

Bachelorarbeit Sommersemester 2011

Aus dem Fachbereich Humanwissenschaften
der Universität Kassel
Bachelorstudiengang Soziale Arbeit

Thema der Arbeit: Die Bedeutung der Ernährungserziehung in der Familie für die Entwicklung bzw. Prävention von Essstörungen im Kindes- und Jugendalter

Bachelor- Arbeit für die Prüfung zum Erwerb
des Akademischen Grades „Bachelor of Arts (B.A.)“
eingereicht von Anne Machon, geb.17.11.1989
aus: 34117 Kassel, Kölnische Straße 25
Datum: 28.06.2011

Matrikelnummer: 28235912

E-Mail: Anne.Machon@student.uni- kassel.de

Erstgutachter: Herr Prof. Dr. Dr. Warsitz

Zweitgutachterin: Frau Dr. Taubner

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	3
2 Definition.....	5
2.1 Essstörungen	5
2.1.1 Anorexia Nervosa.....	6
2.1.2 Psychogene Adipositas/Fettsucht.....	9
2.2 Ernährungserziehung	10
2.3 Prävention	11
3 Familie und Essstörungen.....	11
3.1 Möglichkeiten der Ernährungserziehung.....	12
3.1.1 Mutter- Kind- Interaktion beim Füttern	12
3.1.2 Vermeidung von Druck und Zwang beim Essen	14
3.1.3 Einsatz von Essen als Bestechung, Belohnung und Bestrafung.....	17
3.1.4 Vermeidung von Diäten	19
3.2 Grenzen der Ernährungserziehung.....	21
3.2.1 Familien Magersüchtiger- Patienten	21
3.2.1.1 Familienstruktur.....	22
3.2.1.2 „Krankmachende Faktoren“ innerhalb der Familie.....	25
3.2.2 Familien der psychogen Adipösen	30
3.2.2.1 Familienstruktur.....	31
3.2.2.2 „Krankmachende Faktoren“ innerhalb der Familie.....	33
4 Fazit	38
Quellenverzeichnis	41
Literaturquellen.....	41
Internetquellen	43
Auskünfte von Fachleuten	44
Anhang.....	45

1 Einleitung

Im Rahmen des Studiums habe ich ein dreimonatiges Praktikum (BPS I) im Sozialdienst der AHG Klinik Schweriner See durchgeführt. In dieser Rehabilitationseinrichtung werden Abhängigkeitserkrankungen, sowie psychosomatische Erkrankungen nach einem verhaltenstherapeutischen Konzept behandelt. Neben der Arbeit im Sozialdienst, hatte ich die Möglichkeit an spezifischen Behandlungsangeboten teilzunehmen. Mein Interesse war unter anderem der Ernährungs- und Gesundheitsberatung gewidmet. Während der Therapie soll der essgestörte Patient anhand der Ernährungserziehung lernen, das eigene Essverhalten kritisch zu reflektieren, eine Ernährungsumstellung und möglichst auch eine Gewichtszunahme- bzw. abnahme zu erreichen. Nachdem ich an einem Vortrag zur Ernährungs- und Gesundheitsberatung für psychosomatisch Erkrankte teilgenommen hatte, habe ich mich gefragt, wie effektiv die Ernährungserziehung während der Therapie sei, aber auch inwieweit eine Ernährungserziehung die Entwicklung einer Essstörung vorbeugen könnte. Besonders in der Sozialen Arbeit stellt die Prävention von Essstörungen einen wichtigen Aspekt der Arbeit dar. Beratungsstellen und Therapiezentren informieren in Kindergärten, Schulen oder Horteinrichtungen über gesunde Ernährung, Fehlernährung und die damit verbundenen Folgen. Mit der Informationsvermittlung ist das Ziel verbunden, dass das neu erlangte Wissen eine Verhaltensänderung, sowohl bei den Eltern und bei Kindern herbeiführt. In der Hausarbeit beschäftige ich mich schwerpunktmäßig mit der Ernährungserziehung in der Familie, da diese als primäres Bezugssystem des Kindes bis zu einem bestimmten Alter die größte Bedeutung in der Entwicklung und (Ernährungs)-Erziehung des Kindes einnimmt. Aufgrund dessen habe ich mich in der Bachelorarbeit mit der Frage *„Welche Möglichkeiten und Grenzen stellt die Ernährungserziehung in der Familie zur Vorbeugung einer Essstörung in der Entwicklung des Kindes bzw. Jugendlichen dar“*, auseinandergesetzt.

Ich nehme an, dass die Ernährungserziehung in der Familie zur Prävention von Essstörungen beiträgt. Herauszufinden, welche Bedeutung bzw. welchen Anteil die Ernährungserziehung bei der Entwicklung bzw. Prävention von Essstörungen zugemessen werden kann, habe ich mir als Ziel der Arbeit gesetzt. Um dieses Ziel

zu erreichen, werden sowohl Möglichkeiten, als auch Grenzen der Ernährungserziehung zur Prävention von Essstörungen aufgezeigt.

Am Anfang der Bachelorarbeit werden die Begriffe Essstörung, Ernährungserziehung und Prävention definiert. Anschließend folgt der erste Schwerpunkt, indem die Möglichkeiten der Ernährungserziehung zur Prävention von Essstörungen beschrieben sind. Themen wie Interaktion zwischen Mutter und Kind beim Füttern, Vermeidung von Druck und Zwang beim Essen, Einsatz von Essen als Bestechung, Belohnung und Bestrafung, sowie Vermeidung von Diätverhalten werden in diesem Punkt intensiver betrachtet. Meines Erachtens sollte die Ernährungserziehung so früh wie möglich beginnen, um die jeweiligen Möglichkeiten auszuschöpfen und somit eine mögliche Fehlernährung oder sogar einer Essstörung vorbeugen zu können. Der zweite Schwerpunkt sind die Grenzen der Ernährungserziehung. In diesem Punkt werden Familienstrukturen und krankmachende Faktoren innerhalb der Familie von Patienten der Anorexia Nervosa und von psychogen Adipösen vorgestellt. In der Hausarbeit habe ich mich auf diese zwei Erkrankungen spezialisiert, da sich diese in ihrer Ausprägung vollständig unterscheiden. Abschließend folgt das Fazit, das Quellenverzeichnis und der Anhang.

Für die Bearbeitung der Bachelorarbeit habe ich mich vor allem auf die zahlreich vorhandene Literatur zum Thema Essstörungen gestützt. Zuvor habe ich mir Möglichkeiten und Grenzen der Ernährungserziehung überlegt. Mit Hilfe der Literatur wurden die jeweiligen Gliederungspunkte bestätigt bzw. widerlegt. Durch die Literaturrecherche habe ich die Erfahrung gemacht, dass die Kombination von Essstörungen und Ernährungserziehung ein Thema ist, welches nur in wenigen Büchern bearbeitet wurde. Auch ist mir aufgefallen, dass bei dem Thema Adipositas kaum Einigkeit bei der Begriffsbestimmung herrscht. Bei der Bearbeitung der vorliegenden Arbeit habe ich mich auf die Begriffe „Psychogene Adipositas“ und „Fettsucht“ gestützt (vgl. Klinik am Corso, S.1).

Außerdem habe ich eine leidfadengestützte Befragung per E- Mail durchgeführt, bei der ich Therapeuten angeschrieben habe, um mir Meinungen, Ansichten und Kritik zu dem Thema der Bachelorarbeit einzuholen. Die Vorgehensweise der Befragung und die spezifischen Fragen befinden sich im Anhang. Die Ergebnisse meiner schriftlichen Befragung habe ich im ersten Teil meiner Arbeit integriert.

2 Definition

Im Folgenden werden die drei zentralen Begriffe Essstörungen, Ernährungserziehung und Prävention näher beschrieben, da diese für das Verständnis der Bachelorarbeit von Bedeutung sind.

2.1 Essstörungen

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) definiert Essstörungen wie folgt: Essstörung können *„Lösungsversuche für tiefer liegende seelische Probleme, Ausweg, Flucht oder Ersatz für verdrängte Gefühle und Bedürfnisse sein, ebenso stummer Protest oder Ablehnung. Sie signalisieren Verweigerung und stehen zugleich auch für Resignation oder Anpassung“*. (BZgA Broschüren 2010, S.5). Kennzeichnend für Essstörungen ist ein gestörtes Verhältnis zur Nahrungsaufnahme und zum eigenen Körperbild (vgl. BZgA Broschüren 2010, S.12). Die Entwicklung der Erkrankung kann nicht mittels einer Ursache erklärt werden. Das Zusammentreffen von gesellschaftlichen, familiendynamischen, persönlichen, sowie biologischen Einflüssen ist bei der Entstehung einer Essstörung in Betracht zu ziehen (vgl. Gerlinghoff 2000, S. 33). Insgesamt entwickeln vor allem pubertierende Mädchen und Frauen zwischen dem 12. und 25. Lebensjahr eine Essstörung (vgl. Gerlinghoff u.a. 2000, S.15). Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen liegt bei ca. 1:20. Die Essstörung zählt zu den psychosomatischen Erkrankungen, welche in zwei international angewandten medizinischen Klassifikationssystemen aufgeführt ist. Hierbei handelt es sich um das *ICD- 10*¹ und dem *DSM- IV*² (vgl. Gerlinghoff u.a. 2000, S.15f.). Im ICD-10 sind die Essstörungen dem Abschnitt *„Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“* (F5) zugeordnet. Zu den Essstörungen nach *ICD- 10* zählt die Anorexia Nervosa (F50.0), die atypische Anorexia Nervosa (50.1), die Bulimia Nervosa (F50.2), die atypische Bulimia Nervosa (F50.3), Essattacken bei anderen psychischen Störungen (F50.4), Erbrechen bei anderen psychischen Störungen (F50.5), sowie

¹ International Statistical Classification of Diseases/Internationale Klassifikation der Krankheiten

² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen

sonstige Essstörungen (F50.8) und die nicht näher bezeichneten Essstörungen (F50.9) (vgl. Paulitsch 2009, S.202).

In dem Klassifikationssystem für psychische Störung DSM- IV ist die Essstörung in drei Hauptdiagnosen eingeteilt: Anorexia Nervosa (307.1), Bulimia Nervosa (307.51) und Nicht Näher Bezeichnete Essstörung (307.50). Die „*Nicht Näher Bezeichneten Essstörungen*“ beinhalten Essstörungen, die nicht vollständig den Diagnosemerkmale einer Magersucht oder Bulimie entsprechen, dazu gehört unter anderem die Binge- Eating- Störung.

Die Diagnose Adipositas ist im DSM- IV nicht aufgenommen worden, da Übergewicht nicht unmittelbar mit einer psychischen Störung verbunden ist. Die Entstehung der Adipositas kann durch unterschiedliche Faktoren begründet werden (vgl. Saß u.a. 2003, S. 645). Da das ICD- 10 nicht nur auf psychische Störungen spezialisiert ist, ist in diesem Klassifikationssystem die Diagnose „*Adipositas und sonstige Überernährung*“ (E65-E68) im Kapitel IV „*Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten*“ (E00- E90) zu finden. Weder im DSM- IV, noch im ICD- 10 ist die Adipositas im Kapitel über Essstörungen platziert worden (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2011, S.1).

Es gibt unterschiedliche Beweggründe, die zur Fettsucht führen können, sowie verschiedene Formen der Fettsucht. In der Arbeit habe ich mich mit übergewichtigen Personen, die aufgrund seelischer Konflikte und Problemlagen vermehrt Nahrung zu sich nehmen, um ihre emotionalen Bedürfnisse zu befriedigen, beschäftigt (vgl. BZgA- Übergewicht 2010, S.1).

2.1.1 Anorexia Nervosa

Der griechische Begriff *Anorexia* wird sinngemäß mit Appetitlosigkeit übersetzt, *nervosa* weist auf seelisch begründete Ursachen der Erkrankung hin. Korrekt ist die Bezeichnung der Appetitlosigkeit nicht, da die Betroffenen Hungergefühle erdulden, gegen die sie innerlich ankämpfen (vgl. Fachstelle für Suchtprävention, S.1, vgl. Bruch 1980, S.23). Hungergefühle zu ertragen, ist für die Betroffenen längst nicht so schlimm, wie der Gedanke, dass sie an Gewicht zunehmen bzw. die Kontrolle über ihre strikte Nahrungsreduzierung bzw.- Verweigerung verlieren könnten (vgl. Bruch 1980, S.23).

Um die Diagnose Anorexia Nervosa vorzustellen, habe ich mich im folgenden Verlauf auf das Diagnosesystem DSM- IV konzentriert und Vergleiche mit dem ICD- 10 hergestellt. Im DSM- IV ist die Diagnose Anorexia Nervosa (307.1) in vier Kriterien unterteilt. Das Kriterium A beinhaltet, dass die Erkrankten ein Körpergewicht aufweisen, welches die Grenze des jeweiligen Gewichtsminimums unterschreitet. Es handelt sich um Untergewicht, wenn das gemessene Gewicht unter 85%, ausgehend von Richtlinien, die für das Alter und die Größe entsprechend sind, liegt. Die Metropolitan Life Insurance Tabellen bzw. die pädiatrischen Wachstumstabellen werden in der Praxis für die Untergewichtsbestimmung angewandt (vgl. Saß u.a. 2007, S.645f.). Im ICD- 10 hingegen wird für die Ermittlung des Gewichtes der Body Maß Index errechnet, bei dem die Körpermasse durch die Körpergröße dividiert wird. Bei einem Ergebnis von bzw. unter 17, 5 kg/m² weisen die Zahlen auf Untergewicht hin (vgl. Saß u.a. 2007, S.646).

Die Gewichtsverringerung versuchen die Betroffenen durch die Minimierung ihrer Nahrungszufuhr, durch kalorienarme Nahrung und durch Nahrungsverweigerung zu erzielen. Außerdem werden Lebensmittel komplett aus dem Speiseplan gestrichen und Diäten beginnen die Ernährung zu kontrollieren. Selbsterzeugtes Erbrechen, die Einnahme von Abführmitteln, sowie Extremsport sind weitere Möglichkeiten, die zur Gewichtsregulierung angewandt werden (vgl. Saß u.a. 2003, S.646). Im ICD-10 handelt das zweite Kriterium vom selbsterbeigeführten Gewichtsverlust (vgl. Paulitsch 2009, S.204).

Das Kriterium B im DSM- IV hingegen beinhaltet „*die große Angst die vor einer Gewichtszunahme oder vor dem Dickwerden*“ (Saß u.a. 2003, S.646). Trotz der beabsichtigten Gewichtsminimierung sind die Betroffenen nicht mit ihrem Körper und speziell mit ihrem Gewicht zufrieden. Auch weiterhin verfolgt sie die Furcht vor dem Zunehmen (vgl. Saß u.a. 2007, S.646).

Die Erkrankten weisen eine verzerrte Wahrnehmung gegenüber ihrem Körpergewicht und ihrer Figur auf. Hierbei handelt es sich um das Kriterium C. Im ICD-10 wird von einer Körperschemastörung gesprochen, die mit der Besorgnis des Zunehmens verbunden ist (vgl. Saß u.a. 2003, S.646; vgl. Paulitsch 2009, S.204). Einige Patienten der Anorexia Nervosa empfinden sich trotz des Untergewichtes als dick. Da sie ihren Körper nicht realistisch einschätzen, nehmen sie ihr Untergewicht nicht wahr (vgl. Cash u.a. 1997 zit. n. Salbach-

Andrae u.a. 2010, S.15; vgl. Saß u.a. 2007, S. 646). Anderen hingegen ist ihr geringes Gewicht bewusst, trotzdem haben sie Angst an Körpermasse zuzunehmen. Vor allem der Bauch, der Hintern und die Hüften sind Körperregionen, auf die besonders geachtet wird. Um das eigene Gewicht zu kontrollieren, erfolgt ein stetiges Wiegen, abmessen von Körperteilen, sowie die Betrachtung des eigenen Körpers im Spiegel (vgl. Saß u.a. 2007, S.646). AnorektikerInnen weisen oftmals ein geringes Selbstwertgefühl auf, welches sie durch Perfektionsbestrebungen in den Bereichen Nahrung, Körperfigur und Gewicht, sowie Schul-, Sport- oder Berufsleistungen versuchen aufzubauen (vgl. Salbach- Andrae u.a. 2010, S.16).

Selbstbewusstsein ist bei den Betroffenen krankhaft mit ihrem Körpergewicht und einem entsprechendem Gewichtsabnahme verbunden. Das Abmagern wird mit Selbstachtung und Disziplin verbunden, hingegen eine Gewichtszunahme mit Unvermögen und Versagen (vgl. Saß u.a. 2003, S.646). Bei der Anorexia Nervosa führt die Tatsache, dass die Erkrankten ihren eigenen Körper durch die Gewichtsreduzierung zu kontrollieren, steuern und beeinflussen versuchen zu einem Autonomiegefühl (vgl. Salbach- Andrae u.a. 2010, S.15).

Die Folgen der Gewichtsreduzierung werden von den Erkrankten nicht ins Bewusstsein gerückt. Eine Krankheitseinsicht ist meist nicht vorhanden. Das vierte Kriterium (Kriterium D) besagt das Ausbleiben der Menstruation bei Frauen. Bei jungen Mädchen kann durch den starken Gewichtsverlust die Menarche zeitlich nach hinten verrückt werden (vgl. Saß u.a. 2003, S.646) Im ICD- 10 wird bei diesem Punkt neben der Amenorrhö, auch auf den Libido- und Potenzverlust bei Männern hingewiesen (vgl. Paulitsch 2009, S.204). Hat der Ausbruch der Magersucht vor der Pubertät stattgefunden, tritt häufig eine verlangsamte und verspätete pubertäre Entwicklung ein (vgl. Saß 2007, S.646).

Die Anorexia Nervosa ist ein Krankheitsbild, welche besonders in Industrienationen und bei weiblichen Personen auftritt. Diese Diagnose wird in der Regel nicht vor der Pubertät festgestellt. Es handelt sich somit nicht um eine Erkrankung im Kindesalter. Der Ausbruch der Anorexia Nervosa findet im Alter zwischen vierzehn bis achtzehn Jahren statt (vgl. Vocks u.a. 2010, S. 3). Die Prävalenzrate von magersüchtigen Mädchen und Frauen im Alter von 12 bis 24 Jahren liegt zwischen 0,5% bis hin zu 1% (vgl. Gerlinghoff u.a. 2000, S. 15). Der Verlauf der Erkrankung ist individuell. Eine Verbesserung des

Gesundheitszustandes kann bereits nach einer Episode der Anorexia Nervosa diagnostiziert werden. Ebenfalls gibt es fluktuierende und chronische Abläufe, die bis zum Tode des Patienten führen können (vgl. Saß u.a. 2003, S. 650; Simchen 2010, S.26).

Bei der Anorexia Nervosa können sich zwei unterschiedliche Typen entwickeln. Zum einen der „*Restriktive Typus*“, der sich durch das Fehlen von Fressanfällen, selbsterbeigeführtem Übergeben und die Einnahme von Abführmitteln auszeichnet. Der zweite Typus der „*Binge- Eating/Purging Typus*“ hingegen weist die eben beschriebenen Merkmale, die beim restriktiven Typus nicht vorkommen, auf (vgl. Saß 2003, S. 647). Im ICD- 10 hingegen wird der „*restriktive Typus*“ als „*Anorexia Nervosa ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme*“ bezeichnet und der „*Binge- Eating/Purging Typus*“ als „*Anorexia Nervosa mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme*“ (vgl. Salbach-Andrae u.a. 2010, S. 25).

2.1.2 Psychogene Adipositas/Fettsucht

Sowohl Patienten der Anorexia Nervosa, als auch die psychogen Adipösen gebrauchen die „*Nahrungsaufnahme als Scheinlösung für ihre Persönlichkeitsprobleme*“ (Bruch 2004, S.65). „*Oft führen Störungen in der psychosozialen Entwicklung dazu, dass Konflikte und Probleme durch übermäßiges Essen vermieden und unterdrückt werden. Man schluckt sie herunter und stopft sie in sich hinein*“. (Klinik am Korso- Adipositas/ Übergewicht/Fettsucht, S.1) Aliabadi und Lehnig nehmen an, dass der Fettsucht eine Persönlichkeitsstörung zu Grunde liegt. Sie sprechen in diesem Zusammenhang von neurotisch Fettsüchtigen. Die Betroffenen messen dem Essen eine enorme Bedeutung zu. Außerdem ist die Nahrungsaufnahme verstärkt mit Konflikten und Problemen behaftet. Größtenteils leiden die Betroffenen unter ihrem Übergewicht. Trotz vieler Bemühungen das eigene Körpergewicht zu reduzieren bzw. eine erzielte Gewichtsabnahme beizubehalten, gelingt dieses Vorhaben nur in den seltensten Fällen. Dementsprechend sind Gewichtsschwankungen ein weiteres Merkmal psychogen Adipöser (vgl. Aliabadi 1985, S.32). Um eine Gewichtsreduzierung zu erzielen, müssen vorerst die psychischen Probleme des Übergewichtigen bearbeitet werden (vgl. Bruch 2004, S.14). Neben diesen Merkmalen zählen Unzufriedenheit, sowohl auf die eigene

Person gerichtet, als auch auf die eigene Figur, ein geringes Körpergefühl und ein gestörtes Empfinden im Bezug auf Hunger und Sättigungsgefühle zu den Kennzeichen einer Fettsucht (vgl. Aliabadi 1985, S.32). Dazu fühlen sich die Erkrankten wie von außen gesteuert, sie haben den Eindruck, als ob sie die Kontrolle über ihr Handeln verloren hätten (vgl. Bruch 2004, S.75). Das Essen dient zur Kompensation von Ängsten, Niedergeschlagenheit, Kummer und Isolation. Auch kann das Übergewicht eine Schutzinstanz vor Kritik oder Ablehnung darstellen (vgl. Klinik am Korso- Kennzeichen, S.1). Das Essen verliert seine ursprüngliche Bedeutung, der Hungerregulierung, und wird als Mittel der Emotionsbewältigung und „Ersatzbefriedigung“ eingesetzt (Klinik am Korso- Kennzeichen, S.1).

2.2 Ernährungserziehung

Je nach Betrachtungspunkt (System Gesellschaft, System Familie, System Schule usw.) sind in der Literatur unterschiedliche Definitionen der Ernährungserziehung zu finden. In der vorliegenden Arbeit werde ich mich auf die Definitionen von I. Diedrichsen, V. Pudel und J. Westenhöfer stützen.

V. Pudel und J. Westenhöfer definieren Ernährungserziehung wie folgt: Ernährungserziehung „*beinhaltet das gesamte Spektrum an (...) Maßnahmen, um das Eßverhalten [!] entsprechend der sozio-kulturellen Normen, der familiären Traditionen und ggf. auch der Empfehlungen der Ernährungsaufklärung zu prägen*“ (Pudel u.a. 1991, S.183). Vor allem die Ernährungserziehung in der Familie wird von Ihnen als „*unsystematisch, auch häufig ungeplant, spontan und intuitiv*“ beschrieben (Pudel u.a. 1991, S.183). Die Ernährungserziehung ist ein wesentlicher Bestandteil der Erziehung und beginnt dementsprechend im primären Bezugssystem des Kindes (vgl. Diedrichsen 1993, S.88; Pudel u.a. 1991, S.183). Außerhalb des familiären Rahmens ist die die Definition von I. Diedrichsen zutreffend. Dieser definiert Ernährungserziehung als einen Lernprozess, der „*die absichtliche und planvolle Einwirkung auf Menschen, gesundheitsfördernde Werthaltungen zu bilden, die im Ernährungsverhalten verwirklicht werden sollen*“ beinhaltet (Diedrichsen 1990, S.43).

Die Ernährungserziehung kann demzufolge innerhalb der Familie als ein Prozess angesehen werden, bei dem die Eltern ihren Kindern ein gesundes Ernährungsverhalten zu vermitteln versuchen. Bestimmte traditionelle und gesellschaftliche Richtlinien werden intuitiv, ohne einen strukturierten Plan

einzuhalten, verfolgt. Die Ernährungserziehung kann als ein begleitender Prozess beschrieben werden, um die gesunde Entwicklung des Kindes zu fördern und mögliche Folgeerkrankungen zu vermeiden (vgl. Diedrichsen 1990, S.43; Pudiel u.a. 1991, S. 183).

2.3 Prävention

Unter Prävention werden vorbeugende Handlungen zusammengefasst, die Erkrankungen abwenden, zeitlich nach hinten verschieben und Krankheitsfolgen abschwächen sollen. In der Literatur wird zwischen der primären, sekundären und tertiären Prävention differenziert (vgl. Leitzmann u.a. 2009, S.532; vgl. Diedrichsen 1993, S.11).

Bei der primären Prävention handelt es sich um eine Krankheitsverhütung, bei der Erkrankungen beispielsweise durch eine gesunde Lebensführung und Ernährung vermieden bzw. verzögert werden sollen. Die sekundäre Prävention charakterisiert sich durch die rechtzeitige Diagnostizierung und Therapie der Krankheit, um ein weiteres Ausbreiten dieser abwehren bzw. verschieben zu können, sowie vor unerwünschten Folgediagnosen zu schützen bzw. diese zu minimieren (vgl. Leitzmann u.a. 2009, S.532). Die tertiäre Prävention soll die Verschlechterung von vorhandenen Krankheiten verhindern. Mit Hilfe der Rehabilitation soll eine chronische Erkrankung und anhaltende Einschränkung in mehreren Lebensbereichen vermieden werden. Ist dieses Vorhaben aufgrund des Schweregrades der Krankheit nicht mehr zu erzielen, sollen die Folgen der Erkrankung auf das Minimum begrenzt werden (vgl. Leitzmann u.a. 2009, S.532; vgl. Diedrichsen 1993, S.12).

3 Familie und Essstörungen

Vorweg ist nochmals darauf hinzuweisen, dass in dieser Bachelorarbeit der thematische Schwerpunkt auf das System Familie gelegt wurde. Familiäre Ursachen sind nicht allein für die Entwicklung einer Essstörung verantwortlich, hierbei handelt es sich um mehrere Faktoren, die die Entstehung begünstigen bzw. beeinflussen können (vgl. Gerlinghoff 2000, S.33). Im Folgenden werden die Möglichkeiten der Ernährungserziehung und anschließend die Grenzen der Ernährungserziehung innerhalb der Familie aufgezeigt.

3.1 Möglichkeiten der Ernährungserziehung

Die Möglichkeiten der Ernährungserziehung beginnen bereits im frühen Säuglingsalter und erstrecken sich bis hin zur Pubertät. Inwieweit Ernährungserziehung zur Entwicklung bzw. Vorbeugung von Essstörungen beitragen kann, wird im weiteren Verlauf beleuchtet.

3.1.1 Mutter- Kind- Interaktion beim Füttern

Eingehend stellt sich die Frage, warum ein so bedeutender und unverzichtbarer Prozess wie die Nahrungszufuhr, von Essgestörten missbräuchlich verwendet wird und die Betroffenen sich dadurch selbst einen enormen gesundheitlichen Schaden zufügen (vgl. Bruch 2004, S.65). H. Bruch geht davon aus, dass die folgenden zwei Kriterien ausschlaggebend für die Entstehung einer Essstörungen sind: *„die Unfähigkeit, Hunger und andere Körperempfindungen zu erkennen, und fehlendes Bewußtsein [!] darüber, daß [!] es das eigene Leben zu leben gilt“* (Bruch 2004, S.68).

Die Nahrungsaufnahme ist mit Lernerfahrungen verbunden, die frühzeitig gefördert werden müssen (vgl. Bruch 2004, S.15/S.69). Dieser Ablauf kann gelingen, wenn das Umfeld und die verbale Verständigung der Mitmenschen, vor allem der Mutter, auf das Kind ausgerichtet ist. Wenn die Ernährungserziehung gut verläuft, lernt das Kleinkind seine Körperbedürfnisse einzuschätzen und diese zu regulieren, sodass dieser Vorgang biologisch vertretbar ist. Hingegen kann eine gestörte Interaktion zwischen Mutter und Kind zu Problemen in der Entwicklung des Kindes führen (vgl. Bruch 2004, S.69). Die orale Phase, die erste Stufe der Entwicklung, ist nicht nur durch die Nahrungszufuhr gekennzeichnet, sondern auch durch Aufmerksamkeit, Liebe und Zuwendung von der Bezugsperson, in der Regel durch die Mutter (vgl. Aliabadi u.a. 1985, S.46).

Anfangs dient das Schreien des Kindes zum Aktivwerden der Mutter. Mit Hilfe des Schreiens gibt das Kind der Mutter zu verstehen, dass seine Anliegen und Bedürfnisse erfüllt werden sollen. Inwieweit auf das Schreien von Seiten der Mutter reagiert oder dieses ignoriert wird, ist ausschlaggebend für das Empfinden der eigenen Bedürfnisse und für die Entstehung einer Bindung zwischen der Bezugsperson und dem Kind (vgl. Bruch 2004, S.75f.; Schenk- Danzinger 2006, S.120).

Die Bindungstheorie wurde von J. Bowlby entwickelt und besagt, dass eine „enge, emotionale und individuelle Beziehung des Kindes zu Erwachsenen“ durch den Prozess der Bindung begründet werden kann (Schenk- Danzinger 2006, S. 117). Die Art der Fürsorge ist von Geburt an grundlegend dafür, ob sich eine sichere Bindung, eine unsichere- vermeidende- Bindung oder eine unsicher- ambivalente Bindung zwischen Kind und Bezugsperson entwickeln wird (vgl. Schenk- Danzinger 2006, S. 120). J. Bowlby und seine Schülerin M. Ainsworth haben sich intensiv mit dem Thema Bindung auseinandergesetzt, wobei auf diesen Thema im folgenden nicht weiter eingegangen wird (vgl. Schenk- Danzinger 2006, S.117).

Werden die angeborenen Bedürfnisse des Kindes von der Mutter nicht richtig wahrgenommen und befriedigt, „entsteht ein verwirrendes Durcheinander in seinem konzeptionellen Bewußtsein [!]“ (Bruch 2004, S. 69). Babys deren Hunger gestillt werden muss und die Mutter adäquat auf diese Äußerung reagiert, werden das „Engramm für „Hunger““ entwickeln und lernen zwischen dem Gefühl des Hungers und Gefühlen wie Unbehagen oder Missmut zu differenzieren. Auch lernen diese Kinder einzuschätzen, ob sie satt bzw. hungrig sind (Bruch 2004, S.76f.). Diesbezüglich ist es notwendig, dass die Mutter mit der Zeit das Schreien und die damit verbundenen Wünsche des Kindes zu unterscheiden lernt und auf die entsprechenden Anliegen des Kindes eingeht (vgl. Aliabadi u.a. 1985, S.47; Bruch 2004, S. 76).

In einer Studie von M. Ainsworth und S. Bell wurde die Fütterungssituation von 26 Babys in den ersten drei Monaten beobachtet. Die Forscher haben herausgefunden, dass der wichtigste Faktor die Reaktion der Mutter auf die Äußerungen des Kindes darstellte. Dazu gehört, ob sie ihm gestattete, die Menge der Nahrung festzulegen, wie sie es handhabt, wenn das Kind Lebensmittel nicht essen möchte und ob das Geben der Nahrung der Geschwindigkeit und den Hungerbedürfnissen des Kindes angepasst wurde (vgl. Bruch 2004, S.80f.). Bei unangemessenen Reaktionen der Mutter wird das Kind nicht lernen die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen, da keine Differenzierung der Gefühle stattgefunden hat (vgl. Bruch 2004, S.65). Sie haben nicht gelernt den Hunger, also das Bedürfnis nach Nahrung, „zu unterscheiden von anderen Signalen für Mißbehagen[!], die nichts mit ‚Nahrungsentzug‘ zu tun haben, und von emotionalen Spannungszuständen, die von allen möglichen Konflikten und

Problemen hervorgerufen werden können“ (Bruch 2004, S.65). Dieses Schema verfestigt sich und wird auch in der Zukunft von den Betroffenen unbewusst angewandt. Sie deuten die meisten ihrer Gefühle als Hungergefühl. Die Kinder und Jugendlichen weisen Übergewicht auf und kompensieren ihre Bedürfnisse auch in der Zukunft mit Nahrungsaufnahme (vgl. Aliabadi u.a. 1985, S. 48). Ändern sich die Faktoren, die zum Übergewicht führen, besteht die Möglichkeit, dass das Körpergewicht minimiert wird (vgl. Bruch 2004, S.91).

Festzuhalten ist, dass angemessene Reaktionen auf die Signale des Kindes von großer Bedeutung für die Differenzierung *„von körperlichen Bedürfnissen und anderen Empfindungen, Gedanken und Gefühlen“*, die sich in dem Kind entwickeln, sind (Bruch 2004, S.78). Als Folge der Nicht-Differenzierungsfähigkeit wird sich möglicherweise ein Kind entwickeln, welchem es an Selbstwahrnehmung und Körperbewusstsein fehlt, wie häufig bei Magersüchtigen und psychogen Adipösen festzustellen ist. Durch das nicht vorhandene „Selbst“ fühlen sich die Betroffenen als nicht agierend. Sie passen sich ihrer Umwelt an und haben das Gefühl von außen gesteuert zu werden. Es ist von großer Bedeutung, dass sich eine sichere Bindung zwischen dem Kind und der Mutter entwickelt. Auch ist es wichtig, dass sich Kinder aktiv an ihrer Entwicklung beteiligen können. Die Wahrnehmung als selbstständiges Individuum entwickelt sich nur durch Erfahrungen, die ein Kind in der Interaktion mit der Umgebung macht. Überforderung bzw. Desinteresse der Bezugsperson kann sich dementsprechend negativ auf die Entwicklung des Kindes auswirken (vgl. Bruch 2004, S. 78).

3.1.2 Vermeidung von Druck und Zwang beim Essen

Die Nahrungsaufnahme ist mehr als nur eine Zufuhr von Lebensmitteln. Bei einer Mahlzeit handelt es sich um ein soziales Geschehen, bei der das gemeinsame Miteinander der Familienmitglieder von Bedeutung ist (vgl. Haslam 2000, S.87f.). Wichtig ist es den Kindern ein angemessenes Verständnis von Ernährung zu vermitteln. Frau Brunner³ sieht es als förderlich an, *„wenn Kinder bei ihren Eltern ein Essverhalten mit regelmäßigen Essenszeiten und abwechslungsreichen Nahrungsmitteln erleben können und wenn der häuslichen Zubereitung als auch*

³ Siehe Online- Befragung im Anhang: diese Aussage verdanke ich Frau Brunner, Heilpraktikerin für Psychotherapie und Systemische Beraterin

dem Verzehr von Essen ein gesundes Mittelmaß an Zeit und Aufwand beigemessen wird“. Nach der Ansicht von Herrn Noll⁴ ist die *„Moderne‘ Ernährung in der Regel eine völlig irrationale Gewichtung der Kalorienzufuhr*“. Somit ist es von Bedeutung, dass Kinder eine gesunde und ausgewogene Ernährung zu sich nehmen, ohne der Kalorienanzahl eine zu hohe Bedeutung zu zumessen.

Aufgrund der Arbeitsbedingungen der Eltern und den Schulzeiten der Kinder ist es heute für viele Familien kaum noch möglich Frühstück, Mittag und Abendbrot gemeinsam einzunehmen. Oftmals ist das Abendbrot das einzige gemeinsame Essen, bei der die gesamte Familie zusammentrifft und Informationen untereinander ausgetauscht werden (vgl. Haslam 2000, S.88). Aufgrund dessen sind besonders zur Essenszeit, Auseinandersetzungen und Kritik zu vermeiden. Dazu zählen unter anderem Unterhaltungen über Schwierigkeiten in der Schule oder das einseitige Essverhalten des Kindes zu bemängeln (vgl. Haslam 2000, S.116f.). Diese Gespräche führen dazu, dass Kinder unter Druck gesetzt werden und verkrampfen, was sich wiederum negativ auf den Hunger des Kindes auswirkt. Die gereizte und bedrückende Stimmung kann dahin führen, dass Kinder bei den Hauptmahlzeiten das Essen verweigern. Probleme, die innerhalb der Familie am Esstisch ausgetragen bzw. unterschwellig vermittelt werden, stellen sich als sehr belastend für die Kinder heraus (vgl. Haslam 2000, S.134f.).

Ebenfalls als sehr bedrückend für Kinder sind gravierende und ungelöste Beziehungsprobleme innerhalb der Familie. Frau Brunner berichtet aus ihrer Praxiserfahrung, *„dass die Zeremonie des „gemeinschaftlichen Esstischs“ psychisch belastend werden kann, wenn unterdrückte Konflikte und ungelöste Störungen in den Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern vorherrschen*“. Sie nimmt an, *„dass auf Dauer die Nahrungsaufnahme von den Kindern als „falsch“ und „scheinheilig“ empfunden werden und diese unter Umständen irgendwann ganz abgelehnt wird*“. Bei dem Beispiel von Haslam geht es um Alltagsprobleme, die bestenfalls vor der gemeinsamen Mahlzeit geklärt werden sollten. Bei dem Beispiel von Frau Brunner handelt es sich hingegen um ein Warnzeichen, dass die Beziehungen unter den Familienmitgliedern gestört sind und durchaus um eine Ursache für eine beginnende Essstörung. Die Essensverweigerung kann in diesem Fall mit einem möglichen Protest bzw. mit

⁴ Siehe Online- Befragung im Anhang: diese Auskunft verdanke ich Herr Noll, Heilpraktiker für Naturheilkunde und Traditionelle chinesische Medizin

einer Auflehnung in Verbindung gebracht werden. Mahlzeiten sollen sich nicht zu Machtkämpfen am Esstisch entwickeln. Dazu gehört auch, dass Kinder nicht dazu gezwungen werden sollten, ihre Speisen aufzuessen, obwohl sie keinen Appetit mehr haben (vgl. Haslam 2000, S.113). Das große Sortiment an Produkten lässt die Kinder wählerisch werden. Kinder, die nur bestimmte Lebensmittel bevorzugen und diese zu sich nehmen wollen, werden besonders die Nahrung verweigern, die ihnen aufgezwungen wird. Um ihre Meinung durchzusetzen, reagieren die Kinder auf die Anweisungen der Eltern trotzig und wollen sich widersetzen, vor allem wenn sie zu etwas gezwungen werden (vgl. Haslam 2000, S.101f.). D. Haslam geht davon aus, dass diese Art der Nahrungsverweigerung eines Kindes in der Regel nicht mit den Essstörungen im klassischen Sinne verglichen werden kann, da es sich hierbei um typische Verhaltensmuster von Kindern handelt (vgl. Haslam 2000, S.101f.). Auch Herr Noll⁵ vertritt die Meinung, dass bei kindgerechter Ernährung die Entwicklungsstufen des Kindes beachtet werden müssen, welche sich durchaus durch ein wählerisches und ablehnendes Verhalten kennzeichnen. Frau⁶ Brunner bestätigt, dass Zwang und Druck bei der Nahrungsaufnahme nicht zu empfehlen sind. *„Dagegen ist es förderlich für ein gesundes Essverhalten, Abneigungen zu respektieren, Kindern aber je nach Alter eine erweiterte Auswahl an Lebensmitteln anzubieten und sie so zum genussvollen, ‚normalen‘ Essen zu motivieren“.*

Auch Frau Rapp⁷ hält es für sinnvoll, dass ein gesundes Essverhalten von den Eltern vorgelebt wird und zwar ohne Druck und Zwang. Ihr erscheint die Ernährungserziehung als garantiert hilfreich, jedoch ist es ihrer *„Ansicht nach aber nicht die allumfassende Garantie, dass das Kind das Instrument Essstörung nicht trotzdem für sich entdeckt. Noch förderlicher als ein gesundes Essverhalten ist ein funktionales Familiensystem, indem das Kind sich geliebt, angenommen und gesehen fühlt, so wie es ist“.*

⁵ Siehe Online- Befragung im Anhang: diese Auskunft verdanke ich Herr Noll, Heilpraktiker für Naturheilkunde und Traditionelle Chinesische Medizin

⁶ Siehe Online- Befragung im Anhang: diese Aussage verdanke ich Frau Brunner, Heilpraktikerin für Psychotherapie und Systemische Beraterin

⁷ Siehe Online- Befragung im Anhang: diese Auskunft verdanke ich Frau Rapp, Heilpraktikerin für Ernährung und energetische Psychotherapie

Herr Küfer⁸ vertritt die Meinung, dass ein gesundes und bedachtes Essverhalten ohne Zwang und Druck in der Familie erstrebenswert ist, jedoch nicht präventiv auf die Entstehung von Essstörungen wirken kann. Eine Essstörung ist das Ergebnis einer Beziehungsstörung während der Kindheit, wobei er betont, dass es weitere Ursachen gibt, die eine Essstörung bedingen können. Herr Küfer würde den Eltern, als Vorbild ihrer Kinder auf psychologischer Ebene die größte Bedeutung zumessen. Die Ernährung ist zwar ein wichtiger Bestandteil des Lebens, aber einen höheren Stellenwert nimmt seiner Meinung nach die „seelische Ernährung“ der Kinder ein, die zur Prävention von Essstörungen beitragen kann.

Das Ziel der Ernährungserziehung in diesem Kontext ist, dass die Familienmitglieder die gemeinsame Mahlzeit als ein Prozess betrachten, bei dem neben der Nahrungsaufnahme, Unterhaltungen stattfinden und Neuigkeiten ausgetauscht werden können. Konflikte und Probleme sollten jedoch nicht zu lösen versucht werden. Außerdem sind Zwänge, Druck und Streitigkeiten bei der Nahrungsaufnahme zu vermeiden, um eine angenehme Atmosphäre zu erhalten. Negative Gefühle, die sich während der Mahlzeit entwickeln, werden oftmals mit dem Essen assoziiert. Dementsprechend kann es vorkommen, dass das Essen von dem Kind zukünftig abgelehnt wird. Der Umgang miteinander und die Beziehungen untereinander während der Mahlzeiten sind von großer Bedeutung, um eine Nahrungsverweigerung und mögliche Essstörungen der Kinder präventiv entgegen zu wirken (vgl. Haslam 2000, S. 87f./116f.).

3.1.3 Einsatz von Essen als Bestechung, Belohnung und Bestrafung

Eltern bestimmen das Essverhalten ihrer Kinder. Für die gesundheitliche und körperliche Entwicklung des Kindes ist eine ausgewogene, reichhaltige und gesunde Ernährung sehr bedeutsam, jedoch sind Bestechungen mit Lebensmitteln seitens der Eltern zu vermeiden. D. Haslam berichtet Erfahrungen zufolge, dass übergewichtige Menschen in ihrer Kindheit vermehrt diese Art der Ernährung erfahren haben, verglichen mit Normalgewichtigen (vgl. Haslam 2000, S.107f.). Diese Aussage ist damit zu begründen, dass vor allem Süßigkeiten, Plätzchen, sowie Kuchen von den Bezugspersonen zur Bestechung eingesetzt werden (vgl.

⁸ Siehe Online- Befragung im Anhang: diese Auskunft verdanke ich Herr Küfer, Heilpraktiker, Psychologischer Berater und Kursleiter Autogenes Training

Haslam 2000, S.157) Wie bereits im Abschnitt 3.1.1 ausführlicher beschrieben, handelt es sich hierbei um einen Lernprozess, der von den Betroffenen auch zukünftig angewandt werden kann. Bei positiven, als auch bei negativen Erlebnissen kann das Essen somit als Ersatz dienen (vgl. Haslam 2000, S.158).

Aufgrund von guten Leistungen erhalten viele Kinder Süßigkeiten. Herr Noll⁹ vertritt die Ansicht, dass der Einsatz von Essen als Belohnung vertretbar ist. Essen und Geschmacksempfindung sind verbunden mit Lebensqualität, sowie wesentlicher Bestandteil des Lebens und gelten nicht nur als Kalorienzufuhr. Das besagt, dass Essen als Genuss angesehen und nicht nur an der Kalorienanzahl festgemacht werden sollte. Auch Herr Küfer¹⁰ betrachtet das Essen als Belohnung als normal.

Als nicht sinnvoll erscheint der komplette Entzug von bestimmten Lebensmitteln. Rigorose Verbote sind nach V. Pudel nicht nur zwecklos, sie können sich sogar zu „aufschaukelnden Eßproblemen [!]“ entwickeln (Pudel 2002, S.67). Herr Noll teilt die Meinung, dass „*Druck und Vermeidungszwänge(...) erfahrungsgemäß indirekt eine Hinwendung zum Verbotenen*“ bedeuten. Rigorose Verbote zeichnen sich durch einen absoluten Verzicht bestimmter Lebensmittel aus. V. Pudel geht davon aus, dass diese Art der Ernährungserziehung mit Problemen einhergeht (vgl. Pudel 2000, S.67). Nach anhaltendem Erfolg, führt bereits ein Misserfolg zum Bruch des Vorsatzes. Der Misserfolg „*setzt alle Versuche der Selbststeuerung außer Kraft, schwächt das Selbstwertgefühl und führt nicht selten zu einem Nachholbedarf*“ (Pudel 2000, S.70). Pudel berichtet, je mehr rigide Verbote vorhanden waren, desto stärker war das zukünftige Essverhalten beeinträchtigt. Effektiver erscheinen flexible Grenzen bei dem Konsum von Nahrungsmitteln. Beispielsweise ist es erlaubt, dass eine Tafel Schokolade innerhalb einer Woche verzehrt werden darf. Dieser Vorsatz ist wesentlich leichter einzuhalten, als gar keine Schokolade zu essen. Erfolge stärken die Vorsätze und dementsprechend das gesündere Essverhalten (vgl. Pudel 2000, S.71). Frau Rapp¹¹ berichtete, dass ihrer Ansicht nach Essen als Belohnung, Beruhigung oder Strafe die Entwicklung eines gestörten Essverhaltens fördert.

⁹ Siehe Online- Befragung im Anhang: diese Auskunft verdanke ich Herr Noll, Heilpraktiker für Naturheilkunde und Traditionelle Chinesische Medizin

¹⁰ Siehe Online- Befragung im Anhang: diese Auskunft verdanke ich Herr Küfer, Heilpraktiker, Psychologischer Berater und Kursleiter Autogenes Training

¹¹ Siehe Online- Befragung im Anhang: diese Auskunft verdanke ich Frau Rapp, Heilpraktikerin für Ernährung und energetische Psychotherapie

„Essen als Belohnung, Beruhigung oder Strafe wird zum Instrument, es wird zweckentfremdet eingesetzt. Mit vielen Kindern muss daher zuerst einmal wieder geübt werden, zu was Essen eigentlich dient: Als Energielieferant, sobald der Körper dies durch Hunger signalisiert“.

Frau Brunner¹² kann ebenfalls aus ihrer Praxiserfahrung berichten, *„dass der erzieherische Einsatz von Essen als Belohnungs- bzw. Beruhigungsmittel- und im Umkehrschluss als Möglichkeit zum Entzug“*, also zur Bestrafung, *„ein gesundes Essverhalten beeinträchtigen kann, da die Nahrungsaufnahme damit einen unangemessenen Stellenwert der familiären sozialen Interaktion erhält“.*

3.1.4 Vermeidung von Diäten

Das Diäthalten stellt einen Risikofaktor für die Entstehung von Essstörungen dar (vgl. Diedrichsen 1990, S.42). Länger andauernde Diäten können mit verantwortlich für die Entstehung einer Essstörung sein. Diäten sind mit Nahrungseinschränkungen und mit dem Ziel der Gewichtsminderung verbunden. Die Betroffenen setzen sich intensiv mit ihrer Ernährung auseinander und kontrollieren ihre Essgewohnheiten, um das erzielte Gewicht zu halten bzw. verringern zu können (vgl. Reich u.a. 2004, S.33). Schlanksein wird von den Mädchen und Jungen mit einem Gefühl von Stolz, Macht und Leistung assoziiert (vgl. Bruch 1980, S.20). Einige der späteren Patienten setzten sich selbst unter Druck, um ihre „Traumfigur“ zu erzielen, andere werden durch ihre Mitmenschen darauf hingewiesen, auf ihre Figur zu achten (vgl. Gerlinghoff u.a. 2000, S.13). Wenn die Diät nicht die versprochene und sich erhoffte Gewichtsreduzierung herbeiführt, werden des Öfteren Null- Diäten, Abführmittel, entwässernde Medikamente eingesetzt, sowie absichtliches Erbrechen oder Extremsport durchgeführt.

Es ist von Bedeutung, dass Eltern als Vorbild ihrer Kinder sich dessen bewusst sind, dass Diäten und ein gestörtes Essverhalten zu einer manifesten Essstörung führen kann (vgl. Gerlinghoff u.a. 2000, S.13). In einer Umfrage an einem Gymnasium der Stadt München der fünften Jahrgangsstufe wurden 800 Schüler zum Thema Gewicht und Figur befragt. Auch hier haben M. Gerlinghoff und H. Backmund ermitteln können, dass immer mehr jüngere Mädchen und auch Jungen

¹² Siehe Online- Befragung im Anhang: diese Aussage verdanke ich Frau Brunner, Heilpraktikerin für Psychotherapie und Systemische Beraterin

sich Gedanken um ihr Aussehen und Gewicht machen, trotz Normalgewichts. 34% der Mädchen und 33% der Jungen haben die Frage nach einer bewussten Gewichtsabnahme mit „Ja“ beantwortet. Außerdem konnten sie feststellen, dass besonders das Diäthalten der Mutter Einfluss auf das Nahrungs- und Diätverhalten der Schüler hatte (vgl. Gerlinghoff u.a. 2000, S.14). Auch Frau Brunner¹³ berichtet, dass besonders pubertierende und ältere Mädchen an dem Thema Essen bzw. Idealfigur interessiert sind, wenn eine weitere weibliche Bezugsperson im Haushalt oder die eigene Mutter ein gestörtes Essenverhalten aufweist, also permanent neue Diäten ausprobiert oder Schuldgefühle beim bzw. nach dem Essen äußert. Auch Frau Rapp¹⁴ berichtet aus ihrer Praxiserfahrung mit essgestörten, jungen Frauen, dass bei einigen der Klientinnen bereits die Mutter die Diagnose Essstörung aufweist und aufgrund dessen kein gesundes Essverhalten im Elternhaus zu erwarten ist. Eine Aussage von H. Bruch deutet ebenfalls daraufhin, dass die Mütter von Magersüchtigen oftmals selbst ein gestörtes Verhältnis zu ihrem Körper und der Nahrungsaufnahme haben. Sie beneiden ihre Kinder regelrecht darum, dass diese nur geringe Nahrungsmengen zu sich nehmen und so sehr auf ihre Figur bedacht sind (vgl. Bruch 1980, S.22). Insgesamt konzentrieren sich deren Mütter sehr häufig auf ihren Körper und Diäten. H. Bruch berichtet ebenfalls von Vätern, die konsequent Diät gehalten haben und ihre Töchter dazu animierten (vgl. Bruch 1980, S. 46).

H. Bruch beschreibt auch bei Magersüchtigen den Vorfall von Fressanfällen. Sie schlingen Unmengen an Lebensmitteln in sich hinein und erbrechen anschließend, um weiterhin dünn zu bleiben. Das Erbrechen der Nahrung findet im Geheimen statt. Diese Fressorgien sind bei den Mädchen und Jungen mit starken Schuldgefühlen verbunden, welche mit dem Erbrechen zu kompensieren versucht werden. Besteht im vornherein nicht die Möglichkeit, die zu sich genommene Nahrung zu erbrechen, wechseln die Betroffenen zum Hungern über. H. Bruch geht davon aus, dass 25% der Magersüchtigen solche Fressorgien durchführen (vgl. Bruch 1980, S.28f.). Das bloße Hungern und Diätführen ist jedoch nicht allein für die Entstehung einer Anorexia Nervosa verantwortlich. Eine Diät kann ein gestörtes Essverhalten mit sich führen, wobei sich hier immer die Frage

¹³ Siehe Online- Befragung im Anhang: diese Aussage verdanke ich Frau Brunner, Heilpraktikerin für Psychotherapie und Systemische Beraterin

¹⁴ Siehe Online- Befragung im Anhang: diese Auskunft verdanke ich Frau Rapp, Heilpraktikerin für Ernährung und energetische Psychotherapie

gestellt werden muss, warum will das Mädchen oder der Junge dünner sein. Bei Essstörungen handelt es sich um ein komplexes Zusammenspiel von Faktoren, die die Entstehung beeinflussen können. Dazu gehören unter anderem die familiären Gegebenheiten und Strukturen, die dem Krankheitsausbruch vorausgehen (vgl. Bruch 1980, S.40).

3.2 Grenzen der Ernährungserziehung

Im vorherigen Kapitel wurden die Möglichkeiten der Ernährungserziehung dargestellt. In diesem Abschnitt werden Einflüsse und Strukturen innerhalb der Familie beschrieben, die für Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Essstörung ausschlaggebend sein können. Dadurch sollen Grenzen der Ernährungserziehung in der Familie als Präventionsmöglichkeit für die Entwicklung von Essstörungen aufgezeigt werden.

3.2.1 Familien Magersüchtiger- Patienten

M. Gerlinghoff, H. Backmund und N. Mai berichten aus ihrer Praxiserfahrung und haben festgestellt, dass es kein einheitliches Bild von Familien, in denen die Tochter oder der Sohn an Magersucht erkrankte, existiert. Die betroffenen Familien unterscheiden sich kaum von Familien, in denen die Kinder keine Essstörung aufweisen (vgl. Gerlinghoff u.a. 1988, S. 24). In bestimmten Bereichen wie „*Ordnung, Pflichterfüllung, Anstand, Leistung und Bildung*“ weisen die „*Magersuchtsfamilien*“ Gemeinsamkeiten auf, da diesen Bereichen ein hoher Stellenwert zugemessen wird, wobei auch in Nicht- Betroffenen- Familien darauf Wert gelegt wird (vgl. Gerlinghoff u.a. 1988, S. 24ff.). H. Bruch geht davon aus, dass in den betroffenen Familien die oben genannten Bereiche besonders von Bedeutung sind (vgl. Bruch 1980, S.45).

Auch die Bereiche „*Karriere, Erziehung, Ausbildung und Fitness*“ sei nach M. Gerlinghoff, H. Backmund und N. Mai von großer Wichtigkeit (vgl. Gerlinghoff u.a. 1988, S.24). Die Autoren stellen fest, dass es nicht möglich ist, die Familien in zwei Kategorien einzuteilen -*normale und kranke Familie*- da sie sich kaum voneinander unterscheiden. Jedoch gibt es bestimmte Merkmale, die in den betroffenen Familien wiederkehren, diese können nicht generalisiert werden, aber als Kriterien zur Beschreibung von Familien mit Magersuchterkrankten dienen (vgl. Gerlinghoff u.a. 1988, S.26).

3.2.1.1 Familienstruktur

Die Familien der Anorektiker sind in der Regel der Mittel- oder Oberschicht zugehörig (vgl. Stahr 2007, S.64). Die Familienstruktur wird als traditionsbewährt beschrieben. Der Vater positioniert sich als Versorger der Familie und die Mutter ist für die Erziehung und Hauswirtschaft zuständig (vgl. Gerlinghoff u.a. 1988, S. 24). Der Vater wird von M. Gerlinghoff, H. Backmund und N. Mai als das „*scheinbare Familienoberhaupt*“ bezeichnet (Gerlinghoff u.a. 1988, S. 42). Rein äußerlich hat er die Position des Familienoberhauptes inne, innerhalb der Familie scheinen jedoch die eigenen Eltern, Schwiegereltern oder die (Ehe)- Frau diesen Platz eingenommen zu haben (vgl. Gerlinghoff u.a. 1988, S.42). Zum Teil hat die Großmutter einen großen Einfluss auf die Erziehung ihrer Enkel, vor allem wenn diese gemeinsam in einem Haus leben (vgl. Sperling 1982 zit. n. Karren 1986, S.29).

Einige der Elternteile weisen noch im Erwachsenenalter eine gewisse Abhängigkeit zu ihren Eltern auf und versuchen mit einer, schon fast perfektionistischen Art und Weise, ihren Eltern zu beweisen, dass sie ihr Leben im Griff haben. Auch die Leistung, sowie das anständige und vorbildliche Verhalten der Kinder soll das Funktionieren der Familie gegenüber den Großeltern verdeutlichen. Hierbei sehnen sich die Betroffenen nach Bestätigung und Liebe, die sie möglicherweise im Kindes- und Jugendalter vermisst haben (vgl. Gerlinghoff 1988, S.42).

An die eigene Familie richtet der Vater die Anforderung, dass diese zu funktionieren hat und keine erheblichen Schwierigkeiten auftreten. Für die Lösung familiärer Konflikte ist die Frau verantwortlich. Von den eigenen Kindern werden Anstand und ein gepflegtes Äußeres, sowie hervorragende Leistungen erwünscht. Diese Erwartungen werden von dem Vater als gerechtfertigt angesehen, im Vergleich zu den finanziellen Ausgaben, die für die Kinder aufgebracht werden (vgl. Gerlinghoff u.a. 1988, S.28f.). Insgesamt erscheint Materielles von großer Bedeutung für die Eltern zu sein. Die Kinder werden von ihren Eltern des Öfteren darauf aufmerksam gemacht, dass sie finanziell von diesen abhängig sind. Im Alltag gehen die Eltern eher sparsam und bedacht mit dem Geld um. Im Vergleich dazu, werden hohe Kosten für Bildung, Ausbildung und sportliche, sowie musikalische Interessen von den Eltern getragen, um den Kindern eine gute Zukunft ermöglichen zu können. Wobei hier auch der Aspekt

des Ansehens der Eltern und der Kinder eine Rolle spielt (vgl. Gerlinghoff u.a. 1988, S.49f.).

M. Gerlinghoff, H. Backmund und N. Mai haben den Eindruck, dass „für die Väter Magersüchtiger und ihre Frauen die Zeit stehengeblieben ist“, da sich einige der Familien nicht den Veränderungen der modernen Zeit anpassen (Gerlinghoff u.a. 1988, S. 28). Sie halten an altbewährten Regeln, wie beispielsweise die Aufgaben- und Rollenverteilung in der Familie, fest. Möglicherweise steht hinter diesem Verhalten die Gefahr der Unsicherheit, die eine Umstellung und Erneuerung mit sich bringen würde.

Die Mütter von Magersüchtigen sind wie bereits oben erwähnt für die Kindererziehung und den Haushalt verantwortlich. Oftmals haben sie ihre berufliche Karriere mit der Geburt des ersten Kindes unterbrochen bzw. abgebrochen (vgl. Gerlinghoff u.a. 1988, S.28.). Wenn die Zeitplanung es zulässt, geht die Mutter einer beruflichen Tätigkeit nach, aber nur, wenn die Kinder darunter nicht leiden bzw. diese anderweitig versorgt sind, wie beispielsweise im Kindergarten oder in der Schule (vgl. Wulfrum u.a. 1993, S.27).

Neben der Mutterrolle, nimmt sie auch die Rolle der Frau ein. Nach den Erfahrungen von M. Gerlinghoff, H. Backmund und N. Mai ist den Müttern, die Rolle der Frau weniger von Bedeutung als die Rolle der Mutter. Mütter Magersüchtiger empfinden sich häufig zu dick und versuchen mittels Diäten ihr Wunschgewicht zu erreichen. Von den Töchtern wird oftmals bestätigt, dass die Mutter die Managerin des Hauses sei und sich dem Vater überordne (vgl. Gerlinghoff u.a. 1988, S.31f.). „All ihre Kraft und Energie“ versucht die Mutter in die Erziehung zu integrieren, um nur das Beste für ihre Kinder zu erzielen (Gerlinghoff u.a. 1988, S.33). Zum Teil weist die Mutter von Magersüchtigen auch starke perfektionistische Charaktermerkmale auf (vgl. Gerlinghoff u.a. 1988, S.31). Im Bezug auf die Erziehung ihrer Kinder beschreibt H. Bruch die Mutter von Magersüchtigen als sehr bedacht, aufopfernd und selbstbewusst. Oftmals sind die Eltern sich nicht bewusst und auch nicht einsichtig, dass dem eigenen Kind zu viel zugetraut und aufgetragen wurde (vgl. Bruch 1980, S.44f.). Davon sind besonders die Bereiche Aussehen, Benehmen und Leistungen betroffen (vgl. Bruch 1980, S.52).

Die Autoren M. Gerlinghoff, H. Backmund und N. Mai beschreiben einige der betroffenen Familien eher als Zweckgemeinschaften, die den Ruf ihrer Familie

durch eine Trennung nicht beschädigen und vor allem ihre Kinder nicht verletzen wollen (vgl. Gerlinghoff u.a. 1988, S.44). Möglicherweise hat das zukünftige magersüchtige Kind interne und unausgesprochene familiären Konflikte wahrgenommen und versucht mittels ihrer Leistung und Engagement, „*ihre Eltern dafür zu entschädigen, daß [!] an ihrer Beziehung etwas nicht in Ordnung war*“ (Bruch 1980, S.47)V

Bei einem spannungsreichen Familienklima, werden die Kinder des Öfteren dazu gedrängt Partei für ein Elternteil zunehmen. Die Kinder fühlen sich unsicher und haben das Bedürfnis allen gerecht zu werden. Dieser Art der Beziehung führt dazu, dass sich das Kind nicht positionieren kann und somit als Vermittlerin, Ersatzfrau für den Vater oder als Freundin der Mutter dient (vgl. Gerlinghoff u.a. 1988, S.44f.). H. Bruch hat die Erfahrung gemacht, dass viele Eltern ihre Beziehung selbst als beständig benennen und kaum von Scheidungen berichteten- eventuell um den Schein einer perfekten Familie zu bewahren (vgl. Bruch 1980, S.42).

Im Bezug auf die Geschwister ist nennenswert, dass hier kaum freundschaftliche Beziehungen entwickelt werden. Eifersucht, Missgunst und Konkurrenzdenken sind charakteristisch für deren Verhältnis. Zu begründen wäre diese Aussage damit, dass sich das spätere Magersuchtskind stark an seine Eltern bindet und sich somit nicht vollständig in das System der Geschwister integriert (vgl. Gerlinghoff u.a. 1988, S.45f.). Bei dem zukünftigen Magersüchtigen handelt es sich nach Aussagen von Minuchin und Fishman um das „*Elternkind*“ (Minuchin 1983 zit. n. Gerlinghoff u.a. 1988, S.46).

Die Beziehung der Familienmitglieder kennzeichnet sich dazu durch eine „*symbiotische Funktion, wobei die eigenen Erlebnisse, das Gefühl des eigenen Selbst, die eigene Geschlechts- und Berufsrolle mit dem Erleben, den Gefühlen und der Rolle einer anderen Person verschwimmen*“ (Simon u.a. 1984 zit. n. Gerlinghoff 1988, S.47). Die Ausbalancierung zwischen Nähe und Distanz hat nicht stattgefunden, da kaum Grenzen zwischen den einzelnen Familienmitgliedern existieren. Die Familienstruktur kennzeichnet sich durch Einheit und Gemeinschaft aus (vgl. Gerlinghoff u.a. 1988, S.47). Metaphorisch beschreiben Wolfrum und Papenfuss diese Familienstruktur wie folgt: „*Eine solche Familie gleicht einem Haus, in dem alle Zimmer miteinander verbunden sind und alle Türen weit offen stehen*“ (Wolfrum 1993, S.29).

Aus den Erfahrungsberichten und Erzählungen von Magersüchtigen und deren Eltern haben die Autoren M. Gerlinghoff, H. Backmund und N. Mai schlussfolgern können, dass es trotz zahlreicher Gemeinsamkeiten innerhalb der betroffenen Familien, keine typische Magersuchtsfamilie gibt (vgl. Gerlinghoff u.a. 1988, S. 41). Die Autoren gehen jedoch davon aus, dass in *Magersuchtsfamilien* ein spezifischer Muttertyp vorkommt (vgl. Gerlinghoff u.a. 1988, S.41). Sie vertreten die Hypothese, dass es den Müttern vor allem „*an Selbstwertgefühl und einer eigenen Identität mangelt und sie deshalb darauf angewiesen sind, ihr Leben ausschließlich für andere und damit aus anderen zu leben*“ (Gerlinghoff u.a. 1988, S.37). Jedoch ist die Mutter nicht als die Schuldige, bei der Entstehung einer Essstörung ihres Kindes anzusehen. Die Erkrankte ist ein Mitglied des familiären Systems und somit sind Beziehungen und Strukturen bei der Entstehung einer Magersucht zu berücksichtigen (vgl. Stahr 2007, S. 63). Es ist zu beachten, dass individuelle Unterschiede eine Familien auszeichnen und aufgrund dessen ist es auch nicht möglich, bestimmte Merkmale einer „*Magersuchtsmutter*“ bzw. einer „*Magersuchtsfamilie*“ festzulegen (vgl. Gerlinghoff u.a. 1988, S.37). Es gibt bestimmte krankmachende Eigenschaften, die die betroffenen Familien kennzeichnen, wie im folgenden Verlauf deutlich wird.

3.2.1.2 „Krankmachende Faktoren“ innerhalb der Familie

Die betroffenen Familien charakterisieren sich durchaus durch vorbildliche und beispielhafte Wert- und Zielvorstellungen. Sie sind erpicht Ordnung, Einigkeit und Werte zu erhalten, gute Leistung zu erzielen, sowie Engagement und Eifer zu stärken. Die Eltern sind hinsichtlich der Entwicklung ihrer Kinder sehr bemüht und versuchen diese bestmöglich zu erziehen. Nach M. Gerlinghoff, H. Backmund und N. Mai ist die Art der Interaktion zwischen den einzelnen Familienmitgliedern grundlegend für die Entstehung eines gestörten Essverhaltens. Sie gehen davon aus, dass die Entwicklung einer Essstörung damit zusammen hängt, wie die oben genannten Wert- und Zielvorstellungen von den Eltern vertreten, weiter gegeben und ausgelebt werden (vgl. Gerlinghoff 1988, S.54f.). H. Bruch ist ebenfalls davon überzeugt, dass die Interaktionsmuster in der Familie gestört sind. Die Eltern haben versucht eine vorbildliche und strukturierte

Erziehung zu gewährleisten, wobei sie zu wenig auf die Neigungen und Vorstellung der Kinder eingegangen sind.

Entwicklungspsychologisch ist es von Bedeutung, dass Kinder selbst zu ihrer Entwicklung beitragen und lernen was richtig und falsch ist und nicht alles durch die Eltern hervor bestimmt wird. Diese Erziehungsmethode führt dahin, dass die Kinder bei Entwicklungen und Fortschritten kaum Bestätigung von Seiten der Eltern erhalten. Erfolge des Kindes werden als Erfolge der Eltern angesehen. Für die Entwicklung einer eigenen Identität, verbunden mit einem sicheren Auftreten, ist es notwendig, dass den Gefühlen, Errungenschaften und Erfolgserlebnissen der Kinder Beachtung und Anerkennung geschenkt wird (vgl. Bruch 1980, S. 59f.).

Auch ist die gegenseitige Wahrnehmung der Familienmitglieder begrenzt. Die Kinder werden von ihren Eltern nicht als Individuum eines Systems angesehen, die einander wahrnehmen, sondern als eine Person, die eine Rolle einnehmen und ausführen soll (vgl. Gerlinghoff u.a. 1988, S. 55). Die eingefahrene und oftmals vertretende Richtlinie „*das tut man, das tut man nicht*“, erweckt ebenfalls den Eindruck, dass Rollen und starre Vorgaben in diesem System eine große Bedeutung einnehmen (Gerlinghoff u.a. 1988, S.55). Dass die zukünftigen erkrankten Mädchen und Jungen nicht als Individuum von ihren Eltern behandelt werden, sondern als jemand, „*der das Leben und die Erfahrungen der Eltern zufriedenstellender und vollständiger machen soll*“ stellt auch für H. Bruch ein wesentliches Merkmal der Familien dar (Bruch 1980, S.54). Individualität und Autonomie zu entwickeln ist in diesen Familien kaum möglich (vgl. Gerlinghoff 2000, S.47).

Nach einer metaphorischen Vorstellung sind die Kinder „*den Klängen eines anderen Trommlers*“ gefolgt, „*der sie später an Wertvorstellungen und Überzeugungen früheren Denkens kettete*“ (Bruch 1980, S.65). Psychoanalytische Ansätze finden sich in dieser Metapher wieder. Traumatische Erlebnisse in der oralen Phase sind nach Ansichten von Psychoanalytikern mit verantwortlich für die Entstehung einer Anorexia Nervosa. Eine gestörte Mutter-Kind- Interaktion kann die orale Fixierung, von der die AnorektikerInnen betroffen sind, hervorrufen. Ist die Mutter in diesem Entwicklungsstadium nicht in der Lage die Anliegen und Wünsche des Kindes richtig zu deuten und zu erfüllen, sowie das Kind dahin zu fördern, Gefühle selbstständig auszudrücken, bleibt das Kind in der Phase stehen (vgl. Bruch 1973 zit. n. Karren 1986, S.57). „*Es lernt*

nicht körperliche Empfindungen und Gefühle zu differenzieren, es entwickelt keine Autonomie- und Identitätsgefühl, es fühlt sich von der Umwelt kontrolliert und kann sich nicht von der Mutter lösen“ (Bruch 1973 zit. n. Karren 1986, S.57). Das kaum ausgebildete Identität und Autonomie stellt vor allem in der Pubertät enorme Schwierigkeiten für das betroffenen Kind dar (vgl. Karren 1986, S.57).

Einige Eltern sind der Überzeugung, dass sie ihre unerfüllten Vorstellungen und Träume auf ihre Kinder projizieren können. Der Druck, diese zu erfüllen, lastet auf den Kindern. Sie planen und strukturieren die Zukunft und bemerken nicht, dass sie dem Kind die Freiheit nehmen, das Leben selbst zu gestalten. Die Kinder lernen nicht ihren Standpunkt zu vertreten und eigenständig Entscheidungen zu treffen. Defizite in der Persönlichkeitsstrukturierung sind die Folge (vgl. Bruch 1980, S.56). Der zunehmende Kontakt mit gleichaltrigen Jungen und Mädchen in der Pubertät ist ihnen kaum möglich. Eine Trennung von den Eltern beweist, dass viele der Betroffenen nicht fähig sind Beziehungen aufzubauen. Daraus kann sich eine totale Abhängigkeit der Kinder von ihren Eltern ergeben, welche für deren Zukunft immense Probleme mit sich bringt. Die Kinder werden von ihren Eltern nicht auf ein selbstständiges Handeln hin erzogen. Die zukünftigen Magersüchtigen können sich nicht vorstellen alleine zu leben und die zahlreichen Herausforderungen und Problemen eines Erwachsenen zu bewältigen. Die Mädchen und Jungen haben große Angst davor alleine zu leben und das Elternhaus zu verlassen und somit auf sich alleine gestellt zu sein. Diese Angstvorstellungen, sowohl von Seiten der Kinder, aber auch von Seiten der Eltern, dass das eigene Kind das Familienheim verlassen wird, kann als auslösender Punkt für die Entstehung der Magersucht gelten. Hierbei handelt es sich nur um die Spitze des Eisberges. Zahlreiche bereits aufgeführte und weitere Faktoren können zu dem Ausbruch der Krankheit führen (vgl. Gerlinghoff u.a. 2000, S.47f.).

Einerseits wollen die Betroffenen Selbstbestimmung und Kontrolle über ihren eigenen Körper mittels der Essstörung, speziell durch den Nahrungsverweigerung bzw.- Minimierung, erlangen, andererseits wird die Abhängigkeit von den Eltern durch die Magersucht vertieft (vgl. Gerlinghoff u.a. 2000, S.48; Stahr 2007, S.65). Ein autonomes Leben können die Essgestörten auf diesem Wege nicht erreichen (vgl. Stahr 2007, S.65).

Die guten Wert- und Zielvorstellungen der Eltern scheinen mehr von „*imaginären Verpflichtungen*“ geprägt zu sein, als von individuellen Wünschen und Emotionen der Kinder (Gerlinghoff u.a. 1988, S.55). Einige der späteren Magersüchtigen werden so erzogen, dass sie es gar nicht in Erwägung ziehen, Forderungen oder Wünsche zu äußern. Sie zeichnen sich durch Widerstandlosigkeit, Folgsamkeit und Rücksichtnahme aus (vgl. Bruch 1980, S. 64). Zum Teil habe sie keine eigenen Wünsche, da bisher immer die Eltern über das vermeintliche Wohlergehen entschieden haben (vgl. Bruch 1980, S.63).

Wenn sich die Erziehung „*nur nach Wertvorstellung richtet wie Leistung, Ordnung, Bildung und Anerkennung und wenn Zuwendung und Liebe manipulativ und dosiert eingesetzt werden, um aus dem Kind einen tüchtigen, wohlgeratenen Menschen zu machen, dann wird Erziehung pathogen*“ (Gerlinghoff u.a. 1988, S.55). Diese Aussage von Gerlinghoff, Backmund und Mai (1988) verdeutlicht, dass die Eltern um das Wohlergehen und die Zukunft ihrer Kinder bedacht sind. Sie wollen, dass ihre Kinder eine gute Ausbildung erreichen. Die Umsetzung ihrer Vorstellungen belastet die Kinder enorm. Die Eltern sind davon überzeugt, dass sie ihren Kindern eine hervorragende Erziehung gewährleistet haben. Diese Überzeugung der Eltern, stimmt nicht mit der Wahrnehmung ihrer Kinder überein (vgl. Bruch 1980, S.47). Die betroffenen Kinder hingegen empfinden die Strukturen der Erziehung als bedrängend und einengend. Sie haben das Gefühl, dass sie permanent gute Leistungen erbringen und Regeln einhalten, sowie jegliche Art von Konflikten verhindern müssen (vgl. Bruch 1980, S.66).

H. Bruch berichtet in diesem Zusammenhang in einer ihrer Publikationen von einem Mädchen, die ihre Position innerhalb der Familie mit einem Spatz in einem goldenen Käfig verglich. Das betroffene Mädchen hatte das Gefühl den Wohlstand, den ihre Eltern ihr schaffen, nicht verdient zu haben. Ihrer Ansicht nach erbrachte sie nicht ausreichend Leistungen, um die Privilegien anzunehmen. Der Spatz in einem Käfig symbolisierte sie als durchschnittliches und gewöhnliches Mädchen in einem luxuriösen Haus. Das Mädchen fühlte sich eingeeengt, bevormundet und ihrer Freiheit beraubt (vgl. Bruch 1980, S.41f.). Weiter führte sie auf, dass der Käfig nur für „*farbenprächtige Vögel gemacht sind, die ihr Gefieder zur Schau tragen und damit zufrieden sind, im Käfig herumzuhüpfen [!]*“ (Bruch 1978, S.42). Sie hingegen sieht sich nicht als einen farbenprächtigen Vogel, sondern als einen einfachen Spatz, der sich in seiner

Umwelt frei umher bewegen möchte ohne in einem Käfig eingesperrt zu sein (vgl. Bruch 1980, S. 42). Die Mädchen und Jungen sind durch ihre Erziehung dahin geprägt, dass sie das Gefühl haben, ihren Eltern bestätigen zu müssen, wie glücklich sie seien, auch wenn dies nicht der Fall ist. Die Leistung und die damit verbundene Anerkennung, die die Eltern sich erarbeitet haben, setzt die Kinder unter enormen Druck. Die Kinder sind dem Gefühl ausgesetzt, dass ihre Eltern hohe Ansprüche an sie stellen, damit sie zukünftig ebenfalls wohlhabend und angesehen sein werden (vgl. Bruch 1980, S.44). Zahlreiche Magersüchtige haben das Gefühl, dass sie den Anforderungen und Erwartungen der Eltern nicht gerecht werden. Sie haben Angst weniger Zuwendung und Liebe von ihren Eltern zu erhalten (vgl. Bruch 1980, S. 58). Ihre gesamte Kindheit versuchen die zukünftigen Magersüchtigen besser als andere zu sein und so zu sein wie andere es möglicherweise von ihnen wünschen. Sie sind unsicher und abhängig von der Anerkennung Außenstehender (vgl. Bruch 1980, S.62).

Ein weiteres gemeinsames Merkmal der Familien ist, dass es an gegenseitigem Verständnis, Meinungs austausch und gegenseitiger Unterstützung, sowie Konfliktbearbeitung mangelt (vgl. Gerlinghoff u.a. 1988, S.44). Diskussionen und Auseinandersetzungen werden auf das Minimum begrenzt, da diese das friedliche Zusammensein und die (scheinbare) Harmonie oder auch „Pseudoharmonie“ stören könnten (vgl. Gerlinghoff u.a. 1988, S.50f.; Fichter 1985 zit. n. Stahr 2007, S.64).

Die Eltern erziehen ihre Kinder mit der Überzeugung, dass sich Streitigkeiten nicht gehören und als vulgär gelten (vgl. Gerlinghoff u.a. 1988, S.51.). Die Eltern erwarten von ihren Kindern „kindliches Verhalten“ abzulegen, das bedeutet unter anderem Widersprüche und Trotzverhalten zu vermeiden (vgl. Bruch 1980, S.51). In diesem Fall entwickeln die Kinder einen Autonomiekonflikt. Sie können sich nicht verbal wehren, da ansonsten der „*Haussegen schiefhängt*“ (Wolfrum 1993, S.38). Die Kinder haben gelernt ihre Wünsche zu unterdrücken und Anmerkungen zu unterlassen. Die Eltern hingegen würden ein Widerstand von Seiten des Kindes als rücksichtslos und undankbar bezeichnen (vgl. Wolfrum 1993, S.38).

Sowohl positive, also auch negative Emotionen werden von den betroffenen Kindern nur in einem geringen Maße ihren Eltern gegenüber geäußert. Vor allem wenn vorhersehbar ist, dass daraus eine von den Eltern nicht geduldete Diskussion

bzw. Meinungsverschiedenheit resultieren könnte (vgl. Gerlinghoff u.a. 1988, S.50f.). Insgesamt scheint das Familienleben durch gewisse Regeln und Bestimmungen geprägt zu sein, die beherrscht und eingehalten werden müssen, damit das Familienleben funktioniert (vgl. Wolfrum 1993, S.29).

Nach M. Gerlinghoff, H. Backmund und N. Mai ist es nicht verwunderlich, dass in Familien, in denen Emotionen als Schwäche gedeutet und Kinder ihre Gefühle unterdrücken, da Meinungsverschiedenheiten und Konflikte nicht geduldet werden, Kinder Krankheiten entwickeln (vgl. Gerlinghoff u.a. 1988, S.51ff.). Dadurch, dass Magersüchtige ihren Hungerbedürfnissen nicht nachgeben, verspüren sie Autonomiegefühle. Sie haben ihren Körper scheinbar unter Kontrolle und beherrschen diesen, wie kein anderen Bereich in ihrem Leben. Auch die Zuwendung von ihren Eltern ist durch die Entstehung der Magersucht erreicht (vgl. Wolfrum 1993, S.39). Besonders in dieser Krankheitsphase berichten viele Betroffene, dass ihnen Aufmerksamkeit und Liebe geschenkt worden ist, nach der sie sich zuvor gesehnt haben. Die Mutter kümmert sich außerordentlich um das kranke Kind, damit dieses wieder zu Kräften kommt und gesund wird. Hier liegt das Problem: die Essstörung vertieft sich, da durch die Krankheit, das Gefühl der Sehnsucht und Liebe von Seiten der Eltern, speziell der Mutter, erfüllt wird (vgl. Wolfrum 1993, S.36).

Trotzdessen ist nicht auszuschließen, dass die Beziehungen zwischen den Eltern und dem Kind durch Liebe und Zuwendung gekennzeichnet sind. Auch findet ein Informationsaustausch zwischen den Familienmitgliedern statt, sodass Gefühle und Gedanken ausgesprochen werden können (vgl. Bruch 1980, S.54).

3.2.2 Familien der psychogen Adipösen

Im Folgenden wird ein Überblick über die Familienstruktur von psychogen Adipösen gegeben. Genau wie bei dem Gliederungspunkt „*Familien von Magersüchtigen*“, handelt es sich bei den folgenden Faktoren um Kriterien, die vermehrt in Familien mit einem übergewichtigen Kind aufgetreten sind. Nicht in jeder Familie mit diesen Charakteristika entwickelt das Kind eine psychogene Adipositas. Es gibt jedoch gewisse Strukturen und Faktoren, die die Entwicklung und Aufrechterhaltung dieser Störung begünstigen können (vgl. Aliabadi u.a. 1985, S.44).

3.2.2.1 Familienstruktur

Auch wenn das Kind, die einzige Person im Familienhaushalt ist, bei der die Diagnose *Fettsucht* gestellt wurde, ist immer der familiäre Rahmen mit zu berücksichtigen, da das Kind für sein Übergewicht nicht alleine verantwortlich gemacht werden kann (vgl. Bruch 1978, S.101 zit. n. Aliabadi 1985, S.45). Zur Gesamtfamilienstruktur ist zuzusagen, dass auch hier die Frau für die Erziehung verantwortlich ist und der Vater hingegen für die finanzielle Versorgung. Schulische und berufliche Leistungen des Kindes werden von ihm sehr hoch geschätzt. Auch in Familien der psychogen Adipösen, verglichen mit denen von Magersüchtigen, wird der Anschein erweckt, dass der Mann der Frau untergeordnet ist (vgl. Bruch 2004, S.94f.). Oftmals nehmen fettsüchtige Kinder in ihrer Familie die Position des jüngsten Kindes ein oder sie sind Einzelkinder (vgl. Aliabadi 1985, S.65; vgl. Bruch 2004, S.92f.).

Trotz der Individualität jeder Familie, konnten auch für die Familien fettsüchtiger Kinder spezifische Familientypen herausgearbeitet werden. Der erste Typ zeichnet sich dadurch aus, dass die Eltern und Geschwistern dem erkrankten Kind ihre Schwierigkeiten und Probleme aufbürden. Das Kind dient als Sündenbock und wird als Rechtfertigungsgrund für eigene Probleme herangezogen. Somit stellt das Kind eine Entlastungsmöglichkeit für die weiteren Familienmitglieder dar, sie können eine Konfrontation mit ihren Schwächen umgehen (vgl. Aliabadi 1985, S. 73-76). Zum besseren Verständnis ein Beispiel: „*Eine unsichere und ängstliche Mutter, die große Angst vor einem dringenden Behördenbesuch hat, sagt, daß [!]sie sich mit ihrem fetten Kind ja kaum irgendwo sehen lassen könnte*“ (Aliabadi 1985, S.74). Wird bei einem Kind die Diagnose Fettsucht festgestellt, findet eine Fokussierung auf das erkrankte Kind statt. Die nicht erkrankten positionieren sich als die Gesunden. Einerseits wollen sie dem Erkrankten bei der Genesung unterstützen, andererseits erscheint ihnen die Fettsucht des Kindes als nützlich. Sobald ein Genesungsprozess einsetzt, werden die vorhandenen Probleme innerhalb der Familie offensichtlich. Die übrigen Familienmitglieder müssen sich mit der Realität konfrontieren, wenn sie sich dazu bereit erklären und die Probleme nicht leugnen (vgl. Aliabadi 1985, S.74f.).

Der zweite Familientyp charakterisiert sich durch Gemeinschaft bzw. Einheit der Familienmitglieder. Sie nehmen an der Krankheit und dem Leid des Kindes teil

und zeichnen sich durch eine selbsterschaffene Weltansicht aus. Die Kinder werden in diese Welt integriert und angepasst. Individualität und ein Abweichen von der Norm wird nicht akzeptiert, um das Gleichgewicht innerhalb der Familie aufrechtzuerhalten. Die Außenwelt wird oftmals als gefährlich betrachtet (vgl. Aliabadi 1985, S.76f.).

Auffällig ist, dass psychogene Adipöse oftmals bei nur einem Elternteil aufwachsen. Alleinstehende berichten häufig von Schuldgefühlen, da ihr Kind nicht in einer Familie, zusammen mit Mutter und Vater leben wird. Ihre Selbstanklagen versuchen sie durch eine Überfütterung und Überhütung ihrer Kinder, zu kompensieren. Ebenfalls leiden besonders Mütter unter Schuldgefühlen, wenn sie einen Beruf ausüben und nicht durchgehend die Zeit mit ihrem Kind verbringen. Auch besteht die Gefahr, dass das Kind für einen alleinstehenden Elternteil als Partnerersatz herhalten muss. Kontakte zu Gleichaltrigen werden dadurch erschwert bzw. unmöglich. Um das Kind bei sich zu halten, werden jegliche Wünsche zu erfüllen versucht. Wenn ein neuer Partner in die Zweierbeziehung tritt, besteht die Gefahr, dass das Kind sich benachteiligt fühlt und Anzeichen einer Fettsucht entwickelt. Unbewusst versucht das Kind mit Hilfe der Fettsucht, die ihm zuvor entgegengebrachte Fürsorge wieder zu erlangen (vgl. Aliabadi 1985, S.78f.).

Aber nicht nur Alleinstehende fördern die Inaktivität ihrer Kinder. Eltern verbinden mit Aktivität und sozialen Beziehungen eine mögliche Trennung. Aufgrund dessen fördern Sie die Inaktivität und verhindern ein sportliches Interesse und vor allem den Aufbau sozialer Kontakte. Unternehmungen finden meistens mit den Eltern statt, damit die Kinder nicht darauf angewiesen sind neue Kinder kennen zu lernen (vgl. Bruch 2004, S.93). Soziale Kompetenzen im Umgang mit Gleichaltrigen können die Kinder nicht erlernen und werden spätestens mit Schuleintritt enormen Anforderungen ausgesetzt sein (vgl. Bruch 1973, S. 69 zit. n. Aliabadi 1985, S.64).

Außerdem unterscheiden Aliabadi und Lehnig neben den Familientypen zwischen drei Muttertypen: die Ich-schwache- Mutter, die dominierende Mutter und die ambivalent eingestellte Mutter (vgl. Aliabadi 1985, S.49-54.; vgl. Bruch 1996, S. 91). Die Ich- schwache- Mutter kennzeichnet sich durch eine selbstanzweifelnde und unsichere Haltung aus. Sie ist bemüht, ihre Ängstlichkeit und Unsicherheit durch behütende Handlungsweisen zu kompensieren (vgl. Aliabadi 1985, S. 50.;

vgl. Bruch 2004, S. 93). In diesem Fall geht es nicht darum, die Bedürfnisse des Kindes zu befriedigen, sondern die Bedürfnisse des Kindes werden nach den Vorstellungen erfüllt, die die Mutter gerade für ihr Baby als erforderlich ansieht. Die dominierende Mutter hingegen ist nicht in der Lage die Bedürfnisse ihres Babys zu verstehen und umgeht diese teilweise (vgl. Aliabadi 1985, S. 50). „*Stimmt das Verhalten des Kindes nicht mit den Vorstellungen der Mutter überein, werden seine Gefühle uminterpretiert*“ (Aliabadi 1985, S.50). Der dritte Muttertyp charakterisiert sich durch fürsorgliches Verhalten, hinter welchem sich jedoch eine aggressive und abweisende Haltung verbirgt. Die zwiespältige Einstellung ihrem Kind gegenüber, erschwert den Beziehungsaufbau. Einerseits liebt sie ihr Kind, andererseits lehnt sie es ab (vgl. Aliabadi 1985, S.51f.). Sigmund Freud bezeichnete diese Struktur als „*Reaktionsbildung*“, bei dem die Mutter die ablehnende Einstellung gegenüber ihrem Kind durch verstärkte Versorgung zu kompensieren versucht (Aliabadi 1985, S. 52).

3.2.2.2 „Krankmachende Faktoren“ innerhalb der Familie

Nicht einzelne Charakterzüge oder Verhaltensauffälligkeiten führen zu einem krankhaften Essverhalten. Ursächlich dafür ist vielmehr eine Störung in der Interaktion und Kommunikation zwischen den einzelnen Familienmitgliedern (vgl. Bruch 2004, S.96).

Untersuchungen zufolge zeichnen sich Familien mit einem fettsüchtigen Kind, nicht durch fehlende bzw. ungenügende Zuwendung und Liebe seitens der Eltern ihren Kindern gegenüber aus. Lebensmittel als Entschädigung für emotionale Vernachlässigung werden kaum eingesetzt. Hingegen konnte von Aliabadi und Lehnig beobachtet werden, dass die späteren Fettsüchtigen von ihren Eltern im Vergleich zu anderen Kindern sehr behütet und geschützt wurden. Gemeinsam ist den drei oben genannten Muttertypen, dass die Mutter eine extreme Überfürsorglichkeit ihrem Kind gegenüber hegt (vgl. Aliabadi 1985, S.49, vgl. Bruch 2004, S.99). Die Eltern sind sich den Grenzen der Fürsorge für ihr Kind selten bewusst. Beispielsweise erzeugt die Ich- schwache Mutter eine Mutter-Kind- Interaktion, die den Aufbau einer Bindung zwischen Mutter und Kind erschwert, da die Mutter die Wünsche ihres Kindes nicht wahrnimmt und explizit auf diese eingeht. Schreie oder anderweitige Äußerungen des Kindes werden von ihr verstärkt als Hungergefühl interpretiert und dementsprechend mit Nahrung

gestillt. Weitere Bedürfnisse des Kindes werden in den Hintergrund gedrängt. Die Mutter übernimmt jegliche Entscheidungen für das Wohlergehen ihres Kindes. Auch zukünftig sollen negative Gefühle des Kindes durch die Mutter oder jemand anderen gelöst werden. Werden die negativen Gefühle nicht gelöst, zieht der später Erkrankte das Essen als Befriedigung in Betracht, wie zuvor die Mutter, die die Bedürfnisse ihres Kind unangemessen mit Nahrung gestillt hat.

Der zweite Muttertyp ist ebenfalls um das Kind bemüht, aber auf eine dominante Art und Weise, die sich ebenfalls negativ auf die Entwicklung auswirken kann. Durch die permanenten Anweisungen und Unterdrückungen hindert sie das Kind in seiner Entwicklung Selbstständigkeit und vor allem Selbstbewusstsein zu entwickeln. Sie weist das Kind zurecht ohne auf die Wünsche des Kindes einzugehen (vgl. Aliabadi u.a. 19985, S. 49f.). Diese Interaktion ist jedoch nicht als böse Absicht der Mutter zu interpretieren, hierbei handelt es sich um „*natürliche Mutterliebe*“, die sich der negativen Folgen für ihr Kind nicht bewusst ist (Aliabadi u.a. 1985, S. 51).

Die ambivalent eingestellte Mutter versucht ihre negativen Gefühle durch Reaktionsbildung zu verdrängen. Sie überfüttert ihr Kind, um eine Bestärkung in ihrer Fürsorge zu erhalten und ihre aggressiven und ablehnenden Gefühle zu überspielen (vgl. Aliabadi 1985, S.52). Die Nahrung bekommt für das Kind jedoch einen nicht vertretbaren Stellenwert- „*es steht dann als Ersatz für Liebe, Sicherheit und Befriedigung*“ (Aliabadi 1985, S.53). Die Anstrengungen der Mutter, um ihre negativen Gefühle zu kompensieren, gehen soweit, dass sie die Entwicklung ihres Kindes hemmt. Sie übernimmt im Kindesalter noch Aufgaben wie Körperwäsche, Haare kämmen, sowie die Fütterung ihres Kindes, wobei andere Kinder längst Selbstständigkeit in diesen Bereichen erlangt haben. Selbstverständlich sind Kinder individuell und sollten nicht miteinander verglichen werden, jedoch gibt es bestimmte entwicklungspsychologische Rahmenbedingungen, die Kinder durchlaufen müssen. Die vollständige Abhängigkeit von der Bezugsperson ist nicht förderlich für die zukünftige Entwicklung des Kindes, da unselbstständiges Handeln beim Kind Schwierigkeiten hervorrufen wird (vgl. Aliabadi 1985, S.53; vgl. Bruch 2004, S. 89f.)

Als alleinerziehender Vater übernimmt dieser zahlreiche Aufgaben der Mutter und kann somit ebenfalls die beschriebenen Muster in sein Verhalten unbewusst

integrieren. Die *Muttertypen* sind nicht geschlechtsabhängig, sie sind auf die jeweiligen Position der Elternteile zurückzuführen (vgl. Aliabadi 1985, S.58; vgl. Bruch 2004, S. 93).

Die drei Muttertypen zeichnen dadurch aus, dass sie ihre Kinder, alle auf eine andere Art und Weise, verwöhnen. Bis zu einem gewissen Grad ist am Verwöhnen des Kindes nichts auszusetzen. Im Kleinkindalter ist es jedoch notwendig, dass Kinder von ihren Eltern lernen, dass das gemeinschaftliche Zusammenleben durch Geben und Nehmen bestimmt ist. Kinder sollten ein Interesse dafür entwickeln, selbstständig agieren zu können und bei Misserfolgen nicht aufzugeben. Stattdessen sollen sie aus Fehlern lernen. Eltern leisten Hilfestellungen, sobald ihre Kinder bestimmte Aufgaben nicht allein bewältigen können. Besonders, die Eltern von psychogenen Adipösen übernehmen Tätigkeiten, die die Kinder bereits ohne Unterstützung ausführen könnten. Ihre Leistungsfähigkeit auszutesten und das Gefühl schätzen zu lernen, aus eigener Kraft etwas hergestellt zu haben, ist den meisten betroffenen Kindern unbekannt. Selbstverständlich ist hierbei Rücksicht auf das entsprechende Alter des Kindes und die damit verbundenen Leistungsmöglichkeiten zu nehmen (vgl. Aliabadi 1985, S.54f.). Zukünftig mangelt es den Betroffenen an selbstständigen Handeln und Ausdauerfähigkeit. In der Interaktion mit sozialen Kontakten, werden Probleme auftreten, da der Gegenüber in der Regel nicht die Rolle der verwöhnenden Eltern einnehmen wird. Der Erkrankte wird auf Widerstand und Ablehnung stoßen. Die Tatsache, dass Andere sie permanent unterstützen und behüten sollen, wird von den ihnen als gegeben und selbstverständlich angesehen (vgl. Aliabadi 1985, S. 56). Spätestens im Erwachsenenalter, wenn von den Erkrankten Eigenständigkeit erwartet wird, werden Schwierigkeiten, Ängste und Überforderungen den Alltag bestimmen. Fremde und neue Umstände sind stark mit Selbstunsicherheit und Angstgefühlen besetzt. Da in der Kindheit jegliche Anstrengungen durch den Beistand der Eltern gemeistert wurden, verlieren die Betroffenen schnell das Interesse an Herausforderungen und verfallen in einen Zustand der Resignation. Minderwertigkeits- und Abhängigkeitsgefühle treten auf, da die angestrebten Leistungen selbstständig kaum erreicht werden können (vgl. Aliabadi 1985, S. 56). Die Passivität seitens des Kindes ist durch eine verwöhnende Erziehung geprägt, wie bereits bei den Muttertypen beschrieben wurde. Das Essen nimmt bei

den Erkrankten die Funktion zur Ersatzbefriedigung, Angstbewältigung und Wunschstillung ein (vgl. Aliabadi 1985, S.60).

Neben dem verwöhnenden Erziehungsstil, gibt es auch psychogene Adipöse, die eine sehr strenge und autoritäre Erziehung erfahren haben. Um den Druck von Seiten der Eltern zu kompensieren, verwöhnen sich die Betroffenen mit Süßigkeiten und größeren Essensportionen. In diesen Familien wird oftmals auch der Nahrungsentzug als Bestrafung von den Eltern angewandt, sei es, dass die Kinder eine komplette Mahlzeit auslassen müssen bzw. Süßigkeiten und Knabbereien für Zwischendurch verboten werden. Besteht die Möglichkeit zu essen, schlingen sie mehr als nötig in sich hinein (vgl. Aliabadi 1985, S.61).

Verglichen mit den Patienten der Magersucht wird auch hier der Anschein erweckt, dass die Mutter und der Vater Schuld an der Entstehung der Fettsucht ihres Kindes sind. Es geht nicht darum, einen Schuldigen zu finden. Die Mutter und der Vater beabsichtigen in der Regel nur das Beste für ihr Kind, auch wenn dies nicht immer das Beste für die Entwicklung des Kindes ist. Innerpsychische Problemlagen der Eltern führen dazu, dass sie diese unbewusst auf das Kind projizieren und mit diesem zu bewältigen versuchen. Bei der Entwicklung einer Fettsucht besteht immer ein Geflecht von mehreren Beteiligten. Dem Kind, als auch den Eltern ist nicht die alleinige Verantwortung für die Entstehung der psychogenen Adipositas zu geben.

Besonders Mütter, welche auch heute noch vermehrt für die Erziehung der Kinder verantwortlich sind, müssen sich sowohl auf ihre Karriere und als auch auf die Erziehung der Kinder konzentrieren. Selbstverständlich ist in den ersten Jahren die Entwicklung des Kindes im Vordergrund zu stellen, aber sobald die Krippen bzw. Kindergartenzeit eintritt, sollte die Mutter stundenweise loslassen können. Fixiert sie sich zu stark auf die Erziehung des Kindes, lässt sie dem Kind kein Freiraum und es entwickelt sich eine Abhängigkeit voneinander, die die Entwicklung des Kindes negativ beeinträchtigt (vgl. Aliabadi 1985, S.62f.). Vor allem Einzelkinder oder die jüngsten Kinder nehmen eine besondere Position innerhalb der Familie ein. Einzelkinder stehen von Anfang im Mittelpunkt und müssen sich nicht mit Geschwistern und dazugehörigen Konflikten auseinandersetzen, welches für die persönliche Entwicklung jedoch keine negativen Auswirkungen hätte, sondern eher als förderlich angesehen wird (vgl. Aliabadi 1985, S.65f.). Das Fehlen der Geschwister kann dahin führen, dass sich

das Einzelkind an den Eltern misst. Das Kind nimmt nicht altersgerechte Charakterzüge an, welche den Kontakt zu Gleichaltrigen nochmals erschwert. Durch den permanenten Kontakt und Unterstützung durch die Erwachsenen wird das Kind schwer Selbstständigkeit erlernen, sowie Autonomiegefühle, Ich- Stärke und Eigeninitiative entwickeln können (vgl. Aliabadi 1985,S.66; vgl. Bruch 2004, S.99). Durch das Essen werden Einsamkeitsgefühle zu unterdrücken bzw. zu kompensieren versucht.

Das jüngste Kind hingegen begleitet oftmals das Gefühl sein Können unter Beweis zu stellen zu müssen und mit seinen Geschwistern zu rivalisieren. Einige Kinder scheitern an diesem Vorhaben, da sie ihre Maßstäbe an den älteren Geschwistern ansetzten und somit zu hoch anlegen. Das Scheitern kann aber auch an dem verwöhnenden Erziehungsstil begründet werden (vgl. Aliabadi 1985, S. 67f.).

Nicht allein der Erziehungsstil kann die Entstehung der Fettsucht begründen. Die Interaktionsmuster, sowie Umgangs- und Beziehungsstrukturen innerhalb der Familie sind ebenfalls grundlegend für das Verständnis (vgl. Aliabadi 1985, S. 70). Besonders berücksichtigt werden hierbei die *„unbewußten [!] Bestrebungen der einzelnen Familienmitglieder und die Reaktionen, die darauf folgen“* (Aliabadi 1985,S.70). Auch die Eltern der psychogen Adipösen stellen Anforderungen, sowie Erwartungen an ihre Kinder im Bezug auf ihre Zukunft. Inwieweit das Kind letztendlich diesen Anforderungen und Erwartungen gerecht wird, sollte diesem überlassen sein. Die eigenen Interessen, Wünsche und Hoffnungen werden oftmals dem Kind aufgelegt ohne dessen Zukunftspläne mit einzubeziehen. Das fettsüchtige Kind ist dazu erkoren worden, die Misserfolge und Frustrationen der Eltern wieder gut zu machen. Die individuelle Entwicklung des Kindes wird in den Hintergrund gerückt und nicht beachtet (vgl. Bruch 2004, S.96, vgl. Aliabadi 1985, S.71). Entweder die Kinder gehen den vorbestimmten Weg oder sie werden mit allen Mittel versuchen gegen die Ideen der Eltern anzukämpfen (vgl. Aliabadi 1985,S.71)

Viele Eltern wünschen sich für ihre Kinder eine bessere Zukunft, welcher mit einem sozialen Aufstieg verbunden ist. Es sind nicht die Wunschvorstellung der Kinder, sondern die der Eltern, die umgesetzt werden sollen. Zuviel Freiheit bedeutet demensprechend eine Abkehr von den Eltern und eine kontraproduktive Entwicklung, die den Vorstellungen des Kindes entsprechen könnten und nicht

die der Eltern. Die bisher aufgeführten Merkmale sind häufig in Familien mit Fettsüchtigen aufzufinden. Sie sind hohen Anforderungen ausgesetzt, die sie nicht immer bewältigen können (vgl. Aliabadi 1985, S.72). Durch die verwöhnende Erziehung, „ziehen sie nicht in Betracht,, daß[!] auch sie Leistungen nur durch ständiges Bemühen erzielen können“ (Aliabadi 1985, S.73). Hier entsteht ein Widerspruch im Erziehungsstil. Einerseits werden fettsüchtige Kinder verwöhnt und arg behütet und andererseits sollen sie im Laufe ihrer Entwicklung den hohen Leistungsanforderungen der Eltern gerecht werden, ohne zuvor auf selbstständiges und unabhängiges Handeln vorbereitet zu werden. Minderwertigkeitsgefühle entstehen, wenn die erreichten Leistungen nicht mit den erhofften Ergebnissen übereinstimmen. Enttäuschende Situationen führen zu einer vermehrten Nahrungszufuhr. Demnach werden die die negativen Gefühle versucht mit Essen auszugleichen (vgl. Aliabadi 1985, S.72f.).

4 Fazit

In der Bachelorarbeit habe ich mich mit Möglichkeiten und Grenzen der Ernährungserziehung für die Entwicklung bzw. Prävention von Essstörungen auseinandergesetzt. Insgesamt handelt es sich bei dem Bereich *Essstörungen*, um ein sehr komplexes und vielfältiges Thema. In der Arbeit, die thematisch sehr eingegrenzt ist, konnten somit nur einige wichtige Punkte bearbeitet und angeschnitten werden. Rückblickend ergaben sich vor allem Probleme bei der Bearbeitung des Schwerpunktes „*Familie der psychogenen Adipösen*“. Die Begriffsbestimmung scheint bei psychogenen Adipösen in der Literatur nicht einheitlich vollzogen zu werden, wie bereits in der Einleitung formuliert wurde. Außerdem habe ich kaum Literatur zu diesem Thema finden können. Aufgrund dessen habe ich mich bei der Bearbeitung lediglich auf die Autorin H. Bruch und C. Aliabadi u.a. gestützt. Es scheint, dass diese Art der Essstörung in der Forschung, verglichen mit den typischen Essstörungen, weniger Interesse geschenkt wird.

Insgesamt konnte ich die in der Einleitung formulierte Frage aus den mir vorliegenden wissenschaftlichen Arbeiten und Ergebnissen hinreichend beantworten. Auch die Antworten, der von mit angeschriebenen Therapeuten, konnte ich gut in meine Arbeit integrieren und zur Unterstützung bzw.

Widerlegung meiner These heranziehen. Das Thema der Arbeit bezog sich auf Kinder und Jugendliche. Während der Bearbeitung musste ich feststellen, dass Essstörungen eher für das Jugendalter typisch sind, hingegen nicht für das Kindesalter. Dass schließt jedoch nicht aus, dass Essstörungen bereits im Kindesalter auftreten können.

Als Resultat der Bachelorarbeit halte ich fest, dass die Ernährungserziehung Möglichkeiten beinhaltet, die zur Prävention von Essstörung beitragen. Besonders die Themenpunkte „*Mutter- Kind- Interaktion beim Füttern*“ und „*Vermeidung von Diätverhalten*“ stellen zwei Möglichkeiten zur Prävention von Essstörungen dar. Das primäre Ziel der Ernährungserziehung im Säuglingsalter ist das Erlernen der Hungerwahrnehmung- und Differenzierung. Diesbezüglich ist der Ernährungserziehung einen hohen Stellenwert zu zumessen. Die Differenzierungsfähigkeit zwischen Hungergefühlen und emotionalen Bedürfnissen wird im Kontakt zur Mutter erlernt. Es ist von Bedeutung, dass die Mutter ihr Verhalten auf das Kind ausrichtet und seine Bedürfnisse angemessen befriedigt. Ebenfalls von großer Bedeutung zur Prävention von Essstörungen ist die Vermeidung von Diäten. Dem Kind sollte eine gesunde Einstellung gegenüber Diäten und Abmagerungskuren vermittelt werden. Diäten stellen einen Risikofaktor bei der Entstehung von Essstörungen dar. Da die Eltern die Position eines Vorbildes inne haben, erscheint es mir sehr wichtig, dass diese selbst eine kritische Einstellung gegenüber Diäten vertreten. Allein die Ernährungserziehung reicht aber nicht aus, um die Entwicklung einer Essstörung vorzubeugen, wie bei dem Themenschwerpunkt „*Grenzen der Ernährungserziehung*“ deutlich wurde. Hierbei handelt es sich um eine Möglichkeit, die nur im Zusammenspiel mit weiteren Faktoren effektiv sein kann. Den innerfamiliären Beziehungen ist eine größere Bedeutung zu zumessen. Auffällig war, dass sowohl bei den Magersüchtigen, als auch bei den psychogen Adipösen „*Muttertypen*“ beschrieben wurden, die in zahlreichen betroffenen Familien auftreten. Festzuhalten ist: sind die Beziehungen und Interaktionen nicht gestört und ermöglichen dem Kind eine gesunde und altersgerechte Entwicklung, in der das Kind Selbstbewusstsein, Autonomiegefühle, Ich-Stärke und eine eigene Identität ausbilden kann, dann kann die Ernährungserziehung unterstützend zur Prävention von Essstörungen beitragen. Das Kind wird in der Pubertät auf die Anforderungen vorbereitet sein, auch was den Bereich Medienbeeinflussung angeht. Trotz

präventiver Möglichkeiten, besteht immer noch die Möglichkeit, dass das Kind eine Essstörungen entwickelt. Um die Entstehung einer Essstörung verstehen zu können, müssen neben den familiären Ursachen, auf die ich mich in dieser Arbeit konzentriert habe, gesellschaftliche, soziokulturelle und biologische Faktoren betrachtet werden. Das Ziel der Arbeit bestand jedoch nicht darin, die Ursachen einer Essstörung zu beleuchten, sondern einen Zusammenhang zwischen Ernährungserziehung und Essstörungen innerhalb der Familie aufzuzeigen. Eine Frage, die sich mir während des Schreibens stellte, ist, ob es Möglichkeiten gäbe, wie die „*krankmachenden Strukturen innerhalb der Familie*“, die besonders in der Kindheit tiefgreifende Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes haben, abgelegt bzw. minimiert werden könnten. Eine Antwort auf diese Frage, habe ich in diesem Kontext nicht erarbeiten können. Es erweist sich als Schwierigkeit, dass sich die Familien von Essgestörten kaum von anderen Familien unterscheiden. Dazu sind sie sich ihrer Fehler nicht bewusst. Die Eltern wollen in der Regel nur das Beste für ihr Kind erreichen. Die Probleme aufzudecken und eine Verhaltensänderung zu erzielen, findet meist erst in der Therapie statt. In diesem Zusammenhang, ist es sehr wichtig, dass erste Anzeichen eines gestörten Essverhaltens durch die Eltern erkannt und wahrgenommen werden, um eine Manifestation einer Essstörung verhindern zu können. Eine primäre Prävention ist immer erstrebenswert, aber auch das rechtzeitige Handeln bei ersten Warnzeichen. Somit können Strukturen und Rollen innerhalb der Familie bearbeitet und neu gestaltet werden.

Quellenverzeichnis

Literaturquellen

- Aliabadi, Christiane/Lehnig, Wolfgang (1985): Wenn Essen zur Sucht wird. Ursachen Erscheinungsformen und Therapie von Essstörungen. 3.Auflage. München: Kösel
- Bettelheim, B.,(1971): Liebe allein genügt nicht. Stuttgart: Klett-Cotta
- Bruch, Hilde (1980): Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht. 2. Auflage. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag
- Bruch, Hilde (2004): Essstörungen. Zur Psychologie von Übergewicht und Magersucht. 9. Auflage. Frankfurt a.M: Fischer Taschenbuch Verlag
- Cash, T.F./Deagle E.A. (1997): The nature and extent of body- image disturbance in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta- analysis. International Journal of Eating- Disorders, 22, p: 107- 125
- Diedrichsen, Iwer (1990): Ernährungspsychologie. Berlin: Springer
- Diedrichsen, Iwer (1993): Ernährungsberatung. Psychologische Basiskonzepte. Göttingen: Verlagsgruppe Hogrefe
- Fichter, Manfred (1985): Magersucht und Bulimia. Empirische Untersuchungen zur Epidemiologie, Symptomatologie, Nosologie und zum Verlauf. Berlin u.a.: Springer Verlag
- Gerlinghoff, Monika/Backmund, Herbert/Mai, Norbert (1988): Magersucht. Auseinandersetzung mit der Krankheit. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Gerlinghoff, Monika/Backmund, Herbert (2000): Was sind Essstörungen. Ein kleines Handbuch zur Diagnose, Therapie und Vorbeugung. Weinheim u.a.: Beltz Verlag
- Haslam, David (2000): Jedes Kind will Essen. Wie man den täglichen Kampf bei Tisch vermeidet. München: Beust
- Karren, Ulrike (1986): Die Psychologie der Magersucht. Erklärung und Behandlung von Anorexia Nervosa. Bern u.a.: Verlag Hans Huber
- Leitzmann, Claus/Müller, Claudia/ Michel Petra/Brehme, Ute/Triebel, Tamar/Hahn, Andreas/Laube, Heinrich (2009): Ernährung in Prävention und

- Therapie. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Hippokrates Verlag
- Minchuin, S./Fishman, H.C. (1983): Praxis der strukturellen Familientherapie. Freiburg: Lambertus Verlag
- Paulitsch, Klaus (2009): Grundlagen der ICD- 10- Diagnostik. Wien: Facultas Verlags- und Buchgesellschaft
- Pudel, Volker (2002): So macht Essen Spaß. Ein Ratgeber für die Ernährungserziehung von Kindern. Weinheim u.a.: Beltz Taschenbuchverlag
- Pudel, Volker/Westenhöfer, Joachim (1991): Ernährungspsychologie. Eine Einführung. Göttingen u.a.: Verlagsgruppe Hogrefe
- Reich, Günther/Killius, Ute/Götz-Kühne, Cornelia (2004): Essstörungen. Magersucht. Bulimie. Binge-Eating. Stuttgart: Trias Verlag
- Salbach- Andrae, Harriet/Jacobi, Corinna/Jaite, Charlotte (2010): Anorexia und Bulimia nervosa im Jugendalter: Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Weinheim u.a.: Beltz Psychologie Verlags Union
- Saß, Henning/Wittchen, Hans- Ulrich/Zaudig, Michael/Houben, Isabel (2003): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. Textrevision. DSM- IV-TR. Göttingen u.a.: Hogrefe Verlag
- Schenk- Danzinger (2006): Entwicklungspsychologie. 2.Auflage. Wien: G&G Verlagsgesellschaft
- Simchen, Helga (2010): Essstörungen und Persönlichkeit. Magersucht, Bulimie und Übergewicht. Warum Essen und Hungern zur Sucht werden. Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Simon, F.B./Stierlin, H. (1984): Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular. Stuttgart: Klett- Cotta
- Sperling, E./Massing, A./Georgi,H./Reich, G./Wöbbe-Mönks,E. (1982): Die Mehrgenerationen- Familientherapie. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
- Stahr, Ingeborg/Barb- Priebe, Ingrid/Schulz, Elke (2007): Essstörungen und die Suche nach Identität. Ursachen, Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten. 4.Auflage. Weinheim u.a.: Juventa Verlag
- Vocks, Silja/ Lebenbauer, Tanja (2010): Körperbildtherapie bei Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa. Ein kognitiver- verhaltenstherapeutisches

Behandlungsprogramm. 2., aktualisierte Ausgabe. Göttingen u.a.: Hogrefe Verlag

Wulfrum, Christine/Papenfuss, Heike (1993): Wenn die Seele nicht satt wird. Wege aus der Magersucht. Düsseldorf: Patmos- Verlag

Internetquellen

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA- Broschüren) (2010):

Essstörungen. Was ist das?.

⟨<http://www.bzga-essstoerungen.de/index.php?id=165>⟩

Zugriff:03.05.2011

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2010): Übergewicht.

⟨<http://www.bzga-essstoerungen.de/index.php?id=112>⟩

Zugriff: 03.05.2011

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2011):

Kapitel IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90).

⟨<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/block-e65-e68.htm>⟩ Zugriff: 06.05.2011

Fachstelle für Suchtprävention: Anorexia nervosa /Magersucht.

⟨<http://www.vivid.at/de/wissen/verhaltenssuechte/anorexia/>⟩

Zugriff: 18. 06.2011

Klinik am Korso- Fachzentrum für gestörtes Essverhalten. ⟨<http://www.klinik-am-korso.de/ueber-uns.html>⟩

Zugriff:03.05.2011

Klinik am Korso- Fachzentrum für gestörtes Essverhalten. Kennzeichen

Adipositas /Übergewicht: ⟨<http://www.klinik-am-korso.de/?id=590>⟩

Klinik am Korso- Fachzentrum für gestörtes Essverhalten. Adipositas/

Übergewicht / Fettsucht:

⟨http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/klinik_am_korso/ueber-essstoerungen/adipositas/⟩ Zugriff: 20.06.2011

Auskünfte von Fachleuten

Frau S. Brunner, Heilpraktikerin für Psychotherapie und Systemische Beraterin,
Mainzer Straße 54, 12053 Berlin,

Frau U. Rapp, Heilpraktikerin für Ernährung und energetische Psychotherapie,
Bülowstraße 66, 10783 Berlin

Herr P. Küfer, Heilpraktiker, Psychologischer Berater, Kursleiter Autogenes
Training, Widerholtplatz 2, 73230 Kirchheim

Herr A.A. Noll, Prof.(Uni. Chengdu/China)/Heilpraktiker, Nachodstraße 7, 10779
Berlin // Schützenstraße 8, 80335 München

Anhang

Im folgenden wird die Vorgehensweise der leidfadengestützten Befragung beschrieben, die ich für die Bearbeitung meiner Bachelorarbeit durchgeführt habe. Durch die schriftliche Befragung hatte ich mir erhofft, aktuelle Ansichten und Kritiken in die Bachelorarbeit zu integrieren, da die Literatur zu dem Thema zum Teil schon sehr veraltet ist.

Bei den angeschriebenen Personen handelt es sich um Therapeuten aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen. Insgesamt wurden 30 Therapeuten aus dem gesamten Bundesgebiet angeschrieben. Mittels der Online-Recherche stellte die Suche nach Therapeuten kein Problem dar. Das einzige Kriterium bei der Auswahl der Therapeuten war, dass diese berufliche Erfahrung mit Essgestörten haben. Durch die jeweiligen Homepages habe ich die Behandlungsschwerpunkte der Therapeuten feststellen und in Erfahrung bringen, ob es sich um einen potenziellen Teilnehmer handelt.

Die schriftliche Befragung erfolgte in drei Etappen. Zwanzig E-Mails wurden Mitte und Ende April 2011 und zehn im Mai 2011 versendet. Ein Anschreiben wurde in der E-Mail verfasst und im Anhang wurden die Fragen als PDF-Datei mitgesendet. Bereits im Anschreiben verwies ich darauf, dass es sich um eine Befragung für eine Bachelorarbeit im Sommersemester 2011 handle. Außerdem verfasste ich einige Eckdaten zu meiner Person, zu meinem Studium und zum Thema meiner Arbeit. Auch bat ich darum, Bescheid zu geben, wenn kein Interesse an der Teilnahme bestehe.

Insgesamt haben mir vier Therapeuten ausführlich die Fragen beantwortet, dazu gehören: Frau Brunner: Heilpraktikerin für Psychotherapie und Systemische Beraterin, Frau Rapp: Heilpraktikerin für Ernährung und energetische Psychotherapie, Herr Noll: Professor an der Universität Chengdu in China und Heilpraktiker, sowie Herr Küfer: Heilpraktiker, Psychologischer Berater und Kursleiter für Autogenes Training. Die eben genannten Therapeuten haben mir innerhalb einer Woche, nach Versendung der E-Mail, geantwortet. Sieben Therapeuten teilten mit, dass sie aufgrund zeitlicher Engpässe die Fragen nicht beantworten können und die Restlichen haben nicht auf meine E-Mail reagiert.

Die Antworten der Befragten haben sich geähneln, aber jeder Therapeut hat einen anderen Schwerpunkt bei der Beantwortung der Fragen gelegt.

Die erste Frage *„Entspricht es Ihren Erfahrungen, dass Eltern Essstörungen bei ihren Kindern vorbeugen können, wenn ein gesundes Essverhalten vorgelebt wird, ohne Zwang und Druck bei der Nahrungsaufnahme?“* wurde von Herr Noll mit „Ja“ beantwortet. Genau wie von Frau Brunner und Frau Rapp. Alle drei stehen vor allem dem Diätverhalten der Eltern kritisch gegenüber. Die Eltern haben eine Vorbildfunktion auszuführen und dementsprechend sollten Diäten innerhalb einer Familie vermieden werden, da die zu Essstörungen führen können, wie in der Bachelorarbeit beschrieben. Zu einem gesunden Essverhalten gehört kein Diätverhalten. Auch vertreten sie die Meinung, dass Zwang und Druck bei der Nahrungsaufnahme vermieden werden sollten. Herr Küfer hat deutlich gemacht, dass er die Ernährungserziehung als wichtig für eine gesunde Entwicklung hält, aber nicht als eine Möglichkeit der Prävention von Essstörungen ansieht. Bei der Frage: *„Inwieweit fördert Essen aus Ihrer Sicht als Belohnung, Beruhigung oder Strafe die Entwicklung eines gestörten Essverhaltens?“* unterscheiden sich die Meinungen der weiblichen Befragten von den männlichen Antworten. Frau Rapp und Frau Brunner sehen in diesem Verhalten eine Gefahr für ein gestörtes Essverhalten, Herr Noll und Herr Küfer sehen generell in der Belohnungsmethode kein schwerwiegendes Problem.

Insbesondere Frau Brunner und Frau Rapp haben der Ernährungserziehung als Präventionsmöglichkeit eine hohe Bedeutung zu gemessen, wobei auch sie darauf verwiesen haben, dass das Zusammentreffen mehrerer Ursachen für die Entstehung einer Essstörung verantwortlich sind. Auch Herr Noll spricht dem Ernährungsverhalten im Familienkreis bei der Entwicklung von Essstörungen einen hohen Stellenwert zu, wobei er nicht unmittelbar den Begriff der Ernährungserziehung verwendet. Wie bereits erwähnt, sieht Herr Küfer die Ernährungserziehung als wichtig für eine gesunde Entwicklung an, aber nicht als vorbeugende Möglichkeit von Essstörungen.

Da die detaillierten Antworten bereits im Hauptteil der Bachelorarbeit integriert wurden, sind diese hier nicht weiter aufgeführt. Der versandte Fragebogen ist anstehend zu finden.

Bachelorarbeit SS 2011, Thema: *Die Bedeutung der Ernährungserziehung in der Familie für die Entwicklung bzw. Prävention von Essstörungen im Kindes- und Jugendalter*

Im folgenden Semester werde ich eine Bachelorarbeit zu dem oben aufgeführten Thema schreiben.

Um auch Meinungen und Ansichten von Professionellen aus der Praxis in die Bachelorarbeit integrieren zu können, würde ich mich sehr darüber freuen, wenn Sie mir Ihren Standpunkt zum Thema Ernährungserziehung innerhalb der Familie zur Vorbeugung von Essstörungen mitteilen würden.

Ich werde der Frage nachgehen, welche *Möglichkeiten und Grenzen eine altersgerechte Ernährungserziehung zur Vorbeugung einer Essstörung in der Entwicklung des Kindes bzw. bei Jugendlichen darstellt.*

Entspricht es Ihren Erfahrungen, dass Eltern Essstörungen bei ihren Kindern vorbeugen können, wenn ein gesundes Essverhalten vorgelebt wird, ohne Zwang und Druck bei der Nahrungsaufnahme? Inwieweit fördert Essen aus Ihrer Sicht als Belohnung, Beruhigung oder Strafe die Entwicklung eines gestörten Essverhaltens?

Insgesamt würde ich gerne wissen, welchen Stellenwert Sie dem Ernährungsverhalten im Familienkreis bei der Entwicklungen von Essstörungen beimessen?

Über eine kurze Antwort von Ihnen zu diesem Thema wäre ich sehr dankbar. Wenn Sie nicht damit einverstanden sind, dass ich Sie namentlich nenne, teilen Sie mir das bitte mit.

Mit freundlichen Grüßen

Anne Machon

Erklärung des Verfassers

Die vorliegende Arbeit habe ich selbstständig verfasst und keine als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt.

Kassel, den

Unterschrift