie vermeiden daher gern, sich und die familiären Probleme nach außen zu zeigen.

Terry (2001, S.53) gibt für das Elterngespräch folgende Hilfestellung:

- nicht voraussetzen, dass Eltern über eine Essstörung Bescheid wissen
- wenn die Eltern Kenntnis von der Essstörung ihres Kindes haben, so ist die Verzweiflung größer
- Bulimische Phasen bei Anorektikerinnen werden von den Eltern oft als Veränderung oder gar als Fortschritt angesehen. Abwehr seitens der Eltern ist möglich.
- In einzelnen Fällen erkennen die Eltern erst nach der stationären Therapie die Tragweite und die Gefahr der Erkrankung
- Wie schon beim ersten Gespräch mit dem Schüler steht auch beim Elterngespräch das Verhalten des Schülers im Vordergrund

-
- Wenn Essgestörte Verbote seitens der Eltern suggerieren (wie zum Beispiel „Ich darf da nicht mitgehen“), so müssen die Eltern im Gespräch mit diesen Aussagen konfrontiert werden
 - Auch den Eltern den Besuch einer Beratungsstelle nahe legen

Umgang mit Leugnen der Betroffenen

Wenn ein Schüler mit einer Essstörung zum ersten Mal mit dem Problem konfrontiert wird, handelt dieser meist mit Widerstand und Leugnen (Rogers und Petrie 2001). Der Schüler könnte beteuern, dass alles in Ordnung ist und dass die Gewichtsabnahme nur gering und / oder zweckmäßig ist.

Symptome könnten geleugnet werden, weil der Schüler die Gefahr sieht, sein Körpergewicht steigern zu müssen. Das Hungern macht es auch schwierig, den Zustand von Schülern mit einer Essstörung genau abzuschätzen. (Vitoussek et al 1993). Schüler mit Anorexia nervosa können z.B. ihre Körperform vor den anderen durch geschicktes Kleiden kaschieren.

Der Lehrer sollte das Leugnen oder den Widerstand nicht als Angriff gegen die eigene Person sehen. Die Gegenwehr ist in der Furcht vor unabänderlicher Gewichtszunahme, Kontrollverlust, des Gefühls der Hilflosigkeit und der Furcht vor Veränderungen begründet. Mit dem Wissen, dass der Schüler sein Problem leugnet, sollten Lehrer weiter ihre Eindrücke und Sorgen dem Schüler gegenüber äußern. Den Eltern sollten Vorschläge gemacht werden, bei wem sie professionelle Hilfe für die Behandlung der Essstörung ihres Kindes erhalten können. Dabei ist es sinnvoll, wenn der Lehrer zuvor Kontakt mit der Beratungsstelle aufnimmt (besonders dann, wenn der Lehrer diese Einrichtung noch nicht kennt), da z.B. im Falle eines Migranten eventuell andere Einrichtungen bessere Möglichkeiten anbieten.

Den Schüler an Experten verweisen

Am günstigsten ist es, die Eltern und die Schüler davon zu überzeugen, sich in einer Beratungsstelle Hilfe zu holen. Der direkte Kontakt zum Schulpsychologen ist ebenfalls sehr hilfreich. Einen gefährdeten Schüler an einen Experten zu verweisen, welcher sich mit der Einschätzung und Behandlung von Essstörungen auskennt, ist zu Beginn des Heilprozesses notwendig. Die Behandlung einer Essstörung kann außerhalb der Schule stattfinden. Folglich liegt die Verantwortung des Lehrers darin, gemeinsam mit der Familie eine Überweisung zur Behandlung zu unternehmen. (Russel und Ryder 2001). Ein Gespräch oder eine Beurteilung zu suggerieren (zum Beispiel „Ich bin besorgt über deine Gesundheit und über dein Wohlbefinden und empfehle dir weiter die Einschätzung durch einem Experten“) kann bei gefährdeten Personen oder deren Eltern größere Akzeptanz bringen als bei expliziten Standpunkten (zum Beispiel „du hast ein Problem und brauchst Hilfe“).

Eine Bezugsperson, die den Namen und die Telefonnummer einer Einrichtungen für Essstörungen weitergibt, sollte sich vergewissern, dass die gefährdete Person angemessenen Zugriff hat (zum Beispiel Ortslage). Weiterhin ist zu beachten, dass die Einrichtung Klienten entsprechendem Alters und Geschlechts berät.

Die Vermittlung an einen Experten ist wichtig, weil dabei häufig ein Behandlungsteam zusammengestellt wird, welches die Vielschichtigkeit einer Essstörung aufzeigen kann. Im Falle einer Behandlung sind ein medizinischer Arzt, ein Ernährungsexperte und ein Psychologe notwendig, die alle auf dieses Gebiet spezialisiert sind. Das Team konzipiert eine individuelle Behandlung und stellt Prognosen bezüglich des Heilungsprozesses auf. Wenn nötig sollten die Familie und die Schule in das Konzept involviert sein.

Die Schulleitung hat die Befugnis, von einem Schüler, der im fortgeschrittenen Stadium einer Essstörung ist, ein ärztliches Attest anzufordern, welches die Schulfähigkeit bescheinigt. Fällt das Attest negativ aus, kann der Schulbesuch, aufgrund der körperlichen Verfassung nicht mehr gestattet werden. Bis auf die Eltern, welche möglicherweise in dieser Situation überfordert sind, hätte der Betroffene kaum

Bezugspersonen mehr. Deshalb sollte jede Schule darum bemüht sein, dem Betroffenen professionelle Hilfe anzubieten.

9.2 Experteneinrichtungen

In Deutschland ist die Zahl von Anlaufstellen für eine Beratung begrenzt. In Ballungszentren gibt es viele Sucht- und Präventionszentren. In einigen Bundesländern, wie zum Beispiel in Baden-Württemberg, werden seitens des Regierungspräsidiums für Kultus Schulpsychologen angeboten.

Wie bereits erwähnt ist die Versorgung für Beratung in einigen Regionen katastrophal. Vor allem in Süddeutschland bieten kirchliche Einrichtungen Beratungen für Essgestörte an. Hier könnte jedoch ein religiöser Konflikt mit Migranten entstehen und eine Beratung eher gemieden werden. Befragungen in diakonischen Einrichtungen bestätigten diese Vermutung. In den Großstädten stehen alternativ dann Beratungsstellen für Migranten vor Ort zur Verfügung. Aber meist sind diese Einrichtungen nicht auf das Problem der Essstörungen spezialisiert, wie zum Beispiel „Der Hafen e.V.“ in Hamburg, welcher Beratungen in mehreren Sprachen anbietet, jedoch nicht über Fachleute auf dem Gebiet der Essstörungen verfügt. So ist es für Lehrer gewiss nicht einfach, die passende Stelle zu finden, wenn sich in der umliegenden Region wenig Möglichkeiten anbieten.

Ich möchte in diesem Abschnitt einige Arten von Einrichtungen vorstellen, an welche sich der Lehrer wenden kann oder seinem Schüler vorschlagen kann. Für jedes Bundesland habe ich im Anhang Beratungsstellen aufgelistet. In den Einrichtungen habe ich auch nach Migrantenerfahrung gefragt. Jedoch bekam ich von fast allen Einrichtungen mitgeteilt, dass der Zulauf von Rat suchenden Migranten sehr gering ist.

In den folgenden Einrichtungen kann der Lehrer sich informieren und den Betroffenen empfehlen Kontakt aufzunehmen. Beratungseinrichtungen sind öffentlich gefördert und bieten ihren Service meistens kostenlos an. Nur wenn der Schüler es wünscht sollte der Vertrauenslehrer ihn in die Beratung oder zu einer Informationsveranstaltung

begleiten. Bereits durchgeführte Projekte zu dieser Thematik oder schulische Kontakte zu den Einrichtungen können den Weg zur Beratung erleichtern. „Die Boje e.V.“ in Hamburg würde es begrüßen, wenn Schulklassen die Einrichtung besuchen.

9.2.1 Beratungsstellen für Essstörungen

Diese Beratungsstellen sind für Schüler optimal, wenn diese die deutsche Sprache beherrschen. Alle Beratungsstellen, mit denen ich Kontakt aufnahm, geben sich Mühe ihre Ratsuchenden nicht auf eine Warteliste setzen zu müssen. Nach dem ersten Gespräch, welches in den meisten Fällen telefonisch durchgeführt wird, folgt innerhalb der nächsten 10 Tage das erste Beratungsgespräch in der Einrichtung. In Nordrhein-Westfalen ist die Beratungslage nicht so optimal, wie in anderen Bundesländern. Einrichtungen in einigen Bundesländern (wie zum Beispiel im Ruhrgebiet) haben weniger Freiraum für Supervisionen oder Workshops und kaum Zeit für andere Aktionen neben der Beratung.

Wie im Beispiel Kajal e.V. in Hamburg bieten Beratungsstellen folgende Möglichkeiten an (können je nach Einrichtung abweichen):

- Fallsupervision (bietet die Möglichkeit die Arbeit mit suchgefährdeten Mädchen fallbezogen zu reflektieren und zu verbessern)
- Krisenberatung
- Fachberatung (Unterstützung bei der Planung und Durchführung von Präventionsprogrammen)
- Teambesprechung
- Fortbildungen
- Workshops
- Persönliche Beratung

Ich möchte dabei anmerken, dass viele Beratungsstellen ausschließlich für Frauen konzipiert sind. Immer häufiger treten auch bei jungen Männern Essstörungen in Erscheinung. In diesem Fall muss bei der Einrichtung nachgefragt werden, ob auch Jungen in der Einrichtung beraten werden. Zu dieser Vorabinformation rate ich besonders vor der Empfehlung oder Weitergabe von Telefonnummern der entsprechenden Institution. Einige Beratungsstellen, wie die „Boje e.V.“ in Hamburg bieten keine Therapie im engeren Sinne. Diese Einrichtung hat sich generell auf die Beratung beschränkt und wird ihren Ratsuchenden Entscheidungshilfen zur Heilung anbieten. Wenn in den Schulen keine ausführlichen Informationen vorliegen, empfehle ich Kontakt mit der Beratung aufzunehmen, und die Angebote zu erfragen. Aufgrund mangelnder Kapazitäten bei den Einrichtungen ist es vorteilhaft, die Beratungsstelle so früh wie möglich zu kontaktieren, vor allem, wenn Projektwochen oder Präventionsprogramme durchgeführt werden sollen.

9.2.2 Beratungsstellen für Migranten

In Hamburg und in anderen Großstädten gibt es gesonderte Einrichtungen für Migranten. In diesen Einrichtungen werden, im Vergleich zu den Facheinrichtungen, Beratungen in mehreren Sprachen angeboten. Besonders für Flüchtlinge und Asylbewerber kann eine solche Einrichtung sehr hilfreich sein. Vor allem deshalb, weil ein Großteil auch allgemeine psychologische Beratung anbietet. Somit kann eine Grundversorgung an Therapien geschaffen werden.

Migranten sind oft skeptisch gegenüber deutschen Ärzten oder westlicher Medizin. In Hamburg präferieren türkische Migranten Ärzte türkischen Ursprungs.

In den neuen Bundesländern sind aufgrund der geringen Ausländerquote (2%, laut Mitarbeiter des Regierungspräsidiums) weniger Einrichtungen für Migranten vorhanden. In Leipzig gibt es die Beratungsstelle „Drahtseil e.V.“. Im Fall eines essgestörten Migranten verweisen die Mitarbeiter von „Drahtseil e.V.“ diese an Frau Petersen, welche eine private Fachpraxis in der selben Stadt betreibt und individuelle

Hilfen anbietet. In anderen Regionen, besonders außerhalb der Ballungszentren, haben Migranten keine andere Wahl als sich in deutscher oder englischer Sprache zu verständigen.

9.2.3 Therapiezentren

Für teilstationäre und stationäre Therapiezentren gelten die Aufnahmekriterien des DSM IV. Erst nach Übereinstimmung können die Patientinnen aufgenommen werden. In der Regel ist es ratsam, zuerst eine Beratungsstelle aufzusuchen, da es laut Informationen aus den Interviews auch psychosomatische Kliniken gibt, welche frühzeitig Patienten aufnehmen, ohne sich ein genaues Krankheitsbild zu verschaffen.

9.2.3.1 Tageskliniken

Tageskliniken werden laut Olmsted (2001) dann empfohlen, wenn Patientinnen trotz intensiver ambulanter Interventionen noch keinen Erfolg hatten. Eine Zunahme tagesklinischer Behandlungskonzepte konnte in der Untersuchung von Zipfel et al (2001) festgestellt werden. Dabei hat jede Klinik ihre eigenen Vorstellungen und Konzepte. Die Konzepte können direkt bei den Beratungsstellen oder auf deren Internetseiten eingesehen werden

In der tagesklinischen Behandlung besuchen die Patienten die Klinik tagsüber. In einem strukturierten Tagesablauf sind verschiedene therapeutische Aktivitäten eingebettet. Die restliche Tageszeit verbringen die Patienten in ihrem gewohnten sozialen Umfeld. Dabei wird die Verantwortung gefördert und die Autonomie bewahrt. Somit sollen sich Patientinnen nach abgeschlossener Behandlung besser in das Alltagsleben zurück finden. (Neubert 2003)

Patienten, die zu Hause ein schwieriges soziales Umfeld haben, sind für die Tagesklinik weniger geeignet, da geringere Chancen auf Erholung bestehen

Das Therapie-Centrum für Essstörungen (TCE) in München hat das 4-Phasen-Modell entwickelt. Somit durchläuft jeder Patient die

- Motivationsphase (4 Wochen)
- tagesklinische Phase (4 Monate)
- ambulante Phase (4 Monate) und
- Selbsthilfephase (6 Monate).

Die Patienten sollen im gegebenen Rahmen die Therapie selbst gestalten, indem sie aktiv mitwirken.

9.2.3.2 Stationäre Kliniken

Ein stationärer Aufenthalt ist nützlich oder unerlässlich, wenn der Allgemeinzustand selbstgefährdend ist und eine ambulante Psychotherapie nicht mehr ausreicht. „Es kann auch erst im Laufe einer ambulanten Therapie deutlich werden, dass manche Themen im Alltag nicht zu bewältigen sind, weil sie zu sehr belasten. Dann ist der geschützte Rahmen einer Klinik eine Möglichkeit, sich zum Beispiel mit Dingen zu beschäftigen, die einer Erkrankung zugrunde liegen.“ (Arenz-Greiving 1999)

Ein Aufenthalt in einer solchen Klinik muss von der Betroffenen beantragt werden. Ebenfalls müssen sich die Patienten vorher über die Kostenübernahme bei den Krankenkassen oder der BfA erkundigen. Die Schülerin sollten überlegen, ob sie sich dann in eine Reha-Klinik oder in eine Akutklinik einweisen lässt. Akutkliniken sind in Deutschland jedoch selten. Wenn der körperliche Zustand allgemein bedroht ist, ist es sinnvoll in ein Allgemeinkrankenhaus, zur körperlichen Stabilisierung aufzusuchen.

Auf diese Entscheidung haben Lehrer einen geringen Einfluss. Problematisch ist die Überweisung von Flüchtlingen, da die meisten einen solchen Aufenthalt nicht finanzieren können und keinen Versicherungsschutz haben.

9.2.4 Ambulante Therapie

Therapiezentren, wie die „Brücke e.V.“ in Hamburg, bieten ambulante Beratung. Diese Einrichtungen bauen auf folgende Prinzipien:

- die Freiwilligkeit der Betroffenen
- Vertraulichkeit und Schweigepflicht
- Unabhängigkeit von anderen Institutionen
- Subsidiaritätsprinzip: soviel Selbsthilfe und Eigeninitiative wie möglich, soviel fachliche Hilfen wie nötig

Der Behandlungsplan von der „Brücke e.V.“ bietet folgendes *therapeutisches Angebot*:

- Gruppentherapie
- Erstgespräch
- Einzeltherapie
- Beratung
- Diagnostik
- Paar- und Familientherapie
- *Therapiebegleitende Angebote*
 - Krisenintervention
 - bewegungstherapeutische Gruppe
 - Sozial- und Schuldenberatung
- *begleitende ärztliche Behandlung*

In wenigen Therapiezentren, wie bei der „Brücke e.V.“ in Lübeck, sind auch Therapeuten türkischer Herkunft beschäftigt. Zusätzliche Therapien, wie zum Beispiel Kunst- oder Tanztherapie müssen, laut Frau S. von die „Waage e.V.“ von den Klientinnen selbst getragen werden. Bei extremen Finanzierungsschwierigkeiten kann von der Krankenkasse aus einem Fond ein Therapiezuschuss beantragt werden.

9.2.5 Online Beratung

Immer stärker im Trend liegen die Online-Beratungen. Einige Seiten im Internet, wie zum Beispiel „www.hungrig-online.de“, bieten Chat-Angebote und Online Beratungen. Leider ist es für Spontanbesucher dieser Seiten sehr schwierig, mit dem Personal Kontakt aufzunehmen.

Nach Auskunft der Beratungseinrichtungen sind Online-Beratungen eine gute Möglichkeit, die Hemmschwelle zu einer Beratung zu überwinden. Jedoch sollte langfristig eine Kontaktperson aufgesucht werden, da Online-Beratung keinen Ersatz für eine Therapie bietet.

Laut Informationen eines Mitarbeiters der Webseite „www.ab-server.de“ werden Online-Beratungen häufig von Migranten genutzt wird. Deutsche Sprache wird in den Foren jedoch vorausgesetzt.

Möchte ein Lehrer seinen Schüler eine Online-Beratung als Hilfe für den Einstieg in die Beratung empfehlen, so ist ein gemeinsamer Blick ins Internet sehr hilfreich, da mitunter auch kostenpflichtige Online-Beratungen angeboten werden.

Eine Mitarbeiterin von die Waage e.V. meinte, dass das Chatten im Internet immer häufiger die Selbsthilfegruppen ersetzt. Sie sieht darin einen der Gründe, warum diese Gruppen nur einen geringen Zulauf haben.

9.3 Öffentlichkeitsarbeit

Schulen haben die Möglichkeiten, durch Projekte oder durch Zusammenarbeit mit Einrichtungen die Öffentlichkeit auf das Thema Essstörungen aufmerksam zu machen. Problematisch ist, dass auch viele Eltern noch zu wenig über diese Krankheit aufgeklärt sind. Über Schulprojekte besteht die Möglichkeit, Eltern und Schüler gemeinsam zu erreichen.

Einige Krankenkassen, wie zum Beispiel die BKK, bieten für Eltern (auch gesondert für Migranten) bereits Seminare oder Abendkurse zu diesem Thema an.

In Berlin gibt es Initiativen, die sich mit dem Thema Übergewicht bei Kindern beschäftigen. Zum Beispiel werden, wie im Kapitel 3 erwähnt Kochkurse angeboten. Schulen könnten die Schüler auch an Beratungsstellen und Migrantenberatung heranführen, indem sie gemeinsame Projektwochen durchführen. In einem Telefoninterview mit „Dick und Dünn“ in Berlin habe ich erfahren, dass die Beratungsstellen für Essstörungen sich wünschen, näher mit den Einrichtungen für Migrantenberatung zusammenzuarbeiten. Die Beratungsstellen in Hamburg fordern ebenfalls mehr Engagement für die Öffentlichkeitsarbeit und mehr Sensibilität für das Thema. Der Wunsch könnte jedoch durch andere Präventionen (z.B. Gewalt, Drogen, Alkohol) an manchen Schulen nicht leicht zu realisieren sein.

Eine Lehrerin machte den Vorschlag, dass auch Schaukästen an der Schule für Passanten eine interessante Informationsquelle sein könnten. In Wuppertal finden seit einigen Jahren viele ausgezeichnete Filmprojekte statt. Unter anderem wurde mit Migranten der Film „Hungry Heart“ zum Thema Essstörungen gedreht (Quelle: Medienprojekt Wuppertal). Für 30 Euro können Schulen diesen Film käuflich erwerben.

In Hamburg fand eine Informationswoche zu Essstörungen statt. Besonders die gezeigten Filme fanden großes Interesse. Eine Beratungsstelle sagte mir, dass Sportler, Models oder Schauspieler, die unter einer Essstörung leiden oder litten, ihr Problem öffentlich machen sollten. Vielleicht gibt es in den Großstädten die Möglichkeit mit Leistungssportlern (oder anderen Betroffenen aus diesem Bereich) Kontakt aufzunehmen.

Eine Beratungseinrichtung in Norwegen, glaubt an eine geringere Fallquote durch die Einführung von Schuluniformen. In Deutschland hat sich die Bundesjustizministerin Zypries für eine Art Schuluniform ausgesprochen. Eine Realschule in Schleswig

Holstein hat bereits die Schuluniform eingeführt. (Quelle: Handelsblatt 2006). Fürsprecher sehen in der Schuluniform ein Mittel gegen den Modezwang, Kritiker befürchten einen Verlust an eigener Identität.

10 Literaturverzeichnis

Adam, H. (1993) Terror und Gesundheit: Ein medizinischer Ansatz zum Verständnis von Folter, Flucht und Exil; Weinheim: Deutscher Studien Verlag

Akgün, L. (1998) Therapie im interkulturellen Kontext unter Berücksichtigung unterschiedlicher Selbstkonzepte, in Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft / deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) - Freiburg im Breisgau: Lambertus

Arenz-Greiving, I. (1999) Wenn Essen zum Problem wird. Wege aus Essstörungen; Lambertus-Verlag Freiburg 1999

Aschenbrenner, F., Aschenbrenner K. (2002) Subklinische Essstörungen bei Schülern und Studenten – Epidemiologie, Symptomatik, Prädiktoren für ein gestörtes Essverhalten, aorektische und bulimische Tendenz, Dissertation, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Jahr

Bennet W., Guirin J. (1983), Vom Sinn und Unsinn der Diätikuren, Tuornus Verlag, München

Bräutigam, B. (2000): Der ungelöste Schmerz : Perspektiven und Schwierigkeiten der therapeutischen Arbeit mit Kindern politisch verfolgter Menschen / Barbara Bräutigam - Gießen: Psychosozial- Verl., 2000

Berry J., Kim U. & Boski P. (1988) Psychological acculturation of immigrants. In: Y.Y.Kim & W.B. Gudykunst (Hrsg.), Cross-cultural adaption: Current approaches. International and intercultural communication annual, 1987, Vol 11 (pp.62-89) Newbury Park: Sage Publications

Berry, J.W. (1996). Acculturation and psychological adoption. In K. Bade (Hrsg.), Migration - Ethnizität - Konflikt: Systemfragen und Fallstudien. Osnabrück: Rasch, 171-186.

Bock L.P. (1999) Secrets and denial: The cost of not getting help. In R.Lemberg & L. Cohn (Hrsg.) Eating disorders: A reference sourcebook (S.43-44)

Bräutigam, B. & Schnittker, A. (2002), „Es paast nichts mehr rein“ - Kausistik einer essgestörten kurdischen Jugendlichen vor dem familiären Hintergrund politischer Verfolgung. Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, No.51, S.559 – 570

Bhugara D., Jones P. (2001), Migration and mental illness; Advances in Psychiatric Treatment 7 : 216-222; The Royal College of Psychiatrics

Branowski M.J., Hetherington M.M.. Testing the efficacy of an eating disorder prevention program, in International Journal of Eating Disorders, Vol. 29, Issue 2, Pages 119-124

Butollo, W. (1997): Traumatherapie: Die Bewältigung schwerer posttraumatischer Störungen, München: CIP- Medien

Carlat, D., Camargo, C. Herzog, D.(1997)Eating Disorders in Males: A Reports on 135 Patients. American Journal of Psychiatry 154, (8), S. 1127-1132.

Cash T, Henry PE. (1995) „Women´s Body Images: The Results of a National Survey in the U.S.A“ Sex Roles 33.1-2 (1995): 19-28

Censi, B. (2002) Psychische Störungen bei türkischen Migranten: Inanspruchnahme einer Spezialambulanz, Diss. UKE Eppendorf

Connors M.E.(1987) Johnson C.L., Epidemiology of bulimia and bulimic behaviors, Addict Behaviors 1987;12(2):165-79.

Costin, C.,(1999) The Eating Disorder Source Book. Lowell House, Additionally, women were the focus of preventions programs. Men were not identified as populations that were at-risk of developing desease

Crago, M., Shisslak, C.M., & Estes, L.S. (1997). Eating disturbances among American minority groups: A review. The International Journal of Eating Disorders, 19, 239-248.

Dietz W.H., (1995) Childhood Obesity: Prevalence and Effects. In K.D.Brownell & C.G. Fairburn (Hrsg.), Eating Disorders: A comprehensive Textbook (S.438-440) , New York Guilford

DiNicola, V.F. (1990) Anorexia multiforme: Self-starvation in historical and cultural context. Part II: Anorexia nervosa as a culture-reactive syndrome. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 27, 245-286

Dounchis, J.Z. Hayden H.A. & Wilfley D.E. (2001), Obesity, eating disorders, and body image in ethnically diverse children and adolescents. In Thomson, JK & Smolak L, (Hrsg.) *Body Image, eating disorders, and obesity in children and adolescents: Theorie, assesment, treatment and prevention*. Washington DC: American Psychological Association, 2001, pp. 67-98

Elal G., Altug A. (2000) Factor structure of the Eating Attitudes Test (EAT) in a Turkish university sample, *Eat and Weight Disorders*, 2000 März, Vol. 5, No.1, Pages 46-50

Fichter, M.M.,(1988) Anorexia nervosa in Greek and Turkish adolescents, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*; 1988; Vol. 237; No.4; Pages 200-208

Franke, A. (2001) Die unterschiedlichen Formen der Essstörung, in: *Im Blickpunkt: Selbsthilfe – Ein Weg aus der Essstörung? Dokumentation zur Fachtagung am 13. Dezember 2001 in Essen; KOSKON NRW (Hrsg.), Mönchengladbach 2002*

Frisby, CM. (2004) „Does Race Matter? Effects of Idealized Images of African American Women’s Perception of Body Esteem.“ *Journal of Black Studies* 34.3 (2004): 323-47

Gilbert S., Thomson J.K., (1996) Feminist explanations of the development of eating disorders: Common themes, research findings, and methodological issues. *Clinical Psychology: Science and Practise* (1996), 3:183-202

Gilligan C. (1982) *In a Different Voice*, Harvard University Press, Cambridge, Mass, 1982

Gubler, L. & Schneider R. (1995) „Sta sera, was mache mer?“ Italienische Jugendliche der zweiten Generation in der Schweiz und ihre Gesundheitsförderung im

Freizeitbereich, Höhere Fachschule für Sozialarbeit, Diplomarbeit, Solothurn, Kurs 92/95

Hall, C.C. (1995) Asian eyes: Body image and eating disorders os Asian and Asian American Women. *Eating disorders: The Journal of Treatmnt and Prevention*, Vol. 3, no. 1, pp. 8-18

Herman C.P. & Ploivy, J. (1984) A boundary model for for the regulation of eating. In:; A.J. Stunkard & E. Steller (Eds.), *Eating and it´s Disorders* (pp.141 – 156) New York: Raven Press

P Bendall, M Hamilton, and N Holden, *Eating disorders in Asian girls in British Journal of Psychiatry* 1991 159: 441

Iancu I. et al. (1994) The sociocultural theory of the development of anorexia nervosa. *Psychopathology*, 1994, 27:29-36

Karter, K. (2004) *From Real Kids Come in All Sizes: Ten Essential Lessons To Biuld Self-Esteem*, Broadway Books / Random House 2004

Katzmann M.A., Lee S. (1997) Beyond body image: The integration of feminitis and transcultural theories in the understanding of self-starvation. *International Journal of Eating Disorders*, Issue 22: S. 385-394

Keel, P.K., Fulkerson J.A. Leon G.R. (1997), *Disordered eating precorsors in pre- and early adolescent girls and boys.* *Journal of Youth and Adolescence*, 26, Page 203-216

Kempa, M.L. & Thomas A.J. (2000), *Culturally sesitive asscessment and treatment of eating disorders,* *Eating Disorders*, vol.8, pp. 17-301q

Killen et al (1993) An attempt to modify unhealthful eating attitudes and weight regulation practices of young adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 13, S.369-384

Kope T., Sack W. (1987) Anorexia nervosa in South-East Asian refugees: a report on 3 cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1987, 26:795-7.

Lask B., Bryant-Waugh R. (1999) Prepubertal eating disorders. In Piran N, Levine M & Steiner-Adair C (Hrsg.) *Preventing eating disorders* S. 476-483). Philadelphia: Taylor & Francis

Lester, R & Petrie T.A. (1995) Personality and physical correlates of bulimic symptomatology among Mexican American female college students. *Journal of Counseling Psychology*, 2, S. 199-203

Leyer E.M. (1992) Die Grenzen unserer Sprache sind nicht die Grenzen unserer Welt. Erfahrungen aus einem Modellpunkt zur psychosomatischen Behandlung türkischer Familien. In: *Hindernisse in der psychosozialen Beratung von Migrantenfamilien aus der Türkei*, Interkulturell 1:98- 111

Lichter, K. (1993), Möglichkeit und Grenzen psychiatrischer Behandlung im Spannungsfeld der Migration, *Die psychosoziale Situation von Ausländern in der Bundesrepublik*, Lajos, Opladen : Leske und Budrich

Lopez, E., Blix G.G. & Blix A.G. (1995). Body image of Latinas compared to body image of non-Latina White women. *Health Values: The Journal of Health Behavior, Education – Promotion*, 1995, Vol.19, No.6, Pages 3-10

Lovejoy, M. (2001) „Disturbances in Social Body: Differences in Body Image and Eating Problems among African American and White Women“ *Gender & Society* 15.2 (2001): S.239-261

Maggs J.L., Schulenberg J., Hurrelmann K. (1996) Developmental transitions during adolescence: Health promotion implications. in: Schulenberg, Maggs & Harrenberg (Hrsg.) *Health risk and developmental transitions during adolescence* (Pages 522-543), New York, Cambridge University Press

Martz D., Bazzini D. (1999). eating Disorders prevention programming may be falling: Evaluation of two one shot programs. *Journal of College Student Development*, 40, S.32-42

McVey G.L. , Liebermann M., Vorberg N., Wardrope D., Blackmore E., (2003) School-Based Peer Support Groups: A New Approach to the Prevention of Disordered Eating, *Eating Disorders*, 11: 169-185, Taylor and Francis Inc.

Miller R. (1997) *Beziehungsdidaktik*, Beltz, Pädagogik, Weinheim

Nobakht, M. , Dezhkam M. (2000); An epidemiological study of eating disorders in Iran, *International Journal Of Eating Disorder*; August 2000; vol.28,no.3, p.265-271.

Myers, A. Taub, J. Morris, J. Rothblum, E. (1999). Beauty Mandates and the Appearance of Obsession: Are Lesbian and Bisexual Women Better Off ?
Journal of Lesbian Studies, 3, (4), 1526.

Nasser, M. (1995) Screening for abnormal eating attitudes in a population of Egyptian secondary school girls . *Social psychiatry and psychiatry epidemiology*, 1994, 29:25-30

Nebel M.A. (1995) Prevention of disordered eating among college women: A clinical intervention. *Dissertation Abstracts International*, 56(5), 2878B

Neubert S. (2003) *Kurzfristige Wirksamkeit der tagesklinischen Therapie von Essstörungen*, Diplomarbeit, Technische Universität Dresden

Neumark-Sztainer D., Croll J., Story M., Hannan P. (2002); Ethnic/racial differences in weight related concerns and behaviors among adolescent girls and boys. Findings from Project EAT. *Journal of Psychosomatic Research*, 2002, 53, pp. 963 – 974

Nobakht, M., Dezhkam M. (2000) An epidemiological study of eating disorders in Iran; *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 28; No.3; Pages 265-271, 2000 John Wiley& Sons, Inc.

Offermann, C. (2001), *Risikofaktoren der Entstehung von Essstörungen bei Migranten*, (Psychologie, Bd.41) Landau: Verlag Empirische Pädagogik 2001

Offermann, C. (2005), *Essstörungen bei Migranten, Migration und Gesundheit*, Peter Marschalck und Karl Heinz Wiedl (Hrsg.) Göttingen, V&R unipress

Olmsted, M.P. (2001) Day hospital treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In Fairburn C.G. & Brownell K.D. (Hrsg.) *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. (2. Auflage) New York: The Guilford Press

Outwater, A.D. (1991). An intervention project to improve body image and self-esteem in the 6th grade boys and girls as a potential prevention against eating disorders. *Dissertation Abstracts International*, 51(12), 4029 A

Orsel S., Isik Canpolat B., (2004) Comparisation of body-image self-perception and BMI of dieting adolescents with those of non-dieters, *Türk Psikiyatri Derg.* 2004 Spring, 15(1):5-15

Özcan, U., Nurdan, G. (2006), Screening disordered eating attitudes and eating disorders in a sample of Turkish female college students, *Comprehensive psychiatry*, 2006 Mar-Apr;47(2):123-6

Özsel, M. (1990) *Gesundheit und Migration, Eine psychologisch-empirische Untersuchung an Deutschen sowie Türken in Deutschland und in der Türkei*, München 1990

Paxton, S.J. (1993). A prevention program for disturbed eating and body dissatisfaction in adolescent girls: A 1 year follow up. *Health Education Research*, 8, 43-51

Piran N. (1993), „Prevention of Eating Disorders – A Dilemma“ in *RAPPORT*, Vol.8, No.1, Ontario, Canada

Pfeiffer W.M. (1994), *Transkulturelle Psychiatrie. Ergebnisse und Probleme*, Stuttgart Thieme

Weiss, R. (2003), *Macht Migration krank? - Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migranten und Migranten*, Seisomo Verlag Sozialwissenschaften und Gesellschaftsfragen 2003

Phillips S., Piran N. (1992) Factors Affecting Body Image and Eating Attituden in Preadolescent Females. Presented at the Filth International Conference on Eating Disorders, New York

Ramazan S.,(1999) Sexualität und Migration am Beispiel türkischer Migranten, FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung, BzGA Broschüre, 2 – 1999

Redfield, R.; Linton, R.; Herskovits, M. J. (1936): Memorandum for the study of acculturation. In: American Anthropologist Bd. 38, S. 149, 1936

Rogers R.L., Petrie T.A. (2001) Psychological correlates of anorexia and bulimic symptomology. Journal of Counseling and Development,79, S.178-186

Rooney, B.L., Murray D.M. (1996). A meta-analysis of smoking prevtnion programs after adjustment for errors in the unit of analysis. Health Education Quarterly, 23, S.48-64

Root, M.P.P (1990) Disordered eating in women of colour. Sex roles, Vol 22, pp. 525 – 536

Ruggiero et al (2006) Internet Based Intervention for Mental Health and Substance Use Problems in Disaster Affected Populations: A Pilot Feasibility Study, Behavior Therapie, No. 37, S.109-205

Ruszel, G.F.M. (1985) The changing nature of anorexia nervosa: An introduction of the conference . Journal of Psychiatric Research Vol.19; Page 101-109; 1985

Sanghavi, M., (2004) Obesity Among US Immigrants Subgroups by Duration of Residence, JAMA 2004, 292: 2860-2867

Schmidt U. (1993), Bulimia Nervosa in the Chinese, in International Journal of Eating Disorders 1993 Dec;14(4):505-9

Schöfer,G. (1987) Einführungsreferat zum Symposium für Migranten und Gesundheit vom 5.12.1987 in Bremen, In: Elis A. Gökelma Y (Hrsg.) Migranten und Gesundheit am Beispiel der türkischen Mitbürger. Symposiumbericht, Merhaba Publikationen

Seaver, A., McVey G., Fullerton Y. & Stratton L. (1997) Every BODY is a somebody: An active learning program to promote healthy body image, positive self-esteem, healthy eating and an active lifestyle for adolescent females: Teacher's Guide. Brampton, Ontario: Body Image Coalition of Peel

Schirling M. (2001), Zerissen zwischen zuviel und zuwenig: Bulimie – Überlegungen zur Prävention in der Schule, in Essstörungen (k)ein Thema für die Schule? Eine Handreichung für Lehrerinnen und Lehrer für Informationen zur Suchtprävention in Baden Württemberg, Informationsdienst zur Suchtprävention, Landesinstitut für Erziehung und Unterricht Stuttgart, Ausg. 9, S. 33-40

Shisslak C.M., Crago M. (1998), Potential risk factors associated with weight control behaviors in elementary and middle school girls. Psychomatic Research 1998

Shuriquie N. (1999), Eating disorders: a transcultural perspective, Eastern Mediterranean Health Journal, Volume 5, Issue 2, 1999, Page 354-360

Smolak L., Harris B., Levine M. & Shisslak C. (2001) Teachers: The forgotten influence on the success of prevention programs. Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention, Vol. 9, S.261-265

Stewart D.A. , Carter J.C., Drinkwater J., Hainsworth J. & Fairburn C.G. (2001). Modifikation of eating attitudes and behavior in adolescent girls: A controlled study. International Journal of Eating Disorders, 29, S.107-118

Stice E., Mazotti L. (2000) Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary experiment. International Journal of eating Disorders, S.27, S.206-217

Stice E., Shaw H. (2004) Eating Disorders Prevention Programs: A Meta-Analytic Review, Psychological Bulletin, Vol. 130, No. 2; S.206-227

Striegel-Moore, R. & Smolak, L. (1996) The role of race in the development of eating disorders. In L. Smolak, M.P. Levine und R.Striegel – Moore (Hrsg.), The developmental psychopathology of eating disorders. Implications for research,

prevention und treatment (Seiten 259-284). Mahwah, New Jersey: Lawrence Earlbaum Associates, Publishers.

Striegel-Moore, R., Wilfley, D., Pike K., Dohm, F., Fairburn, C. (2000) Recurrent Binge Eating in Black American Women. *Archives of Family Medicine*, 9, 8387.

Striegel-Moore R. et al (2001), A Comparisation of Black and White Women With Binge Eating Disorder, *American Journal of Psychiatry* 158:1455-1460, Sept, 2001

Striegel-Moore, R. Schreiber, G. Lo, A. Crawford, P. Obarzanek, E. Rodin, J. (2000) Eating Disorder Symptoms in a Cohort of 11-16 Year Old Black and White Girls: The N HLBI Growth and Health Study. *International Journal of Eating Disorders*, 27, (1), 4966.

Telch, C.F., Agras W.S., Rossiter E.M. (1988) Binge eating increases with increasing adiposity. *International Journal of Eating Disorders*. 1988; Vol.7; S.115-119

Terry, C. (2001) Die Co-Abhängigkeitsfalle: Worauf können wir Lehrkräfte im Umgang mit Essgestörten achten? in *Essstörungen (k)ein Thema für die Schule? Eine Handreichung für Lehrerinnen und Lehrer für Informationen zur Suchtprävention in Baden Württemberg*, Informationsdienst zur Suchtprävention, Landesinstitut für Erziehung und Unterricht Stuttgart, Ausg. 9, S.47-56

Thomson R.A., Sherman R.T. (1993) *Helping athletes with eating disorders*. Champaign, IL: Human kinetics

Tobler et al. (2000) School-based adolescent drug prevention programmes: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20, Pages 275-336

Van Den Broucke, S. und Vandereyken (1986), W. Risk facorts for the development of eating disorders in adolescent exchange students: An exploratory survey, *Journal Of Adolescence* 1986, 9, S.145-150

Varnado-Sullivan P.J., Zucker N., (2004), *The Body Logic Programm For Adolescents: A treatment manual for the prevention of eating disorders*, *Behavior Modification*, Vol.28, Issue 6, S.854-875, Sage Thousand Oaks Canada

Veneto-Scheib, V. (1993) Psychosoziale Versorgung ausländischer Frauen und Mädchen in der BRD, Die psychosoziale Situation von Ausländern in der Bundesrepublik, Lajos, Opladen : Leske und Budrich

Vilela, J. E. M., Lamounier, J. A., Dellaretti F. & Marcos A. et al. (2004) Eating disorders in school children. J. Pediatr. (Rio de J.), Jan./Feb. 2004, vol.80, no.1, p.49-54. ISSN 0021-7557.

Vitousek K., Watson S. & Wilson G. (1998) Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. Clinical Psychology Review, 18(4), S.391-420

von Wogau, J. R. (2004) Therapie und Beratung von Migranten – systemisch-interkulturell denken und handeln, Beltz Verlag, Weinheim, Basel

Warschburger, P., Petermann F., und Fromme C. (2005) Adipositas. Training mit Kindern und Jugendlichen (2. vollständig überarbeitete Auflage) Weinheim: Beltz Verlag

Yelland, C. Tiggermann, M. (2003), "Muscularity and the gay ideal: body dissatisfaction and disordered eating in homosexual men." Eating Behaviors, 4, 107-116.

Zabinski et al. (2001) Reducing risk factors for eating disorders: Targeting at-risk women with a computerized psychoeducational program in International Journal of Eating Disorders Volume 29, Issue 4 , Pages 401 – 408

Zipfel S., Reas D.L., Olmstedt M.P., Wiliamsson D.L., Gerlinghoff M., Herzog B., Beaumont P. (2001) Day hospitalization programs for eating disorders: a sytematic review of the literature. International Journal of Eating Disorders, 31 (2), S.105-117

11 Quellenverzeichnis

American Psychiatric Association (2000) Practise guideline for the treatment of patients with eating disorders (ref.) *American Journal Of Psychiatry*, 157 (1), S.1-38

Ärzteblatt (2006) Betriebskrankenkassen fordern mehr Gesundheitsaufklärung für Migranten, erschienen 6. März 2006 in <http://www.aerzteblatt.de/V4/news/newsdruck.asp?id=23324>

Bulimie-Zentrum (2006) Bulimie-Zentrum e.V., Gemeinnütziger Verein zur Förderung von Information, Therapie und Forschung auf <http://www.bulimie-zentrum.de/>, gesichtet am 19.Januar 2007

Cohen (2003), Anorexia now affecting Australians as young as four; Published 11.8.2003 in <http://www.buzzle.com/editorials/8-11-2003-44117.asp>

Daniels, J. (2006) The Diagnosis of Eating Disorders in Women of Colour; The Something Fishy Website on Eating Disorders; http://www.something-fishy.org/cultural/roles_jd.php;

Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic und Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association. Hogrefe Verlag Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 1996. S. 819-821 Auszug aus der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision (ICD-10), Kapitel V (F) Psychische und Verhaltensstörungen (ICD-10), H. Dilling... (Hrsg.) - 2. korr. Auflage, Huber 1993, S. 202-203

Fitzgibbon, M, Stolley, M., Minority Women (2006) The Untold Story, Gelesen am 14.7.06 in <http://www.pbs.org/wgbh/nova/thin/minorities.html>

Handelsblatt (2006), Bauchfreie Tops sind nun passe, *Handelsblatt* 7.September 2006, auf

http://www.handelsblatt.com/news/Politik/Deutschland/_pv/_p/200050/_t/ft/_b/1132419/default.aspx/bauchfreie-tops-sind-nun-passee.html

Harris, L. (1997) The Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescent Girls;
http://www.cmwf.org/surveys/surveys_show.htm?doc_id=228166

Latina Girls Department Of Health & Human Services USA (2005) – Eating Disorders
Information Sheet, www.4woman.gov/BodyImage/bodywise/uf/LatinaGirls.pdf

Medienprojekt Wuppertal (2006) Medienprojekt Wuppertal „Hungry Hearts“;
http://www.medienprojekt-wuppertal.de/v_33.php, Datum: 26.6.2006

Ministry of Health, Toronto (1999) Equal Opportunity Consultants. Discussion Paper:
Immigrant, Refugee and Racial Minority Women and Health Care Needs. Toronto:
Equal Opportunity Consultants, 1991: 11 p.

Mudgett, H. (2006) Eating Disorders in Various Cultures,
http://www.suite101.com/article.cfm/eating_disorders/16292; Vistited: Sunday 9.Juli
2006

NDR Fernsehbericht,(2006) China: Karrieresprung mit Beinverlängerung, Gesendet am
11.7.2006; http://www3.ndr.de/ndrtv_pages_std/0,3147,OID1529556,00.html

Perreira V, Staff D. (2006) Immigrant children suffer fewer mental disorders, say study.
auf <http://www.Varsity.utoronto.ca/archives/119/nov10/news/immigrant.html> (10.8.2006)

Phalnikar, S. (2004); Germany's Migrant Children Tip The Scales, Deutsche Welle,
<http://www.dw-world.de/dw/article/0,2144,1300278,00.html> Datum: 18.8.2004

Romney, P. (2006), Eating Disorders Among Black Women and Other Women in
Colour; National Eating Disorder Information Center,
www.nedic.ca/knowthefacts/documents/Eatingdisordersamongblackwomenandother.pdf;
Date: 10.Juli 2006

Russel S., Ryder S. & Marcoux G. (2001) BRIDGE: A ressource collection for promoting
healthy body image, grades 7-9, grades 10-12, Erhältlich bei Alberta Mental Health
Board, www.amhb.ab.ca

Russel S. & Ryder S. (2001) BRIDGE 2 (Building to the relationship between body image and disordered eating graph and explanation) Interventions and transitions. Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention, 9, 15-27, Erhältlich bei Alberta Mental Health Board, www.amhb.ab.ca

Saglik Berlin (2005) Aktion im Rahmen des BKK Bundesverbandes, auf www.saglik-berlin.de, gesichtet am: 6.Juni 2006

Wienhold, H. (1988), Lexikon zur Soziologie, 2. verbesserte und erweiterte Auflage, Westdeutscher Verlag

Wimmer-Puchinger (2004) Wiener Programm für Frauengesundheit, www.diesie.at/fileadmin/user_upload/glossar/Migrantinnen.pdf

12 Abkürzungsverzeichnis

BKK	Betriebskrankenkassen
BSQ	Body Shape Questionnaire
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Illness (Vierte Auflage)
BMI	Body Mass Index (BMI=kg/m ²)
CAHE	Computer Assisted Health Education
CBS	Culture Bound Syndrom
CCS	Culture Change Syndrom
BRD	Bundesrepublik Deutschland
KOSCH	Koordination und Förderung von Selbsthilfegruppen in der Schweiz
BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
e.V.	eingetragener Verein
TCE	Therapiezentrum für Essstörungen
NEDA	National Eating Disorder Association
REBUS	Regionale Beratungs- und Unterstützungsstellen
AES	Arbeitsgemeinschaft für Essstörungen
PEPBern	Prävention Essstörungen praxisnah Bern

13 Anhang

Anhang A: Leitfaden Bräutigam.....	123
Anhang B: Elternbrief nach Levine.....	124
Anhang C: Fragebogen an die Lehrer.....	126
Anhang D: Fragebogen an die Beratungsstellen.....	128
Anhang E: Adressen Beratungsstellen.....	130
Anhang F: Internetadressen.....	136
Anhang G: Erklärung.....	137

Anhang A : Leitfaden für die Behandlung von Flüchtlingen (Bräutigam 2001)

1. In der Arbeit mit politisch verfolgten Menschen ist ein systemischer, familienorientierter diagnostischer Blick, der die Kinder von vornherein mit einbezieht, wünschenswert und notwendig, damit die Therapeuten ein Gespür und eine Sensibilität für eventuelle Probleme der Kinder entwickeln können.
2. Zu Beginn jeder Arbeit sollten die Eltern darüber aufgeklärt und informiert werden, dass es durchaus vorkommen könnte, dass nicht nur sie, sondern auch die Kinder Auswirkungen der traumatischen Erfahrungen spüren und woran dies bemerkbar sei. Diese Informationen sollten übrigens nicht nur Eltern, sondern auch Schulen, Kindergärten und Horteinrichtungen zugänglich gemacht werden. Die schon vielfach bestehenden Möglichkeiten aufsuchender Hilfe sollte auch bei dieser Klientel eingesetzt werden; Informationen über die Auswirkungen von Traumatisierungen auf den Einzelnen und auf die Familie könnten auch verstärkt in Asylbewerberheime, beratende Hilfsorganisationen und Ausländerbehörden hineingetragen werden.
3. Wenn sich im Laufe einer sorgfältigen Diagnostik herausstellt, dass das Kind schwerwiegende traumatische Erfahrungen gemacht hat und belastende Symptome entwickelt, ist es sinnvoll, familientherapeutisch und traumabezogen zu arbeiten. In diesem Falle wäre es günstig, wenn unterschiedliche Personen mit dem Kind und mit den Eltern arbeiteten, damit sich der Therapeut ganz auf die jeweiligen Beziehungen einstellen und einlassen kann.
4. In der Arbeit scheint es wesentlich zu sein, dass der Therapeut einen „frischen“ Blick bewahrt, der nur dann erreicht werden kann, wenn er über eine längere Zeit gesehen nicht ausschließlich mit einer Klientel zusammenarbeitet, sondern sich auch mit anderen Patientengruppen und unterschiedlichen „Störungsbildern“ befasst und auseinandersetzt.
5. Die professionellen Hilfsangebote müssen bzw. sollten nicht zwangsläufig einen therapeutischen, sondern vielmehr einen pädagogischen oder gestalterisch – kreativen Charakter haben, der die Kinder in ihren Fähigkeiten und Stärken fördert und unterstützt, wobei die letzteren Schulen, Kindergärten und Asylbewerberheime einen wichtigen Ort darstellen

Anhang B : Elternbrief nach Levine

Die NEDA in den Vereinigten Staaten stellt für Eltern folgende Ratschläge zur Prävention von Essstörungen zur Verfügung. In Elternabenden kann dieser kleine Leitfaden an die Eltern vermittelt werden (nach Levine):

- Beobachten Sie ihre Einstellung und ihr Verhalten in Bezug auf ihren eigenen Körper. Hat sich ihre Einstellung aus den Zwängen des Gewichtskampfes oder des Sexismus gebildet? Wenn ja, dann erläutern Sie ihren Kindern
- (a) die genetische Grundlage für die natürliche Vielfalt der Körperformen und -größen des Menschen und
- (b) die Grausamkeit von Vorurteilen.
- Bemühen Sie sich, eine positive Haltung und gesunde Einstellung zu pflegen. Kinder lernen von den Dingen, die Sie sagen und machen!
- Denken sie über die Träume und Ziele ihrer Kinder nach. Überbetonen Sie Schönheit und Körperform für Mädchen? Wenn ja, dann
- vermeiden Sie Bemerkungen oder Haltungen, welche in Wirklichkeit sagen: „Ich würde dich mehr mögen, wenn du weniger wiegen würdest“, „iss nicht so viel, nimm dir ein Beispiel an den Modells in der Werbung“, „passe dich an kleinere Kleidung an“, etc.
- überlegen Sie, was Sie an sich verbessern können um Beschimpfungen und Beschuldigungen, welche das Bild verstärken – dicker ist „schlecht“ und schlanker ist „gut“ - zu vermeiden
- Lernen und diskutieren Sie mit ihren Töchtern und Söhnen
- (a) die Gefahren der Körperveränderungen durch Diäten
- (b) den Nutzen von moderater Bewegung für die Gesundheit und
- (c) die Wichtigkeit, vielseitige Lebensmittel in gut balancierten Mahlzeiten (mindestens 3 x pro Tag) zu sich zu nehmen
- Vermeiden Sie Lebensmittel zu Kategorisieren (zum Beispiel in gut/schlecht/gefährlich), alle Lebensmittel können in Maßen gegessen werden
- Seien Sie ein gutes Vorbild unter Berücksichtigung von bewusstem Essen, Bewegung und Selbstakzeptanz
- Setzen Sie Verpflichtungen (Haushaltstätigkeiten o.ä.) nicht dazu ein, gesunde Aktivitäten zu meiden (solche, wie Schwimmen, Solarium, Tanzen etc.), aus der Angst, die Aufmerksamkeit auf Form und Gewicht wecken. Weigern Sie sich Kleidung zu tragen die unkomfortabel ist (um Form und Gewicht zu kaschieren).

-
- Erklären Sie ihren Kindern, dass Sie aus Freude an der Bewegung Sport zu treiben und nicht um das Körperfett zu reduzieren oder Kalorien, Energie, Popularität, Aufregung oder Perfektion zu kompensieren!
 - Lernen Sie die Menschen danach zu beurteilen was sie sagen, fühlen oder tun, statt wie schlank oder „gut gebaut“ sie sind.
 - Helfen Sie ihren Kindern einzuschätzen, in welcher Art und Weise das Fernsehen, Magazine oder andere Medien die wirkliche Vielfalt der menschlichen Körpertypen verzerren und unterstellen, dass ein schlanker Körper Kraft, Popularität und Perfektion bedeutet.
 - Belehren Sie ihre Kinder über verschiedene Arten von Vorurteilen, inklusive Weightismus¹⁰, und helfen Sie ihnen diese zu verhindern.
 - Ermutigen Sie ihre Kinder aktiv zu sein und zu genießen, wozu ihr Körper fähig ist und wie er sich anfühlt. Begrenzen Sie nicht deren kalorische Aufnahme, es sei denn, der Körper hat ein medizinisches Problem.
 - Machen Sie, was immer Sie zum Selbstvertrauen und Selbstrespekt für ihre Kinder beitragen kann – in intellektuellem, athletischem und sozialem Bestreben. Geben Sie Mädchen und Jungen die gleichen Möglichkeiten und die gleiche Unterstützung. Achten Sie darauf, nicht anzudeuten, dass Frauen weniger wichtig sind als Männer (zum Beispiel dadurch, Männer von der Hausarbeit und Kinderpflege zu befreien).

10 so nennen die Amerikaner "gewichtinduzierte Diskriminierung" bei Superschlanken und bei Gewichtigen

Anhang C : Fragebogen an die Lehrer

Teil 1: *Person des Lehrers:*

- Welches Fach unterrichten Sie?
- Übernehmen sie an dieser Schule weitere Funktionen? (z.B. Klassenlehrer)
- In welcher Schulform unterrichten Sie?

Teil 2: *Person des Schülers:*

- Wie alt ist der Schüler?
- In der wievielten Klasse lernt der Schüler?
- Wie sind die Familienverhältnisse bzw. das soziale Umfeld der Schüler?
- Welche Essstörung wurde bei diesem Schüler bekannt?
- War oder ist der Schüler in einer Therapie?

Teil 3: *Problemerkennung:*

- Wann, wo und wie haben sie die Essstörung des Schülers erkannt?
- Kam die Gegenüberstellung des Problems spontan oder eher verzögert?
- Wie beurteilen Sie die Vorkenntnisse der Lehrer, speziell für dieses Problem?
- Haben sie nach Informationen gesucht oder in Fachliteratur nachgeschlagen?
Wenn ja, wo bzw. in welcher?
- Wie viele Fälle von Essstörungen sind an dieser Schule bekannt?
- War die Krankheitsgeschichte der Schülerin bekannt?
- Haben sie Hilfe gesucht oder um Rat gebeten?
- Ist ihr Schüler mit diesem Problem auf sie zugegangen?
- Haben sie den Schüler direkt auf dieses Problem angesprochen?
 - wenn ja: Wie haben sie dies unternommen? War es einfach? Gab es Barrieren? War die Reaktion des Schülers positiv?
 - wenn nein: Warum?
- Wie ist die Reaktion der Mitschüler? Gab es einen Tipp seitens der Mitschüler?

Teil 4: *Erstes Gespräch mit der Betroffenen:*

- Haben sie sich auf das Gespräch vorbereitet?
- Wurde ein geeigneter Gesprächsort gewählt?

-
- Wie lange dauerte das erste Gespräch?
 - Wie war die erste Reaktion des Schülers? (z.B. in Form von Leugnen, Widerstand oder Kooperation - hilfesuchend, froh über dieses Gespräch)
 - Wie wurde das Gespräch eingeleitet? Wirkte sich eine Vorbereitung positiv aus?
 - Konnte Vertrauen aufgebaut werden?
 - War der Schüler bereit darüber zu sprechen? Wie war das subjektive Problemempfinden?

Teil 5: *Handeln nach dem ersten Gespräch:*

- Folgten Gespräche mit den Eltern, mit Freunden oder Supervisors?
- Wurde mit den Kollegen (z.B. in der Lehrerversammlung) darüber gesprochen?
- Wurden Ziele gemeinsam gesetzt? Gab es Ziele, welche?
- Welche Ratschläge folgten von ihnen oder anderen Personen?
- Wurden Folgegespräche vereinbart und/oder durchgeführt?
- War eine Zusammenarbeit mit den Eltern möglich?
- Wie war/ist der Einfluss der Eltern?
- Wurde Druck ausgeübt? Stand der Schüler unter Druck?
- Gab es Motivation? Was motivierte am besten?
- Wie war die Unterstützung der Mitschüler?

Abschließend fragte ich die Lehrer nach einen allgemeinen Ratschlag an die Kollegen.

Angang D: Fragebogen an die Beratungsstellen

- Welche Tätigkeit führt die Beratungsstelle durch und welche Personen können bei Ihnen Hilfe suchen?
- Wie lange besteht diese Einrichtung?
- Geben Sie auch soziale Beratung?
- Womit wird die Einrichtung finanziert?
- Haben Mitarbeiter Migrantenhintergrund?
- Reichen ihre Kapazitäten aus?
-
- Wie hoch ist der geschätzte Anteil ratsuchender Migranten?
- Aus welchen Ländern kommen die meisten Migranten?
- Welche Institution arbeitet am häufigsten mit ihnen zusammen?
- Wer meldet sich am häufigsten um einen Rat? (Betroffene,Lehrer,Eltern, Freunde)
- Welche Projekte haben sie mit Schulen durchgeführt?
- Haben sie Kontakt mit Lehrern die Rat bei ihnen suchen?
- Aus welchen Schulformen kommen die meisten Klientinnen?
- Wie häufig kommen Ratsuchende mit rückfälligen Symptomen?
- Wie häufig kommen die Klientinnen zu Ihnen?
-
- Welche Internetseiten können Sie besonders empfehlen?
- Welche Essstörungen treten bei ihren Gesprächen am häufigsten auf?
- Bevorzugen Ihre Klientinnen hauptsächlich Hilfe von weiblichen Personal?
- Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen Migration und Essstörung?
- Gibt es Kliniken, welche Sie ihren Klientinnen besonders empfehlen würden. Oder auch welche, von denen sie abraten würden?
- Vermitteln sie auch Suchttherapiegruppen?
- Empfehlen sie ihren Klientinnen eine bestimmte Therapieform?
- Gab es Klientinnen aus dem Kreise der Asylbewerber?

-
- Gab es sprachliche Schwierigkeiten?
 - Sind die Ratsuchenden allein gekommen?
 -
 - Sollten Lehrer autonom handeln? Oder sollten sie ihr Anliegen erst Fachpersonen mitteilen?
 - Wie sollten die Lehrer an die betroffenen Schüler herantreten?
 - Was sollten sie auf jeden Fall vermeiden?
 - Was sollte sich in der Öffentlichkeit ändern, um mehr Aufmerksamkeit auf Essstörungen zu lenken?
 - Was wünscht sich ihre Einrichtung zum Thema Essstörungen?
 - Was kritisiert ihre Einrichtung zu diesem Thema?
 - Welchen allgemeinen Rat würden sie an die Lehrer geben?
 - Was sollte an den Schulen passieren, um schneller die Erkrankung erkennen zu können?
 - Wie könnte das Thema Essstörungen im Lehrplan untergebracht werden?

Anhang E : Adressen von Beratungsstellen

Die Boje Barmbek

Suchtberatung und Behandlung

Fuhlsbüttler Straße 135

22305 Hamburg

Tel.: 040/7 31 49 49

Fax: 040/7 34 49 48

Waage e.V.

Beratungsstelle für Frauen mit Essstörungen

Eimsbütteler Straße 53

22 769 Hamburg

Tel.: 040/4 91 49 41

Irremenschlich e.V.

Martinistraße 52

20246 Hamburg

Telefon 040 - 428 03 -9259

Telefax 040 - 428 03 -5455

mail@irremenschlich.de

Kajal e.V.

Hospitalstraße 69

22767 Hamburg

Tel: (040) 3806987

Fax: (040) 38613156

e-mail: kajal@frauenperspektiven.de

Hamburger Zentrum für Eßstörungen

Bundesstraße 14
20146 Hamburg
Tel.: 040/4 50 51 21
Fax: 040/4 50 51 22

Schlaraffenland Bremen

ISAPP - Institut für Suchtprävention und Angewandte Pädagogische Psychologie
Pappelstr. 31/33
28199 Bremen

Beratungszentrum Ess-Störungen Bremen

Pappelstr. 31/33
28199 Bremen
Tel.: 0421.59 78 716 oder 0421.59 78 814
beratungszentrum@isapp.de

Dick und Dünn

Innsbrucker Str. 37
10825 Berlin
Telefon (030)854 49 94
dick-und-duenn@freenet.de

Universitätsklinik Lübeck

Psychos. Abteilung
Ratzeburger Allee
23558 Lübeck

Biff e.V.

Mühlenstraße 17
23552 Lübeck
Tel.: 0451/7060202

KIBIS

Königsweg 9
24103 Kiel
Tel.: 0431.67 27 27
Fax: 0431.67 49 43

ANAD Essen

Engelsbecken 18 c
45138 Essen
Tel.: 0201.27 85 19

KESS - Kontakt- und Behandlungszentrum bei Ess-Störungen

Himmelgeisterstr. 107
40225 Düsseldorf
Tel.: 0211.33 50 44
Fax: 0211.33 50 44

Psychosoziales Beratungs- und Behandlungszentrum

Lohbergstr. 2 a
44789 Bochum
Tel.: 0234.33 56 23

Institut Fidentia - Beratung bei Essstörungen

Jakobistr. 2
30163 Hannover
Tel.: 05 11 - 62 14 00
Fax: 05 11 - 66 77 37

Sannele - Selbsthilfe und Beratung bei Essstörungen

Zingel 20
31134 Hildesheim
Tel.: 05062-897755

Bundesfachverband Eßstörungen e.V.

Goethestr. 31
34119 Kassel
Tel.: 0561/ 71 34 93
Fax: 0561/7 01 33 22

Evangelische Suchtberatung Rostock gGmbH

Dalwitzhofer Weg 1

18055 Rostock

Tel.: 0381- 45 51 28

Dick und Dünn M/V e.V.

Kompetenz- und Kooperationszentrum bei Essstörungen

Humboldtstr.5

18055 Rostock

Frauzentrum "sowieso"

Angelikastr. 1

01099 Dresden

Tel.: 0351/8041470

Fax: 0351/8022025

Drahtseil

Zentrum für Integration e.V.

Demmeringstr. 115

04249 Leipzig

Tel.: 0341.4 80 43 11 oder 0341.4 77 37 01

Fax: 0341.4 77 37 02

KISS Erfurt

Turniergasse 17

99084 Erfurt

Tel.: 0361/6 55 17 15

Beratungsstelle für Essstörungen Cinderella

Westendstraße 35

80339 München

Tel.: 0 89/502 12 12

Fax: 089/502 25 75

ANAD e.V. - Psychosoziale Beratungsstelle bei Eßstörungen

Seitzstraße 8
80538 München
Tel.: 089/24 23 99 60
Fax: 089/24 23 99 66

DICK & DüNN

Hallerhüttenstraße 6
90461 Nürnberg
Tel.: 0911/47 17 11

Balance - Beratung und Therapie bei Essstörungen e.V.

Waldschmidtstraße 11
60316 Frankfurt/Main
Tel.: 069/49 08 63 30
Fax: 069/49 08 63 31

Frankfurter Zentrum für Ess-Störungen

Hansaallee 18
60322 Frankfurt
Tel.: 069/55 01 76
Fax: 069/5 96 17 23

Zentrum für Ess-Störungen Köln e.V.

Göbenstr. 3
50672 Köln
Tel.: 0221.764506

Mädchenberatungsstelle des Mädchenhaus Köln e.V.

Kaesenstr. 18
50677 Köln
Tel.: 0221.329227
Fax: 0221.328550

MädchenGesundheitsladen

Lerchenstraße 54

70176 Stuttgart

Tel.: 0711/2 23 99 82

FrauenZimmer e.V.

Schwarzwaldstraße 107

79117 Freiburg

Tel.: 0761/3 22 11

Fax: 0761/2 92 30 33

Anhang F: Internetadressen

www.bzga-essstoerungen.de

Diese Internetseite von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) bietet zahlreiche Informationen und nützliche Broschüren zum Thema Essstörungen und Prävention.

www.anad-pathways.de

Beratung und allgemeine Informationen zu Essstörungen. Verein, der Beratung und therapeutisch betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Essstörungen anbietet.

www.hungrig-online.de

Eine gemeinsame Kommunikationsplattform von hungrig-online.de, magersucht-online.de, bulimie-online.de sowie adipositas-online.com. Ausführliche Informationen zu den Essstörungen, umfangreiches Verzeichnis von Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen und Kliniken in Deutschland, Österreich und der Schweiz.

www.ab-server.de

Diese Seite bietet kostenlose Online-Beratung von Betroffenen und Angehörigen durch Psychologen, ein Kontaktverzeichnis von Hilfsangeboten bundesweit (Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, ambulante Psychotherapeuten, Kliniken, u. a.) und Diskussionsforen für Betroffene und Angehörige. ab-server.de ist ein Projekt der Deutschen Forschungsinitiative Essstörungen e. V. und der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig.

www.magersucht.de

Diese Seite ist ein rein ehrenamtliches Projekt. Sie bietet zahlreiche Informationen über Magersucht, viele Tipps für Angehörige und Berichte von Betroffenen. Zusätzlich bietet diese Seite kostenlose Online Beratung (über www.essfrust.de) und Chats in Foren und mit Experten.

Anhang G: Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die unter der Betreuung von Prof. Dr. Westenhöfer und Prof. Dr. Hamm angefertigte vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe. Andere als die angegebenen Hilfsmittel wurden von mir nicht benutzt. Alle angeführten Zitate wurden kenntlich gemacht.

Hamburg, der 23. Januar 2007

Daniel Wang