

## Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Bachelor-Arbeiten

Die auf dem Dokumentenserver der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern (ZHB) gespeicherten und via Katalog IDS Luzern zugänglichen elektronischen Bachelor-Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit dienen ausschliesslich der wissenschaftlichen und persönlichen Information.

Die öffentlich zugänglichen Dokumente (einschliesslich damit zusammenhängender Daten) sind urheberrechtlich gemäss Urheberrechtsgesetz geschützt. Rechtsinhaber ist in der Regel<sup>1</sup> die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Vorschriften verantwortlich.

Die Nutzungsrechte sind:

- Sie dürfen dieses Werk vervielfältigen, verbreiten, mittels Link darauf verweisen. Nicht erlaubt ist hingegen das öffentlich zugänglich machen, z.B. dass Dritte berechtigt sind, über das Setzen eines Linkes hinaus die Bachelor-Arbeit auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen (Online-Publikation).
- Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers bzw. der Autorin/Rechteinhaberin in der von ihm/ihr festgelegten Weise nennen.
- Keine kommerzielle Nutzung. Alle Rechte zur kommerziellen Nutzung liegen bei der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, soweit sie von dieser nicht an den Autor bzw. die Autorin zurück übertragen wurden.
- Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Allfällige abweichende oder zusätzliche Regelungen entnehmen Sie bitte dem urheberrechtlichen Hinweis in der Bachelor-Arbeit selbst. Sowohl die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit als auch die ZHB übernehmen keine Gewähr für Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der publizierten Inhalte. Sie übernehmen keine Haftung für Schäden, welche sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben. Die Wiedergabe von Namen und Marken sowie die öffentlich zugänglich gemachten Dokumente berechtigen ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Marken im Sinne des Wettbewerbs- und Markenrechts als frei zu betrachten sind und von jedermann genutzt werden können.

Luzern, 16. Juni 2010

Hochschule Luzern  
Soziale Arbeit



Dr. Walter Schmid  
Rektor

---

<sup>1</sup> Ausnahmsweise überträgt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit das Urheberrecht an Studierende zurück. In diesem Fall ist der/die Studierende Rechtsinhaber/in.

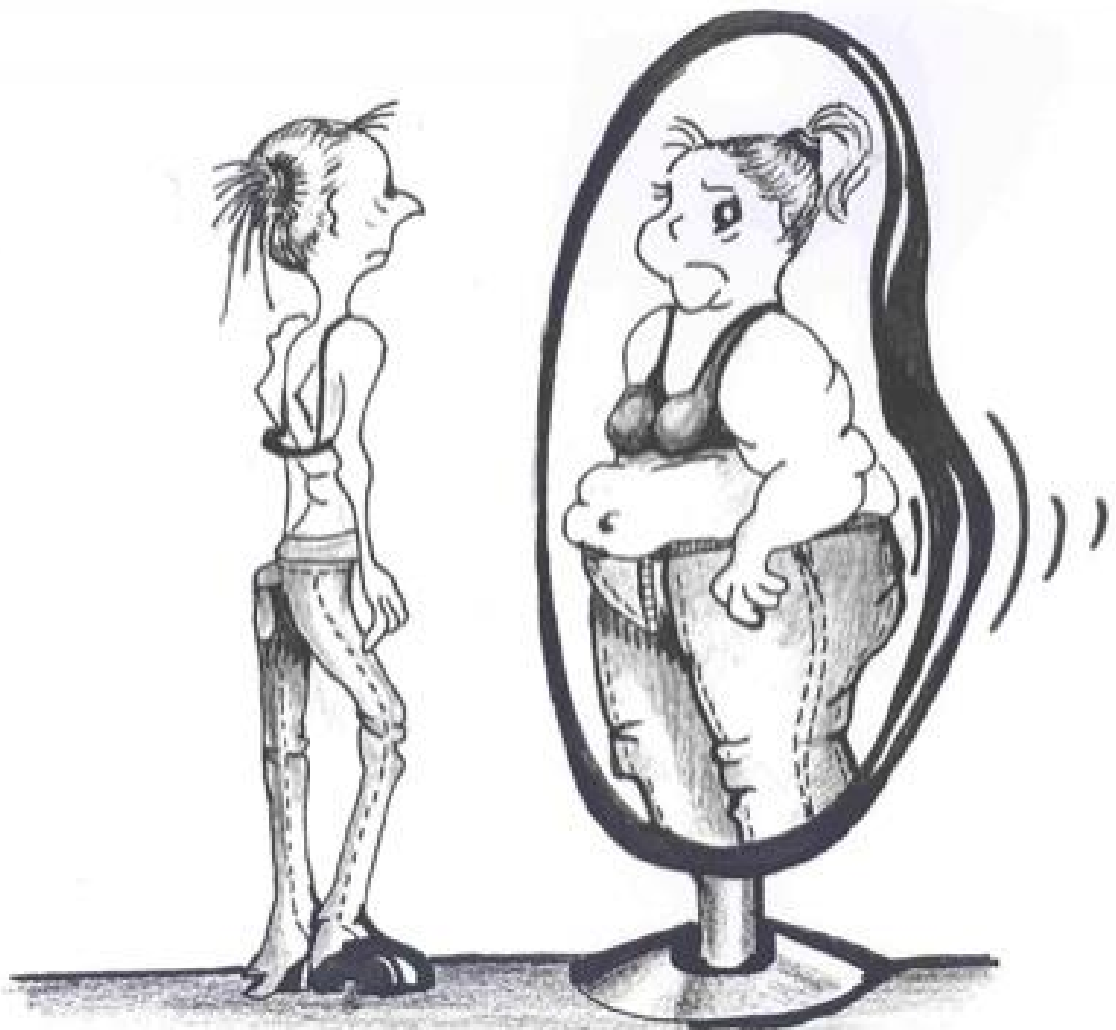
**Die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit**

**empfiehlt diese Bachelor-Arbeit**

**besonders zur Lektüre!**

# Gewicht, Essen und Lebensfrust

Massnahmen zur Prävention von Essstörungen bei weiblichen Jugendlichen und der Beitrag der offenen Jugendarbeit



Quelle: [http://www.webquests.ch/pics/upload/2585/esstrungen\\_400.jpg](http://www.webquests.ch/pics/upload/2585/esstrungen_400.jpg)

**Stephanie Schildknecht**  
**Bachelor-Arbeit der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit**

**Bachelor-Arbeit**  
Ausbildungsgang **Soziokultur**  
Kurs **VZ 2012-2015**

**Stephanie Schildknecht**

**Gewicht, Essen und Lebensfrust**

**Massnahmen zur Prävention von Essstörungen bei weiblichen Jugendlichen und der  
Beitrag der offenen Jugendarbeit**

Diese Bachelor-Arbeit wurde eingereicht im Juni 2015 in 4 Exemplaren zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Soziokulturelle Animation**.

---

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

---

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

---

Reg. Nr.:

---

## **Vorwort der Schulleitung**

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Soziokulturell-animatorisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Soziokulturellen Animatorinnen und Animatoren mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2015

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit  
Leitung Bachelor

## **Abstract**

Die vorliegende Bachelor-Arbeit setzt sich mit der Prävention von Essstörungen, konkret mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa auseinander. Dabei soll untersucht werden, inwiefern die Jugendarbeit einen Beitrag dazu leisten kann. Mit Hilfe einer Einflussfaktorenanalyse wurden die wichtigsten Belastungs- und Schutzfaktoren der Anorexia nervosa und der Bulimia nervosa herausgearbeitet und dargestellt. Anhand dieser Resultate wurden Massnahmen zur Prävention abgeleitet, dabei lag der Schwerpunkt auf dem Beitrag der Jugendarbeit. Als Grundlage diente die systemische Präventionstheorie von Martin Hafen, in die kurz eingeführt wurde.

Die Autorin kommt zu dem Schluss, dass die Jugendarbeit einen wertvollen Beitrag zur Prävention von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa leisten kann. Da allein schon viele Arbeitsprinzipien der Jugendarbeit, wie zum Beispiel Partizipation, präventiv wirken. Zusätzlich liegt vor allem im präventiven Berufshandeln viel Potential, so können die Jugendarbeitenden zum Beispiel, im Rahmen von informellen Gesprächen oder konstruktiven Feedbacks, einen Beitrag zur Prävention von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa leisten. Es zeigte sich jedoch auch, dass es nicht reicht, wenn nur die Jugendarbeit zu dieser Thematik präventive Massnahmen und Angebote ergreift und durchführt. Es braucht Präventionsmassnahmen in allen, für die weiblichen Jugendlichen relevanten, Systemen.

## **Vorwort**

Das Thema Essstörungen, im Besonderen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa, finde ich sehr spannend. In meinem privaten Umfeld sowie auch im Rahmen meines Praktikums in der offenen Jugendarbeit, beobachtete ich einen zunehmenden Schlangheitswahn unter den Jugendlichen. Das Aussehen, und vor allem das Schlangsein, ist bei den Mädchen und jungen Frauen ein wichtiges und dominierendes Thema. Gerade während meines Praktikums fragte ich mich immer wieder, ab wann dieser Wahn ungesund und krankhaft ist und was noch im Bereich des Normalen liegt. Zusätzlich frage ich mich, was die Jugendarbeit dazu beitragen kann, um zu verhindern, dass dieser Wahn krankhaft wird und eine Essstörung ausbricht.

Die Prävention beschäftigt sich mit dieser Frage, da es ihr Ziel ist, solchen Problemen und Krankheiten vorzubeugen. Aus diesem Grund widmete ich die vorliegende Arbeit der Prävention von Essstörungen und setzte dabei den Schwerpunkt auf die Jugendarbeit. Mit dieser Arbeit hoffe ich einen Beitrag zur Sensibilisierung dieser Thematik innerhalb der Jugendarbeiten zu leisten und auch konkrete Möglichkeiten aufzuzeigen, wie im Berufsalltag präventiv gehandelt werden kann.

An dieser Stelle möchte ich mich ganz herzlich bei allen Personen bedanken, die mich während des Verfassens dieser Bachelor-Arbeit motiviert und unterstützt haben. Insbesondere möchte ich Janine Schildknecht für ihre Unterstützung danken, die mit ihrem medizinischen Fachwissen wichtige Feedbacks zum Inhalt wie auch zur Struktur geben konnte. Weiter möchte ich Martin Hafen für seine fachliche Unterstützung von Seite der Hochschule Luzern danken. Ein herzlicher Dank geht auch an Sabine Büsser, die sich die Zeit genommen hat einzelne Kapitel gegenzulesen und an weitere Freunde und Verwandte, die mich bei der Arbeit unterstützt haben.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung .....</b>	<b>1</b>
1.1. Ausgangslage.....	1
1.2. Ziel .....	2
1.3. Fragestellung.....	2
1.4. Berufsrelevanz.....	3
1.5. Zielgruppe .....	3
1.6. Abgrenzung .....	3
1.7. Aufbau der Arbeit.....	4
<b>2. Essstörungen.....</b>	<b>6</b>
2.1. Anorexia nervosa.....	7
2.1.1. Definition und Symptome .....	7
2.1.2. Epidemiologie .....	9
2.1.3. Verlauf der Krankheit und Prognose .....	10
2.1.4. Folgen.....	10
2.2. Bulimia nervosa .....	10
2.2.1. Definition und Symptome .....	10
2.2.2. Epidemiologie .....	12
2.2.3. Verlauf der Krankheit und Prognose .....	13
2.2.4. Folgen.....	13
<b>3. Systemische Prävention .....</b>	<b>14</b>
3.1. Systemtheoretische Grundlagen .....	14
3.1.1. Systeme und ihre Eigenschaften .....	14
3.1.2. Systemtypen .....	15
3.1.3. Soziale Adresse und Inklusion.....	16
3.1.4. Interventionen .....	17
3.2. Präventionstheoretische Grundlagen .....	17
3.2.1. Begriffsdefinition Prävention .....	17
3.2.2. Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.....	18
3.2.3. Universelle, selektive und indizierte Prävention .....	18
3.2.4. Prävention und präventives Handeln .....	19
3.2.5. Einflussfaktoren.....	19
3.2.6. Verhaltens- und Verhältnisprävention .....	20
3.2.7. Bestimmung der Zielgruppe.....	20
3.3. Prävention und offene Jugendarbeit.....	20
<b>4. Einflussfaktoren auf Essstörungen bei weiblichen Jugendlichen .....</b>	<b>22</b>
4.1. Belastungsfaktorenanalyse Anorexia nervosa und Bulimia nervosa .....	23



4.1.1. Körperliche Ebene.....	23
4.1.2. Psychische Ebene.....	25
4.1.3. Soziale Ebene.....	26
4.2. Schutzfaktorenanalyse Anorexia nervosa und Bulimia nervosa.....	28
4.2.1. Psychische Ebene.....	28
4.2.2. Soziale Ebene.....	29
4.3. Fazit der Einflussfaktorenanalyse und weiterführende Gedanken zu den Einflussfaktoren.....	30
<b>5. Massnahmen zur Prävention von Essstörungen und der Beitrag der Jugendarbeit.....</b>	<b>32</b>
5.1. Massnahmen auf der körperlichen Ebene.....	32
5.1.1. Prämorbidetes Übergewicht und Diäten.....	32
5.2. Massnahmen auf der psychischen Ebene.....	33
5.2.1. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen.....	34
5.2.2. Hohe Leistungsorientierung und hoher Leistungsanspruch.....	35
5.2.3. Defizit in der Selbstwahrnehmung und verzerrte Realitätswahrnehmung.....	35
5.2.4. Mangelnde Abgrenzungsfähigkeit und Probleme bei der Ablösung.....	36
5.2.5. Gute Problemlösefähigkeit und Konfliktfähigkeit.....	36
5.2.6. Konstruktiver Umgang mit Gefühlen.....	37
5.2.7. Realistische Einschätzung seiner Fähigkeiten und Talente.....	37
5.3. Massnahmen auf der sozialen Ebene.....	38
5.3.1. Schlankheits- und Schönheitsideal.....	38
5.3.2. Familienkultur.....	39
5.3.3. Sexueller Missbrauch sowie körperliche und psychische Misshandlungen.....	39
5.3.4. Starke Betonung der Leistung.....	40
5.3.5. Anerkennung von verschiedenen Lebensformen und Körperformen.....	40
5.3.6. Weibliche Vorbilder.....	41
5.3.7. Unterstützende soziale Beziehungen.....	41
5.4. Sekundärprävention - Massnahmen der Früherkennung.....	42
<b>6. Schlussfolgerungen.....</b>	<b>44</b>
6.1. Wichtigste Erkenntnisse.....	44
6.2. Ausblick und weiterführende Fragen.....	46
<b>7. Literatur- und Quellenverzeichnis.....</b>	<b>48</b>
<b>8. Anhang.....</b>	<b>54</b>

## **Abbildungsverzeichnis**

Abb. 1: Systemebenen und Systemtypen (Hafen, 2013, S. 33).....	15
Abb. 2: Kreislauf der Entstehung und Verfestigung von Anorexie und Bulimie (Fröhlich Gildhoff 2013, S. 112) .....	31

# 1. Einleitung

In diesem Kapitel werden die Ausgangslage, die Ziele der Arbeit und die daraus resultierenden Fragestellungen erläutert. Zusätzlich wird die Berufsrelevanz sowie die Zielgruppe dargestellt und das Thema abgegrenzt. Zum Schluss folgt noch einen Überblick über den Aufbau der Arbeit.

## 1.1. Ausgangslage

Essen als alltägliches Grundbedürfnis ist für viele Menschen eine Selbstverständlichkeit und oft mit Genuss und Wohlbefinden verbunden. Einige Menschen haben jedoch den genussvollen und unbeschwerten Umgang mit dem Essen verloren, ihre Gedanken drehen sich nur noch ums Essen und um ihr Gewicht. Sie leiden an einer Essstörung (Kirsten Borgstedt, 2013, S. 8).

In der Öffentlichkeit wird immer wieder über die Thematik von Essstörungen berichtet, hauptsächlich im Zusammenhang mit Models, Sportlerinnen und Sportler, Filmstars und Musikerinnen und Musikern (Marion Sonnenmoser, 2006, S.314). 2010 starb z.B. das berühmte Model Isabelle Caro im Alter von 28 Jahren an den Folgen ihrer Magersucht. Zum Zeitpunkt ihres Todes wog sie bei einer Grösse von 1,70m nicht einmal mehr 40kg (Annette Langer, 2010). Dass die Thematik noch immer aktuell ist und nicht aus dem öffentlichen Diskurs verschwunden ist, zeigt das neue Gesetz, das im April 2015 in Frankreich erlassen wurde. Dieses Gesetz verbietet es, zu dünne Models zu engagieren, zusätzlich müssen auch nachbearbeitete Bilder kenntlich gemacht werden (Axel Veiel, 2015).

Die Thematik beginnt schon früh; jedes zweite Mädchen ist bereits in der Primarschule unzufrieden mit der eigenen Figur. Zusätzlich haben Befragungen gezeigt, dass bereits im Alter von zehn Jahren jedes fünfte Mädchen eine Diät durchgeführt hat. Obwohl die meisten von ihnen normalgewichtig sind und keinen Grund hätten eine Diät zu machen, zeigen etwa 30% der Sechstklässlerinnen ein auffälliges Essverhalten (Uwe Berger & Andreas Schick, 2009, S.48).

Essstörungen haben in den letzten Jahren in den Industrieländern leicht zugenommen und gelten auch in der Schweiz als keine seltene Erkrankung mehr. Zu den Risikogruppen zählen Frauen und Jugendliche (Ulrich Schnyder, Meichun Mohler-Kuo, Gabriella Milos & Petra Dermota, 2012, S.4 & S.60). Obwohl Essstörungen laut Sonnenmoser (2006), im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen wie z.B. Depressionen, deutlich weniger häufig auftreten, sind sie doch von hoher gesundheitspolitischer Relevanz. Wenn zusätzlich die Betroffenen dazugezählt werden, die keine eindeutige Diagnose erhalten haben, jedoch deutliche Symptome und subklinische Ausprägungen aufweisen, betrifft es z.B. in Deutschland mindestens 10% der unter 35-jährigen (S. 314).

Ein weiterer Grund, weshalb die Essstörungen, hauptsächlich Anorexia nervosa, gesundheitspolitisch relevant sind, ist die hohe Mortalitätsrate. Ulrike Schulze (2013) erläutert, dass Anorexia nervosa die psychische Erkrankung mit der höchsten Sterblichkeitsrate im Jugendalter ist (S.20). Etwa 10% der Betroffenen sterben an der Krankheit, ungefähr 25% bleiben chronisch krank, circa 35% fühlen sich nach einer erfolgten Therapie etwas besser und nur etwa 30% fühlen sich vollständig gesund (Schweizerische Gesellschaft für kognitive Verhaltenstherapie, 2006). Die Sterblichkeitsrate der an Bulimia nervosa Erkrankten liegt deutlich tiefer. Gemäss Eva Wunderer (2015) sind die Folgen für die Betroffenen sowie die gesellschaftlichen Kosten der Krankheiten nicht zu unterschätzen

(S.107). Dazu zählen auch irreversible Schäden, wie Osteoporose (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2013, S. 44). Neben den erheblichen Folgen für die Betroffenen, erwähnt Borgstedt (2013) die grossen Auswirkungen und Belastungen auf die ganze Familie und des Umfelds der Betroffenen (S.67).

Aufgrund der hohen Sterblichkeit, der hohen Chronifizierungsrate und den schwerwiegenden Folgen für die Betroffenen, ihr Umfeld und für die Gesellschaft, ist die Notwendigkeit der Prävention unbestritten (Herbert Backmund & Monika Gerlinghoff, 2002, S.6). Martin Hafen (2013) versteht unter Prävention die Massnahmen, die das Ziel haben ein noch nicht gegenwärtiges Problem zu vermeiden (S.110). Somit setzt die Prävention vor einem Krankheitsausbruch an und versucht diesen, mit all seinen Folgen, zu verhindern.

Da Jugendliche besonders gefährdet sind, an einer Essstörung zu erkranken, ist es sinnvoll mit der Prävention bei dieser Altersgruppe anzusetzen. Nach Barbara Buddeberg-Fischer (2000) sind alle, die mit Jugendlichen arbeiten, aufgerufen im täglichen Umgang mit ihnen präventiv zu denken und zu handeln (S.134). Dieser Aufruf gilt auch für die Soziale Arbeit. Wunderer (2015) erwähnt ebenfalls dass es wichtig ist, dass sich die Soziale Arbeit mit der Thematik der Essstörungen auseinandersetzt (S.111-112).

## **1.2. Ziel**

Die beschriebene Ausgangslage zeigte die Wichtigkeit von Präventionsmassnahmen im Bereich von Essstörungen auf. Wie bereits erwähnt, sind Mädchen im Jugendalter besonders gefährdet an einer Essstörung zu erkranken und deshalb sollte der Präventionsschwerpunkt auf dieser Zielgruppe liegen. Mädchen in diesem Alter halten sich hauptsächlich in den Systemen Schule, Familie, Peers und in anderen Angeboten wie der Jugendarbeit oder in Sportvereinen auf. Jedes dieser Systeme hat im Hinblick auf die Prävention von Essstörungen seine Chancen und Hindernisse. Immer wieder wird in der Literatur auf die Wichtigkeit des ausserschulischen Präventionsangebots von Essstörungen aufmerksam gemacht, z.B. im Rahmen der offenen Jugendarbeit (Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2005; Christa Berger, 2011; Buddenberg-Fischer, 2000). In der Literatur finden sich hauptsächlich konkrete Ideen für Workshops, die im Rahmen der Jugendarbeit umgesetzt werden können. Anderweitige Ausführungen, wie z.B. zum präventiven Handeln, sind rar.

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, den Beitrag der offenen Jugendarbeit zur Prävention von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa aufzuzeigen. Dafür werden zuerst die Belastungs- und Schutzfaktoren ermittelt und anhand dieser werden Präventionsmassnahmen abgeleitet. Anhand dieser Resultate soll sich zeigen, ob die Jugendarbeit einen Beitrag leisten kann und inwiefern.

Diese Arbeit soll auch dazu dienen, dass die Jugendarbeitenden für das Thema Essstörungen sensibilisiert werden sowie Handlungsoptionen aufgezeigt werden, um im Berufsalltag präventiv handeln zu können.

## **1.3. Fragestellung**

Nach den Ausführungen der Ausgangslage und der Zielsetzung ergibt sich für die vorliegende Arbeit die folgende Hauptfragestellung:

- Inwiefern kann die Jugendarbeit einen Beitrag zur Prävention von Essstörungen bei weiblichen Jugendlichen leisten?

Die Hauptfragestellung wird durch folgende vier Fragen definiert:

- Was ist unter Essstörungen zu verstehen? (Beschreibungswissen)
- Was ist unter systemischer Prävention zu verstehen und wie wird die Präventionsarbeit im Rahmen der Jugendarbeit begründet? (Beschreibungs-, Bewertungs- und Erklärungswissen)
- Welche Einflussfaktoren begünstigen oder wirken schützend auf eine Essstörung weiblicher Jugendliche? (Beschreibungs- und Erklärungswissen)
- Welche Präventionsmassnahmen können getroffen werden und welchen konkreten Beitrag kann die offene Jugendarbeit leisten? (Handlungswissen)

#### **1.4. Berufsrelevanz**

Laut dem Berufskodex von AvenirSocial (2010) ist eine Aufgabe der Sozialen Arbeit soziale Notlagen von Menschen und Gruppen zu verhindern, zu lindern oder zu beseitigen. Zusätzlich sollen Menschen in ihrer Entwicklung gefördert werden (S.6). Die Verhinderung von sozialen Notlagen und Problemen ist, mit anderen Worten ausgedrückt, Prävention. Da Prävention laut Hafén (2013) als die Verhinderung von noch nicht bestehenden Problemen definiert wird (S.110). In Anbetracht der gravierenden Folgen für die betroffenen Individuen sowie für ihr jeweiliges Umfeld, werden Essstörungen zu sozialen Problemen und Notlagen gezählt. Zusätzlich werden Personen, die an einer Essstörung erkrankt sind, stark in ihrer persönlichen Entwicklung gehemmt. Aus diesen Gründen ist die Soziale Arbeit nach dem Berufskodex dazu verpflichtet, sich mit der Thematik Essstörungen auseinanderzusetzen und vor allem Präventionsarbeit zu leisten, damit dieses soziale Problem verhindert werden kann und dadurch Menschen in ihrer persönlichen Entwicklung gefördert werden können. Da die Jugendarbeit ein Arbeitsfeld der Soziokulturellen Animation ist und diese wiederum ein Berufsprofil der Sozialen Arbeit, gilt diese Ausführung ebenfalls für die Jugendarbeit. Genauere Ausführungen zur Thematik Prävention und Jugendarbeit sind im Kapitel 3.3. zu finden.

#### **1.5. Zielgruppe**

In erster Linie richtet sich die vorliegende Arbeit an Jugendarbeiterinnen und Jugendarbeiter, die die Erkenntnisse dieser Arbeit in ihren Berufsalltag einfließen lassen können. Überdies richtet sich die Arbeit an Präventionsfachleute, die z.B. auch Schulungen zu dieser Thematik für Personen, die mit Jugendlichen arbeiten, anbieten. Zusätzlich wird bei den Massnahmen auch kurz auf die Systeme Familie und Schule eingegangen, deshalb können Eltern und Lehrpersonen ebenfalls von dieser Arbeit profitieren. Da die Massnahmen und Erkenntnisse auch auf andere Situationen übertragbar sind, kann die Arbeit für alle Personen, die mit Jugendlichen arbeiten oder zu tun haben, z.B. auch Sporttrainerinnen und Sporttrainer, von Bedeutung sein und wichtige Grundlagen für den Alltag liefern.

#### **1.6. Abgrenzung**

Wie im Titel der Arbeit bereits ersichtlich ist, werden die Präventionsmassnahmen, und somit auch die Einflussfaktorenanalyse, ausschliesslich auf Jugendliche ausgearbeitet, da diese die Zielgruppe der Jugendarbeit ist. Kinder und Erwachsene werden deshalb im Rahmen dieser Arbeit nicht berücksichtigt. Zusätzlich werden die Präventionsmassnahmen für die offene Jugendarbeit abgeleitet. Somit wird in der vorliegenden Arbeit unter dem Begriff Jugendarbeit jeweils die offene Jugendarbeit verstanden.

Das Mann-Frau Verhältnis von Anorexia nervosa beträgt nach Schnyder et al. (2012) 1:6 und von Bulimia nervosa beträgt es 1:3 (S.49-50). Es erkrankten also deutlich mehr Frauen an diesen Essstörungen als Männer. Zusätzlich sind laut Berger (2011) geschlechtsspezifische Präventionsansätze im Bezug auf Essstörungen von grosser Bedeutung (S.19). Aus diesem Grund liegt der Fokus dieser Arbeit auf den weiblichen Jugendlichen, somit sind auch die erarbeiteten Präventionsmassnahmen auf diese Zielgruppe ausgerichtet. Die männlichen Jugendlichen werden in dieser Arbeit vernachlässigt, da dies ein Thema im Rahmen einer weiteren Arbeit wäre.

Unter dem Begriff Essstörung wird gemäss Frank Schneider und Dieter Wälte (2012) schwerpunktmässig Anorexia nervosa und Bulimia nervosa verstanden. Zusätzlich wird jedoch auch die Binge-Eating Störung dazugezählt. Adipositas ist keine psychische Erkrankung und wird deshalb nicht zu den Essstörungen gezählt (S.372). Da es gerade zwischen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa häufig fließende Übergänge und Mischformen gibt, ist es sinnvoll die Prävention dieser zwei Krankheiten zu verbinden. Durch die vielen Überschneidungen der Einflussfaktoren, kommt es auch oft zu denselben Präventionsmassnahmen. Zwischen den eben genannten Essstörungen und der Binge-Eating Störung gibt es grössere Unterschiede, weshalb ein Eingehen auf die Binge-Eating Störung den Rahmen dieser Arbeit überschreiten würde. Deshalb werden in dieser Arbeit nur die Krankheiten Anorexia nervosa und Bulimia nervosa berücksichtigt.

Die vorliegende Arbeit basiert auf der systemischen Präventionstheorie von Martin Hafen. Auf alle anderen Präventionstheorien wird im Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen.

Auf die (Früh-)Behandlung von Essstörungen wird ebenfalls in dieser Arbeit nicht eingegangen, da dies nicht zu den Aufgaben der Jugendarbeit, sondern in das Arbeitsfeld der Psychologie gehört. In dieser Arbeit wird somit nur die Primärprävention sowie die Sekundärprävention (Früherkennung) behandelt. Die Tertiärprävention wird nicht weiter erläutert, da sie in das Feld der Behandlung gehört.

## **1.7. Aufbau der Arbeit**

Bei dieser Arbeit handelt sich um eine Fachliteraturarbeit, die in sechs Kapitel gegliedert ist. Anhand der Ausgangslage, der Zielsetzung, den Fragestellungen, der Berufsrelevanz und der Zielgruppe, soll das erste Kapitel einen Überblick über die Arbeit verschaffen sowie in die Thematik einführen. Zusätzlich wird das Thema der Arbeit eingegrenzt.

Im zweiten Kapitel werden die Essstörungen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa definiert und die wichtigsten epidemiologischen Daten erwähnt. Zusätzlich werden die Krankheitsverläufe, die Prognosen sowie die Folgen der Krankheiten kurz erläutert. Dieses Kapitel soll ein Verständnis dafür schaffen, was genau unter Anorexia nervosa und Bulimia nervosa verstanden wird, da dies eine wichtige Grundlage für das Gesamtverständnis der behandelten Thematik darstellt.

Die systemische Präventionstheorie wird im dritten Kapitel erörtert. Zuerst werden die wichtigsten Grundlagen der Systemtheorie ausgeführt, welche für die systemische Präventionstheorie relevant sind. Anschliessend werden die wichtigsten Aspekte und Begriffe der Präventionstheorie erläutert, die für diese Arbeit von Bedeutung sind. Zum Schluss wird die Aufgabe der Jugendarbeit, Präventionsarbeit zu leisten, diskutiert.

Danach werden im Kapitel vier die Resultate der Einflussfaktorenanalyse mit den wichtigsten Belastungs- und Schutzfaktoren in Hinblick auf Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

dargestellt. Dabei wird zwischen den verschiedenen Ebenen, körperliche-, psychische- und soziale Ebene unterschieden.

Auf der Grundlage der Resultate der Einflussfaktorenanalyse werden im fünften Kapitel Präventionsmassnahmen abgeleitet. Dabei wird so vorgegangen, dass alle im Kapitel vier erläuterten Einflussfaktoren auf die Möglichkeit untersucht werden, wie auf sie Einfluss genommen werden kann, um dann daraus Präventionsmassnahmen abzuleiten und vorzuschlagen. Der Fokus dabei liegt auf den Massnahmen im Rahmen der Jugendarbeit.

Das siebte und letzte Kapitel schliesst die vorliegende Bachelorarbeit mit den wichtigsten Erkenntnissen und dem Ausblick, im Rahmen der weiterführenden Fragen ab.

## 2. Essstörungen

Um präventiv handeln zu können sowie effektive Präventionsmassnahmen durchzuführen, braucht es ein Verständnis der Krankheiten, die verhindert werden sollen. In diesem Kapitel werden die Grundlagen erläutert, die es für das grundlegende Verständnis der Krankheiten Anorexia nervosa und Bulimia nervosa braucht.

Essen ist unserer Gesellschaft ein allgegenwärtiges Thema. So führt Esther Biedert (2008) aus, dass das Essen einen wichtigen Stellenwert im individuellen Alltag hat, da es lebensnotwendig ist und somit jeder Mensch mit dem Thema Essen konfrontiert ist. Diese Konfrontation findet jedoch nicht nur im individuellen Rahmen statt, sondern auch im Rahmen der Gesellschaft (S.7). Nach Johann Kinzl, Ingrid Kiefer und Michael Kunze (2004) dient die Nahrungsaufnahme nicht nur der lebensnotwendigen Aufnahme von Nährstoffen, sondern ist mit sozialen Aktivitäten verbunden und dient der Beziehungsgestaltung. Des Weiteren kann das Essen als Machtmittel gebraucht werden, indem z.B. die Nahrungsaufnahme verweigert wird. Dies geschieht jeweils im Rahmen von Hungerstreiks, die zum Ziel haben, politische Forderungen durchzubringen. Eine weitere Funktion des Essens ist die Regulierung von Emotionen, z.B. Essen als Trost, Beruhigung oder Belohnung sowie Appetitlosigkeit in Stresssituationen (S.8-10).

Das Essen ist laut Biedert (2008) nicht nur eine unentbehrliche Tätigkeit, sondern ein Teil des „Lifestyles“ einer Person. Dabei spielen die Medien eine entscheidende Rolle. Sie dienen einerseits als Plattform für die Werbung von diversen Lebensmitteln und vermitteln, welche Nahrungsmittel angesagt sind. Andererseits vermitteln sie Gesellschaftsideale, wie z.B. das Schönheitsideal (S.7).

Diese hohe Präsenz des Essens kann nach Monika Gerlinghoff und Herbert Backmund (2010) Menschen unter Druck setzen, da „Tipps“ umzusetzen und dem Ideal zu entsprechen, häufig zu einer Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper führt. So haben Befragungen in verschiedenen Industrieländern ergeben, dass ca. 50% der Mädchen zwischen 9-13 Jahre gerne dünner wären und bereits ein Drittel der Mädchen versucht hat abzunehmen (S.10-14).

Die Grenze zwischen normalen Essverhalten, auffälligem- und gestörtem Essverhalten sowie Essstörungen sind gemäss Biedert (2008) fließend. Somit ist nicht jede Person, die ein gezügeltes Essverhalten hat, z.B. Diäten macht, essgestört. Um von einer Essstörung zu sprechen, müssen diese Verhaltensweisen eine deutliche Belastung und Beeinträchtigung für betroffene Person im Alltag darstellen (S.7-8). Vielfach ist jedoch laut Borgstedt (2013) ein essgestörtes Verhalten der Einstieg in eine Essstörung (S.23). Katrin Raabe (2004) zieht die Grenze zwischen gestörtem Essverhalten und Essstörungen, indem sie Essstörungen folgendermassen definiert: „Eine Essstörung besteht dann, wenn sich die Gedanken und der Alltag nur noch um Essen oder Nichtessen drehen und wenn die Gewichtskontrolle das Wichtigste im Leben ist“ (S.5). Christoph Klotter (2007) erwähnt ebenfalls, dass das Thema des Essens bei einer Essstörung so raumergreifend und identitätsstiftend ist, dass andere Themen kaum noch Raum im Leben dieser Personen finden (S.98-99). Borgstedt (2013) erwähnt, dass Essstörungen starke Ähnlichkeiten mit Suchterkrankungen aufweisen. Der typische Kontrollverlust sowie das zwanghafte Verhalten sind Beispiele für Merkmale, die auf Suchterkrankungen sowie Essstörungen zutreffen. Trotzdem werden sie in erster Linie nicht zu Suchterkrankungen, sondern zu psychischen Erkrankungen gezählt (S.19).

Es gibt verschiedene Arten von Essstörungen. Im Wesentlichen unterscheiden Gerlinghoff und Backmund (2010) zwischen drei Formen von Essstörungen, es sind auch die drei



Krankheitsbilder, die im DSM-IV „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ genauer definiert werden (S.14-18). Die zwei häufigsten Essstörungen sind gemäss Thomas Ihde-Scholl (2013) die Anorexia nervosa und die Bulimia nervosa (S.266). In den folgenden Kapiteln werden diese Krankheiten genauer erläutert. Die Dritte, im DSM-IV definierte Essstörung, ist die Binge Eating Disorder. Die typischen Merkmale der Binge Eating Disorder sind nach Biedert (2008) regelmässig auftretende Essanfälle, die für die Person selber als unkontrollierbar empfunden werden. Es finden jedoch nach den Essanfällen keine kompensierenden Gegenmassnahmen wie z.B. Fasten oder Erbrechen statt (S.52-53). Im ICD-10 wird die Binge Eating Disorder dagegen nicht als eigenständiges Krankheitsbild erwähnt (Schneider & Wälte, 2012, S.372).

Ihde-Scholl (2013) führt aus, dass es neben den drei typischen Ausprägungen von Essstörungen „nicht näher bezeichnete Essstörungen“ gibt. Darunter fallen hauptsächlich Krankheitsbilder, die sich keiner der drei definierten Essstörungen zuordnen lassen. Ein Beispiel dafür ist die Orthorexie. Typisch ist für die Orthorexie, dass die Betroffenen Angst davor haben etwas ungesundes zu essen, was zu einer untypischen Anorexia nervosa führen kann, da mit der Zeit praktisch keine Nahrungsaufnahme mehr möglich ist (S.271-273).

Es besteht nicht nur eine fließende Grenze zwischen gestörtem Essverhalten und Essstörungen, sondern es gibt auch diverse Mischformen zwischen den unterschiedlichen Essstörungen. Ihde-Scholl (2013) erwähnt, dass es Anorexia nervosa Erkrankte gibt, die zusätzlich das Erbrechen für weitere Gewichtsreduktionen brauchen. Es kann sein, dass es mit der Zeit für Betroffene wieder möglich ist zu Essen, aber dass sie mit dem Erbrechen nicht aufhören können, was zur Bulimia nervosa führt. Es kann auch sein, dass das Erbrechen kontrolliert werden kann, aber weiterhin Essanfälle stattfinden, was der Binge Eating Disorder entspricht (S.273). Diese Beispiele zeigen gut, dass es auch zwischen den verschiedenen Essstörungen fließende Grenzen gibt.

Diese Tatsache macht es für die Jugendarbeitenden im Berufsalltag nicht einfach zu erkennen, ob es sich nun um eine Essstörung handelt und wenn ja um welche. Da es aber für die Prävention wichtig ist ein Verständnis der Krankheiten zu haben, werden die zwei häufigsten Essstörungen in dieser Arbeit behandelt und in den nachfolgenden Kapiteln genauer erläutert.

## **2.1. Anorexia nervosa**

### **2.1.1. Definition und Symptome**

Gemäss Raabe (2004) kommt der Fachbegriff Anorexia nervosa aus dem Griechischen und bedeutet „nervöse Appetitlosigkeit“. Dieser Begriff ist jedoch eine ungenaue Beschreibung der Krankheit, da viele Erkrankte Appetit verspüren, ihn jedoch verleugnen und unterdrücken (S.6). Umgangssprachlich wird von Magersucht gesprochen. Gemäss der Arbeitsgemeinschaft „Essstörung“ ist das wichtigste Merkmal der Anorexia nervosa das selbst herbeigeführte Untergewicht der Betroffenen sowie die Weigerung ein minimales normales Körpergewicht zu halten. Auch die ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme ist charakteristisch für diese Krankheit (Arbeitsgemeinschaft Essstörung AES, ohne Datum). Cord Benecke (2014) erwähnt ausserdem, dass der Selbstwert bei Erkrankten jeweils sehr stark von der Figur und dem Gewicht abhängig ist. Zusätzlich stimmt die Selbst- nicht mehr mit der Fremdwahrnehmung überein und die Betroffenen fühlen sich zu dick, obwohl sie untergewichtig sind. Es fehlt somit auch oft die Krankheitseinsicht (S.344). Die folgende

Tabelle gibt einen Überblick über die Diagnosekriterien für Anorexia nervosa nach ICD-10 und nach DSM-IV.

ICD-10 <sup>1</sup>	DSM-IV <sup>2</sup>
1. Körpergewicht von mindestens 15% unter dem erwarteten für Alter und Grösse oder einen BMI <sup>3</sup> von 17,5 oder weniger.	A. Weigerung, das Minimum des, für Alter und Körpergrösse, normalen Körpergewichts zu halten bzw. zu erreichen, sodass das Gewicht weniger als 85% des erwartenden Körpergewichts beträgt.
2. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung von hochkalorischen Speisen, selbstinduziertes Erbrechen, selbstinduziertes Abführen, übertriebene körperliche Aktivität oder den Gebrauch von Medikamenten wie z.B. Appetitzüglern oder Diuretika.	B. Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehendem Untergewicht.
3. Es besteht eine Körperschemastörung in Form massiver Angst, zu dick zu werden und sehr niedriger persönlicher Gewichtsschwelle.	C. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur/des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts/Figur auf die Selbstbewertung, oder Leugnung des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichts.
4. Es liegt eine endokrine Störung vor, die sich z.B. bei Frauen durch das Ausbleiben der Menstruation (Amenorrhoe) oder bei Männern durch einen Potenzverlust zeigt.	D. Bei Frauen, das Vorliegen einer Amenorrhoe, d.h. das Ausbleiben von min. drei aufeinander folgenden Menstruationszyklen.
5. Die pubertäre Entwicklung ist bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät verzögert oder gehemmt.	

(Corina Jacobi, Thomas Paul & Andreas Thiel, 2004, S.3-4; Benecke, 2014, S.343-344)

Zusätzlich wird nach den DSM-IV Kriterien zwischen dem restriktiven Typus und dem Binge-Eating/Purging Typus unterschieden.

Benecke (2014) erklärt, dass es sich beim restriktiven Typus um Betroffene handelt, die den Gewichtsverlust alleine durch Diäten, Fasten und Sport vornehmen, jedoch ohne zusätzliche Massnahmen zur Gewichtsreduktion wie selbst herbeigeführtes Erbrechen oder den Missbrauch von Medikamenten. Der Binge-Eating/Purging Typus hingegen, unternimmt

<sup>1</sup> ICD-10 = International Classification of Diseases (Jacobi et al., 2004, S.3-4; Benecke, 2014, S.343-344)

<sup>2</sup> DSM-IV = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Jacobi et al., 2004, S.3-4; Benecke, 2014, S.343-344)

<sup>3</sup> Der Body-Mass-Index (BMI) wird als Orientierung gebraucht, ob das Körpergewicht im Normalbereich liegt. Dafür wird das Körpergewicht (in kg) durch das Quadrat der Körpergrösse (in m) geteilt. Die Resultate dürfen nur mit Vorbehalt angeschaut werden, da er weder den Körperbau noch die Verteilung von Körperfett und Muskelmasse berücksichtigt. Zusätzlich ist bei Kindern und Jugendlichen bei Berechnungen des BMI Vorsicht geboten, da bereits schon kleine Wachstumsschübe eine grosse Schwankung des BMI veranlassen können. (Spiegel Online, BMI Rechner, 2012)

vereinzelt aktive Massnahmen zur Gewichtsreduktion. Dies geschieht vor allem im Zusammenhang mit Fressanfällen (S.344).

### **2.1.2. Epidemiologie**

Die Epidemiologie ist laut dem Pschyrembel (2004) ein Wissenschaftszweig, der sich mit der Verbreitung und Entstehung von übertragbaren sowie nichtübertragbaren Krankheiten und deren (sozialen) Folgen befasst (S.503).

Für diese Arbeit sind hauptsächlich die aktuellen Daten aus der Schweiz relevant. Zurzeit gibt es jedoch nur aktuelle Zahlen zur Prävalenz, deshalb werden für die Inzidenzrate internationale Daten verwendet.

#### **Prävalenz<sup>4</sup>**

Eine Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit untersuchte die Lebenszeit-Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz. Dabei zeigt sich, dass in der Schweiz 1,2% aller Frauen an einer diagnostizierten Anorexia nervosa leiden. Die Schweiz hat somit einen höheren Wert als Nordamerika mit 0,9% und liegt über dem europäischen Durchschnitt (0,9%). Anorexia nervosa tritt in der Schweiz sechsmal häufiger bei Frauen auf als bei Männern (Schnyder et al., 2012, S.32-35 & 49-52).

#### **Inzidenz<sup>5</sup>**

Laut Franke und Wälte (2012) beträgt die Inzidenz, je nach Land, zwischen 0,1 – 12 pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner jährlich. Dabei liegt die höchste Rate bei Frauen zwischen 14 und 18 Jahren (S.372). Da es zurzeit keine Daten zur Schweiz gibt, die Schweiz jedoch Ähnlichkeiten mit anderen Industrieländern hat, kann davon ausgegangen werden, dass sie sich innerhalb der internationalen Zahlen befindet.

#### **Alter der Erstmanifestation**

Häufig beginnen Essstörungen in der Schweiz im jungen Erwachsenenalter. Dabei liegt der Mittelwert des Krankheitsbeginns von Anorexia nervosa in der Schweiz bei 17,96 Jahren mit einer Standardabweichung von +/- 3,91 Jahren. Der Krankheitsbeginn ist, im Vergleich zu anderen Essstörungen, enger gestreut und liegt zwischen 12 und 32 Jahren (Schnyder et al. 2012, S.38-39).

Das Experten-Netzwerk Essstörungen Schweiz erwähnt in seinem Bericht, dass der Beginn einer Anorexia nervosa auch bereits präpubertär möglich ist, jedoch die Krankheit meistens nicht vor dem 10 Lebensjahr ausbricht. Der Erkrankungsgipfel liegt nach ihren Untersuchungen zwischen 12 und 16 Jahren (Experten Netzwerk Essstörungen Schweiz (ENES), 2006, S.5).

Im internationalen Vergleich mit anderen Industrieländern, wie z.B. Deutschland, zeigt sich, dass sich die Ergebnisse der Schweiz mit den Ergebnissen dieser Länder decken.

So erwähnt Klaus Fröhlich-Gidhoff (2013), dass das Ausbruchsalter der Krankheit zwischen dem 12. und 23. Lebensjahr liegt, mit den Erkrankungsgipfeln bei jeweils 14 und 18 Jahren (S.104).

---

<sup>4</sup> Krankheitshäufigkeit. Wird berechnet indem die Anzahl der zum Untersuchungszeitpunkt Kranken durch die Anzahl der, in die Untersuchung einbezogenen, Individuen geteilt wird (Pschyrembel, 2004, S.1473).

<sup>5</sup> Erkrankungshäufigkeit. Ist die Anzahl neuer Erkrankungsfälle über eine definierte Zeitspanne in Bezug auf die untersuchte Bevölkerungsgruppe (Pschyrembel, 2004, S.882-883).

Die Ausführungen zeigen, dass das Alter je nach Quelle leicht variiert, aber trotzdem grosse Ähnlichkeit aufweist; es liegt hauptsächlich im Jugendalter.

### **2.1.3. Verlauf der Krankheit und Prognose**

Wie bereits erläutert wurde, beginnt die Anorexia nervosa meistens im Jugendalter. Nach Julia Dobmeier (2014a) ist der Verlauf der Krankheit individuell und somit sehr unterschiedlich. Allgemein gilt, dass je jünger die Patientin ist und je früher die Krankheit behandelt wird, desto grösser sind die Heilungschancen. Zusätzlich spielen auch Faktoren wie das soziale Umfeld, die Familie, die Dauer der Erkrankung sowie die persönlichen Ressourcen der Patientin eine zentrale Rolle in der Genesung. Eine vollständige Heilung findet jedoch laut dem Experten-Netzwerk Essstörungen Schweiz (2002) und Dobmeier (2014a) nur bei 50-60% der Patientinnen statt. Bei 20-30% nimmt die Erkrankung einen chronischen Verlauf an und 5-20% sterben an der Krankheit. Nach Frank und Wälte (2012) leiden 50-75% der an einer Essstörung erkrankten Personen zusätzlich an einer depressiven Störung. Auch Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen treten oft bei essgestörten Patientinnen auf (S.376).

### **2.1.4. Folgen**

Allgemein sind nach der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011) die Folgen umso schwerwiegender je jünger die Anorexia nervosa Patientinnen sind, je schneller sie abgenommen haben und je weniger sie gewogen haben. Konkrete körperliche Folgen können folgende sein: Herz-Kreislauf Störungen, trockene Haut, brüchige Haare, Beeinträchtigung des Hormonhaushalts, Osteoporose, Wachstumsstörungen und Magen- und Darmbeschwerden. Schlussendlich beeinflusst die Krankheit alle Organe des Körpers. Anorexia nervosa bringt nicht nur Folgen für den Körper mit sich, sondern auch seelische Folgen. Es können Zwangssymptome entstehen, Angsterkrankungen und depressive Verstimmungen. Zusätzlich können Jugendliche, die vor und während der Pubertät an Anorexia nervosa erkranken, gewisse Entwicklungsaufgaben nicht richtig erledigen (S. 43-45).

## **2.2. Bulimia nervosa**

### **2.2.1. Definition und Symptome**

Nach Biedert (2008) gehören zu den zentralen Merkmalen einer Bulimia nervosa regelmässig auftretende Essanfälle, bei denen die Erkrankten einen Kontrollverlust erleben. Um die auf diese Weise grosse Menge an Kalorien wieder zu kompensieren, werden regelmässig aktive Kompensationsmassnahmen durchgeführt, wie z.B. Erbrechen oder die Einnahme von Abführmittel (S.29-30). Umgangssprachlich wird jeweils von Bulimie gesprochen. Laut Benecke (2014) werden Essanfälle meistens im Voraus geplant und dauern jeweils so lange, bis ein sehr unangenehmes oder schmerzliches Völlegefühl eintritt. Die meisten Patientinnen schämen sich für die Fressattacken und ihre Gegenmassnahmen, deshalb versuchen sie oft es zu verheimlichen (S.346).

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Diagnosekriterien für Bulimia nervosa nach ICD-10 und DSM-IV.

ICD-10 <sup>6</sup>	DSM-IV <sup>7</sup>
1. Eine andauernde Beschäftigung mit Essen, eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln und Essattacken, bei denen grossen Mengen Nahrung innerhalb kurzer Zeit konsumiert werden.	A. Wiederholte Episoden von „Fressanfällen“ gekennzeichnet durch folgende Merkmale: 1) Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z.B. innerhalb von 2 Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich grösser ist, als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden. 2) Das Gefühl während der Episode, die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (z.B. das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören zu können noch Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben).
2. Versuch, dem dickmachenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern: Durch selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, durch zeitweilige Hungerperioden, durch den Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika. Bei Diabetikern kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.	B. Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Massnahmen, wie z.B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermässige körperliche Betätigung.
3. Krankhafte Furcht davor, dick zu werden; selbst gesetzte Gewichtsgrenze, die weit unter dem prämorbidem oder „gesunden“ Gewicht liegt.	C. Die „Fressattacken“ und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.
4. Häufig besteht in der Vorgeschichte eine Episode einer Anorexia nervosa.	D. Figur und Gewicht haben einen übermässigen Einfluss auf die Selbstbewertung.
	E. Die Störung tritt nicht ausschliesslich im Verlauf von Episoden einer Anorexia nervosa auf.

(Jacobi et al., 2004 S.5-7; Benecke, 2014, S.345-346)

Im Rahmen des DSM-IV wird zwischen zwei verschiedenen Typen von Bulimia nervosa unterschieden: Dem Purging-Typus und dem Nicht-Purging-Typus. Benecke (2014) führt den Unterschied folgendermassen aus: Bei dem Purging-Typus findet während der jeweils aktuellen Episode ein regelmässiger Medikamentenmissbrauch (z.B. Laxantien, Diuretika,...)

<sup>6</sup> ICD-10 = International Classification of Diseases (Jacobi et al., 2004 S.5-7; Benecke, 2014, S.345-346)

<sup>7</sup> DSM-IV = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Jacobi et al., 2004 S.5-7; Benecke, 2014, S.345-346)

oder ein regelmässiges Erbrechen statt. Wohingegen beim Nicht-Purging-Typus während der jeweils aktuellen Episode kein Erbrechen oder Medikamentenmissbrauch stattfindet, sondern unangemessene Massnahmen wie übermässige körperliche Betätigung oder Fasten praktiziert werden (S.345-356).

## **2.2.2. Epidemiologie**

### **Prävalenz<sup>8</sup>**

Die Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit untersuchte die Lebenszeit-Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz. 2,4% der Frauen in der Schweiz leiden unter einer diagnostizierten Bulimia nervosa. Sie tritt also häufiger als die Anorexia nervosa in der Schweizer Bevölkerung auf. Auch bei der Bulimia nervosa liegt die schweizerische Lebenszeit-Prävalenz über dem europäischen Durchschnittswert der 0,9% beträgt sowie über dem nordamerikanischen Wert mit 1,5%. An Bulimia nervosa leiden in der Schweiz dreimal so viele Frauen wie Männer (Schnyder et al., 2012, S.32-35 & 49-52).

### **Inzidenz<sup>9</sup>**

Die Inzidenzrate beträgt in Deutschland gemäss Franke und Wälte (2012) etwa 12 pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Dabei liegt die höchste Rate bei Frauen zwischen 18 und 35 Jahren (S.373). Es gibt keine Zahlen für die Schweiz, jedoch kann von einem ähnlichen Wert wie in Deutschland ausgegangen werden, da es im Bereich von Essstörungen zwischen Deutschland und der Schweiz keine signifikanten Unterschiede gibt.

### **Alter der Erstmanifestation**

Wie bereits beim Alter der Erstmanifestation von Anorexia nervosa erwähnt, beginnen Essstörungen in der Schweiz häufig im jungen Erwachsenenalter. Dies zeigte auch die bereits erwähnte Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Bei Bulimie nervosa liegt der Mittelwert des Krankheitsbeginns in der Schweiz bei 21,29 Jahren mit einer Standardabweichung von +/- 10,23 Jahren. Die Streuung des Krankheitsbeginns ist bei Bulimie nervosa um einiges breiter als bei Anorexia nervosa, nämlich zwischen 7 und 55 Jahren (Schnyder et al., 2012, S.38-39).

Nach dem Experten-Netzwerk Essstörungen Schweiz sind junge Erwachsene zwischen 18 und 22 Jahren am häufigsten betroffen (Experten Netzwerk Essstörungen Schweiz (ENES), 2006, S.5).

Auch bei der Bulimie nervosa zeigt sich im internationalen Vergleich mit anderen Industrieländern die Vergleichbarkeit der Schweizer Ergebnisse mit denen des Auslands. Die häufigsten Erkrankungen an Bulimie nervosa liegen nach Fröhlich-Gidhoff (2013) im Alter zwischen 20 und 30 Jahren vor (S.104).

Auch hier variiert das Alter je nach Quelle leicht. Sichtbar wird jedoch, dass die Krankheit häufig im älteren Jugendalter ausbricht.

---

<sup>8</sup> Krankheitshäufigkeit: Wird berechnet indem die Anzahl der zum Untersuchungszeitpunkt Kranken durch die Anzahl der in die Untersuchung einbezogenen Individuen geteilt wird (Psyhyrembel, 2004, S.1473).

<sup>9</sup> Erkrankungshäufigkeit: Ist die Anzahl neuer Erkrankungsfälle über eine definierte Zeitspanne in Bezug auf die untersuchte Bevölkerungsgruppe (Psyhyrembel, 2004, S.882-883).

### **2.2.3. Verlauf der Krankheit und Prognose**

Wie bereits erläutert wurde, startet die Bulimia nervosa oft im Jugendalter und im frühen Erwachsenenalter. Die Bulimia nervosa kann, muss jedoch nicht, aus einer Anorexia nervosa entstehen, die sich in Ess- und Brechanfälle umwandelt. Diäten spielen ebenfalls eine wichtige Rolle im Krankheitsverlauf, da sie oft Auslöser für die Krankheit sind. Die Verläufe der Krankheit sind jedoch sehr unterschiedlich, da die Anzahl der Ess- und Brechanfälle stark von Person zu Person variieren kann (Dobmeier, 2014b). Die Prognosen sind ein wenig besser als bei Anorexia nervosa; ca. 50-60% der an Bulimia nervosa erkrankten werden wieder vollständig oder fast vollständig gesund. 20-30% werden teilweise wieder gesund und nur bei 10-20% entwickelt sich ein chronischen Krankheitsverlauf. Mit 0,5%, die an der Krankheit sterben, ist die Sterberate um einiges tiefer als bei der Anorexia nervosa (Experten Netzwerk Essstörungen Schweiz (ENES), 2002; Dobmeier 2014b).

### **2.2.4. Folgen**

Die Folgen der Bulimia nervosa hängen laut der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011) von der Anzahl der Essattacken ab, je häufiger, desto gravierender die Folgen. Körperliche Folgen können folgende sein: Schäden an Zähnen und Schwellungen der Speicheldrüse, Störungen im Magen und Darm, durch einen gestörten Mineralstoffhaushalt kann es zu Nierenschäden und Herz-Rhythmus Störungen kommen, einen gestörten Hormonhaushalt, gestörtes Hunger- und Sättigungsempfinden und einen Mangel an Kalorien und Nährstoffen, was zu Konzentrationsproblemen und einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit führt. Wie bei der Anorexia nervosa können auch Bulimia nervosa Patientinnen unter Depressionen, Angststörungen und Zwangsstörungen leiden. Zusätzlich kann es zu einem starken Selbsthass kommen, der zu Selbstverletzungen führt. Ähnlich wie bei der Anorexia nervosa ist es, bei einem Auftreten der Krankheit während der Pubertät, für die Jugendlichen oft schwierig die entsprechenden Entwicklungsaufgaben erfolgreich zu bewältigen (S.60-62).

### 3. Systemische Prävention

Die vorliegende Arbeit bedient sich der systemischen Präventionstheorie nach Martin Hafén, die auf der Systemtheorie von Niklas Luhmann beruht. Aus diesem Grund werden zuerst einige systemtheoretische Grundlagen erläutert, die für das systemische Präventionsverständnis von Bedeutung sind. Anschliessend folgen die präventionstheoretischen Grundlagen. Die erläuterten Grundlagen sollen das Verständnis für die durchgeführte Einflussfaktorenanalyse (Kapitel 4) sowie für die Ableitung von präventiven Massnahmen (Kapitel 5) ermöglichen. Im Rahmen dieser Arbeit können nicht alle Aspekte der systemischen Präventionstheorie erwähnt werden, deshalb liegt der Fokus auf den, für diese Arbeit relevanten, Aspekten.

#### 3.1. Systemtheoretische Grundlagen

##### 3.1.1. Systeme und ihre Eigenschaften

Hafén (2013) beschreibt den Begriff System im Rahmen der Systemtheorie nicht als einen Raum oder als ein Ding, sondern als ein gedankliches und theoretisches Konstrukt, das sich über eine Abfolge von systemspezifischen Operationen definiert und durch seine Operationen sich selbst reproduziert. Jedes System grenzt sich somit durch seine Operationen von den Systemen in seiner Umwelt ab, da kein System genau gleich operiert. Das System wird jeweils durch diese operative Abgrenzung zu seiner Umwelt definiert. Ein System kann somit nur ein System sein, wenn eine Umwelt besteht. Die Umwelt wird immer aus Sicht des Systems betrachtet und besteht aus den Systemen ausserhalb des Systems. Jedes System hat somit eine andere Umwelt. Dabei gibt es eine, für das System relevante und weniger relevante, Umwelt. Für eine erfolgreiche Prävention ist es entscheidend, dass die Präventionsmassnahme zu einer relevanten Umwelt für das Zielsystem wird (S.19-21).

Eine wichtige Eigenschaft der Systeme für die Prävention ist die **operative Geschlossenheit**. Dies bedeutet laut Hafén (2013) dass die Operationen selbstbezüglich sind, was heisst, dass ein System nicht ausserhalb seiner eigenen Grenzen operieren kann und somit auch nicht in andere Systeme mit seinen Operationen eingreifen kann. Die Systeme sind jedoch auch offen und zwar gegenüber Informationen aus der Umwelt (S.21-22). Die operative Geschlossenheit ist auch der Grund dafür, dass z.B. gewisse Personen keine Probleme mit dem Schönheitsideal haben, da dieses nicht zu ihrer relevanten Umwelt gehört und deshalb keinen bedeutenden Einfluss auf das System hat.

Wenn Systeme füreinander zur relevanten Umwelt werden, können sie sich nach Hafén (2013) wechselseitig irritieren. Es entsteht eine **strukturelle Koppelung**. Dauert diese strukturelle Koppelung über eine längere Zeit an, wird von Interpenetration gesprochen. Die Systeme sind also auf die Informationsgewinnung aus ihrer Umwelt angewiesen (S.28-29). Für den Erfolg einer Präventionsmassnahme ist es wichtig, dass es zu einer strukturellen Koppelung mit dem Zielsystem kommt.

Systeme bestehen gemäss Hafén (2013) aus Strukturen. In Anlehnung an Niklas Luhmann können diese als Möglichkeits- oder Erwartungsspielräume verstanden werden. Wichtige Informationen für ein System führen zur Bildung von Strukturen. Dieser Vorgang wird in der Systemtheorie als Lernen betitelt (S.22-23). Das Ziel der Prävention ist jeweils die Neubildung von Strukturen innerhalb des Zielsystems, z.B. indem das Zielsystem über ein Thema relevantes Wissen generiert hat oder eine neue Verhaltensweise im Sinne der Prävention gelernt hat, z.B. eine ausgewogene Ernährung.



### 3.1.2. Systemtypen

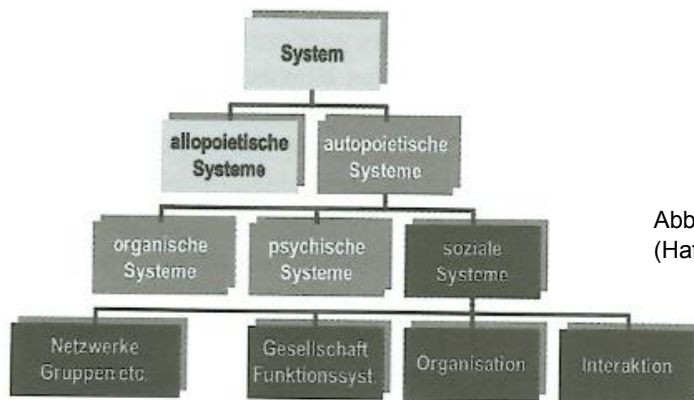


Abb. 1: Systemebenen und Systemtypen (Hafen, 2013, S. 33)

Die abgebildete Grafik zeigt die verschiedenen Ebenen und Typen von Systemen auf. Hafen (2013) erläutert, dass allopoietische Systeme technische Systeme sind, wie z.B. Maschinen. Es sind also berechenbare Systeme. Anders ist es bei den autopoietischen Systemen, die durch ihre operative Geschlossenheit zu Blackboxen werden. Das bedeutet, dass es nicht absehbar ist, welche Strukturen innerhalb eines Systems durch eine Information generiert werden. Somit kann nicht beeinflusst oder vorhergesehen werden, ob das gewünschte Resultat ausgelöst wird oder nicht. Diese Systeme sind somit unberechenbar (S.33). Was diese Eigenschaft für die Prävention bedeutet, wird im Kapitel 3.1.4. genauer erläutert.

In der vorliegenden Arbeit wird unter dem Begriff „System“ immer ein autopoietisches System verstanden, da diese für die behandelte Thematik von Bedeutung sind.

Autopoietische Systeme werden bezüglich Hafen (2013) in organische, psychische und soziale Systeme unterteilt.

Unter dem **biologischen System** wird der Körper eines Lebewesens verstanden, mit der Basisoperation Leben, was diverse biologische Prozesse beinhaltet. Das **psychische System** ist die Einheit von Bewusstsein und Unbewusstsein und hat zwei Operationsformen:

1. Wahrnehmung: Kann bewusst, sowie unbewusst sein
2. Gedanken und Vorstellungen: Sind immer bewusst.

Das **soziale System** reproduziert sich durch die Kommunikation (S. 34-39).

Obwohl es eigenständige Systeme sind, hängen sie eng miteinander zusammen und irritieren sich gegenseitig. Wenn ein Mädchen im Rahmen einer Diät am Hungern ist, verändern sich gewisse biologische Prozesse. Diese Veränderungen haben Auswirkung auf die Wahrnehmung des Mädchens und führen somit zu Veränderungen im psychischen System, was z.B. eine verstärkte Beschäftigung mit dem Essen zur Folge hat. Dadurch entstehen mehr Gespräche innerhalb der Familie, als soziales System, zu diesem Thema. Die erhöhte Kommunikation zu diesem Thema kann wiederum andere Personen in diesem sozialen System, z.B. die Schwester irritieren, sich mehr Gedanken zu der Thematik zu machen.

An diesem einfachen Beispiel wird die Komplexität der Prävention von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa sichtbar. Somit müssen laut Hafen (2013) alle drei Systemebenen für die Prävention beachtet werden, da diese Systeme, wie das Beispiel gut veranschaulicht, füreinander relevante Umwelten sind.

Das soziale System kann weiter in verschiedene Systeme unterteilt werden. Auf die wichtigsten Systeme für die Präventionsarbeit wird kurz eingegangen.

Die **Gesellschaft** wird nach Luhmann (zit. in Hafen, 2013, S.40) als Gesamtheit aller Kommunikationen definiert, die sich in verschiedene **Funktionssysteme** unterteilen lässt, z.B. das Gesundheitssystem. Diese grenzen sich durch einen binären Code von den anderen Funktionssystemen ab, in unserem Beispiel durch den Code Krankheit/Gesundheit. Das bedeutet, dass alle Kommunikation zum Thema Krankheit oder Gesundheit, z.B. über Anorexia nervosa, für dieses Funktionssystem von Bedeutung ist. Es ist normal, dass mehrere Funktionssysteme gleichzeitig für eine Person relevante Umwelten darstellen (Hafen, 2013, S.40-42).

Die Systemform der **Organisation** ist für die Prävention laut Hafen (2013) von hoher Bedeutung, da sie selbst häufig in einer Organisationsform auftritt z.B. als eine Fachstelle für Prävention von Essstörungen. Zusätzlich setzt die Prävention, im Rahmen von Verhältnisprävention, auf gesundheitsförderliche Veränderungen von Organisationen (S.42-43).

Für die Prävention von Bedeutung ist auch die **Interaktion**. Unter Interaktion wird gemäss Luhmann Kommunikation die Bedingung körperlicher Anwesenheit verstanden (Luhmann, 1994; zit. in Hafen, 2013, S.45).

Weitere wichtige soziale Systeme für die Prävention sind die Familien, die Peergroups sowie die Netzwerke. Netzwerke sind vor allem für die Früherkennung von grosser Bedeutung. Die Familie hat eine hohe Intensität von Kommunikation, was zu einer starken Schliessung des Systems nach aussen hin führt. Das ist der Grund, wieso es für die Prävention schwierig ist, Einfluss in Familiensysteme zu nehmen. Trotzdem ist die Familie ein wichtiges Präventionsfeld, da es für Kinder und Jugendliche eine sehr relevante Umwelt darstellt (Hafen, 2013, S.48).

### 3.1.3. Soziale Adresse und Inklusion

Luhmann verwendet im Zusammenhang mit der Systemtheorie für die Alltagsbezeichnung „Mensch“ den Begriff „**Person**“. Die Person besteht somit auch nicht aus Körper und Seele, sondern ist ein soziales Konstrukt. Dies ist der Fall, da sich die Person, je nachdem wo sie sich aufhält, anders verhält, was sich dadurch erklären lässt, dass unterschiedliche Erwartungen an die Person gerichtet sind. Eine Jugendliche z.B. verhält sich in der Schule anders als wenn sie mit ihrer Peergroup unterwegs ist (Luhmann, 1994, zit. in Hafen, 2013, S.60). Je nach Kontext handelt gemäss Hafen (2013) die Person in einer anderen Rolle, die einen Aspekt der **sozialen Adresse** darstellt. Weitere Aspekte, die die soziale Adresse einer Person prägen, sind beispielsweise Geschlecht, Hautfarbe, Bildungsstand und Kleidung. Personen, sowie Familie und Organisationen können durch die soziale Adresse in der Kommunikation als Handelnde identifiziert werden. Für die Inklusion einer Person in ein soziales System ist somit **Adressabilität** eine Voraussetzung (S.61). Die Funktionssysteme und die Gesellschaft verfügen über keine soziale Adresse und sind deshalb auch nicht adressable (Hafen, 2013, S.40). Eine Präventionsmassnahme, die sich an die Gesellschaft wendet, bringt somit nichts. Da sie nicht adressable ist und keine soziale Adresse hat, fühlt sich auch niemand angesprochen und die Massnahme hat praktisch keine Wirkung. Deshalb muss sich die Prävention immer an soziale Adressen wenden z.B. an Organisationen.

Durch die soziale Adresse wird **Inklusion** erst möglich, da sie die Inklusionsfähigkeit bestimmt. Dabei wird unter Inklusion eine gegenwärtige Adressierung einer Person verstanden. Durch diese Adressierung wird die Person in das soziale System inkludiert. Das Gegenteil von Inklusion ist die Exklusion. Von Exklusion wird gesprochen, wenn eine Person

momentan nicht in einem sozialen System inkludiert ist. Normalerweise sind die meisten Personen den Grossteil der Zeit aus den meisten sozialen Systemen exkludiert, was jedoch eine unproblematische Tatsache ist. Das Problem fängt erst bei einer langfristigen Exklusion aus relevanten Systemen an. Ein Ansatzpunkt der Prävention ist es, die Inklusionsfähigkeit zu verbessern. Je nach Situation kann jedoch ein Bestreben der Zielperson, ihre Inklusionsfähigkeit zu verbessern, den Bemühungen der Prävention entgegenstehen (Hafen, 2013, S.62-64). Dieses Phänomen wird z.B. auf Internetseiten wie „Pro Ana“ oder „Pro Mia“ beobachtet. Die Mädchen die sich auf diesen Foren angemeldet haben, versuchen um jeden Preis die Vorgaben darin zu erfüllen, z.B. jede Woche noch mehr abnehmen. Sie tun dies damit sie dazugehören, damit sie ins soziale System „Pro Ana“ inkludiert werden und inkludiert bleiben. Das gleiche Phänomen wird auch unter Freundinnen beobachtet, die sich gemeinsam das Ziel Abnehmen gesetzt haben und nur diejenigen in diese Peergroup aufnehmen, die auch mitmachen.

#### **3.1.4. Interventionen**

Laut Hafen (2013) wird von einer **Intervention** gesprochen, wenn mit einer aktiven Handlung beim Zielsystem ein Informationsgewinnung, oder besser noch eine dauerhafte Strukturveränderung, veranlasst wird. Durch die operative Geschlossenheit der Systeme, kann nur von Interventions-, Beeinflussungs- oder Irritationsversuchen gesprochen werden, da ein System sich nur selber bilden, motivieren und informieren kann. Deshalb kann nur gehofft werden, dass der Irritationsversuch eine Änderung beim Zielsystem bewirkt (S.65-67). Zusätzlich wird ein System von den sozialen Systemen, die zur relevanten Umwelt gehören, beeinflusst. Dabei ist die Zusammensetzung der relevanten Umwelt von System zu System unterschiedlich (Hafen, 2013, S.73). Hafen (2013) erläutert, dass es nicht selbstverständlich ist, dass die Botschaft, die im Rahmen der Prävention weitergegeben wird, auch so ankommt, wie beabsichtigt (S.165). All diese Aspekte führen zu einer hohen Komplexität und ungewissen Präventionserfolgen. Trotz allem ist es möglich, dass die Interventionen erfolgreich sind und die gewünschte Einstellungs- und Verhaltensänderung bewirkt werden kann. Deshalb ist es von grosser Bedeutung Präventionsmassnahmen gut zu planen und die richtigen Methoden im jeweiligen Kontext anzuwenden. Die Prävention ist für die jeweiligen Zielsysteme jeweils nur eine Informationsquelle von vielen. Deshalb muss sie sich Mühe gemacht werden, deutlich und vor allem mit den richtigen Mitteln zu kommunizieren, damit die Prävention zur relevanten Umwelt wird und möglichst erfolgreiche Irritationsversuche durchgeführt werden können (Hafen, 2013, S.77-78).

### **3.2. Präventionstheoretische Grundlagen**

#### **3.2.1. Begriffsdefinition Prävention**

In einem ersten Schritt werden die Unterschiede zwischen Prävention und Behandlung herausgearbeitet. Danach wird der Begriff „Prävention“ im Zusammenhang mit dem Begriff „Gesundheitsförderung“ kurz erläutert.

Die Prävention hat zum Ziel, dass Probleme nicht entstehen oder frühzeitig verhindert werden können. Sie setzt also bei dem erwünschten Zustand in der Gegenwart an und versucht, dass dieser Zustand auch in der Zukunft in der erwünschten Form besteht. Dies ist ein grosser Unterschied zur Behandlung, denn diese setzt bei einem vorhandenen Problem an und versucht dieses Problem zu beseitigen. Die Behandlung versucht also, von einem unerwünschten Zustand (z.B. Diagnose Anorexia nervosa) zu einem erwünschten Zustand (z.B. Genesung von Anorexia nervosa) zu führen. Dabei setzt sie bei den Symptomen an

und versucht diese zu beseitigen. Die Prävention hingegen richtet sich an Personen, bei denen das Problem noch nicht manifest geworden ist. Im Unterschied zur Behandlung kann die Prävention schliesslich nicht bei den Symptomen ansetzen, da keine vorhanden sind, sondern setzt bei den Einflussfaktoren an. Sie hat das Ziel Schutzfaktoren zu stärken und Risikofaktoren zu reduzieren. Prävention ist somit immer Ursachenbehandlung (Hafen, 2013, S. 86-88; S.101).

Trotz der eben erwähnten Trennung der beiden Begriffe, sind sie eng miteinander verbunden. Da jede Behandlung auch präventive Aspekte beinhaltet und die Prävention jeweils auch behandelnd wirkt. Behandlung und Prävention kann somit als Kontinuum verstanden werden (Hafen, 2013, S.83-85). Wenn beispielsweise eine an Bulimia nervosa Erkrankte, bei der der Krankheitsausbruch erst vor kürzerer Zeit gewesen war und die als gewichtsreduzierende Massnahmen jeweils erbrochen hat, eine Behandlung in Anspruch nimmt, hat diese Behandlung eine präventive Wirkung auf die Zähne der Erkrankten<sup>10</sup>.

Hafen (2013) erläutert, dass unter dem Begriff Gesundheitsförderung alle Massnahmen verstanden werden, die zum Ziel haben die Gesundheit zu fördern oder sie zu erhalten. Dies ist nur durch die Stärkung von Schutzfaktoren und durch die Beseitigung der Risikofaktoren möglich. Da die Prävention dasselbe macht und dasselbe Ziel hat, unterscheiden sich die zwei Begriffe in der Praxis nicht (S.132-134). Die zwei Begriffe werden im Rahmen dieser Arbeit somit als Synonyme verwendet.

### 3.2.2. Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

In der Praxis wird häufig zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden. Die **Primärprävention** wendet sich laut Hafen (2013) an soziale Systeme oder Personen, bei denen ein spezifisches Problem noch nicht aufgetreten ist (S.103). Der **Sekundärprävention** wird die Früherkennung zugeordnet. Sobald Anzeichen für ein unerwünschtes Problem bei Personen oder sozialen Systemen erkennbar sind, werden Massnahmen ergriffen, um eine geeignete Frühbehandlung zu initiieren. Bei der **Tertiärprävention** sollen Folgeprobleme eines bestehenden Problems verhindert werden (Hafen, 2013, S.105-106). Wie im Kapitel 3.2.1. dargelegt, hat Behandlung auch immer präventive Aspekte und deshalb kann die Tertiärprävention der Behandlung zugeordnet werden. Wie bereits im Kapitel 1.6. erläutert, werden im Rahmen dieser Arbeit nur die Primär- und die Sekundärprävention berücksichtigt.

### 3.2.3. Universelle, selektive und indizierte Prävention

Hafen (2013) ordnet die universelle und die selektive Prävention der Primärprävention zu. Bei der **universellen Prävention** werden Massnahmen an einen Teil der Bevölkerung oder einer Gruppe z.B. die Jugendlichen, die den Jugendtreff besuchen, gerichtet. Diese Personen haben weder einen Problembezug noch viele Belastungsfaktoren für das zu verhindernde Problem. Die **selektive Prävention** unterscheidet sich insofern von der universellen, dass bei der Zielgruppe bereits bestimmte Belastungsfaktoren in Bezug auf das Problem vorhanden sind. Es handelt sich somit um eine Risikogruppe. Die **indizierte Prävention** richtet sich an Personen und soziale Systeme, die einen konkreten Problembezug haben, das heisst dass das zu verhindernde Problem bereits in der

---

<sup>10</sup> Durch das regelmässige Erbrechen entstehen unter anderem Zahnschmelzschäden (Borgstedt, 2013, S.46).

Frühphase vorhanden ist, oder erste Anzeichen davon entdeckt wurden. Deshalb wird die indizierte Prävention der Frühbehandlung zugeordnet (S.108).

### 3.2.4. Prävention und präventives Handeln

Von einem **präventiven Handeln** wird gesprochen, wenn Personen in ihrem Alltag die erwünschten Verhaltensweisen leben. Das kann z.B. eine ausgewogene und gesunde Ernährung sein oder eine gute Familienatmosphäre bei den gemeinsamen Mahlzeiten. Eine **professionelle Prävention** hingegen ist eine organisierte Form z.B. als Fachstelle oder als Projekt. Zusätzlich verlangen sie meistens ein Entgelt für ihre Arbeit. Dabei ist es ihr Ziel, die Zielsysteme und Zielpersonen zu einem präventiven Alltagshandeln anzuleiten. Sobald für die Personen dieses präventive Alltagshandeln so normal wird, dass sie vergessen, dass sie eigentlich präventiv handeln, ist das Ziel der Prävention erreicht (Hafen, 2013, S.101).

### 3.2.5. Einflussfaktoren

Der Begriff Einflussfaktoren im Bereich Gesundheit ist laut Hafen (2013) die übergeordnete Bezeichnung für „Belastungsfaktoren“ und „Schutzfaktoren“ und beschreibt die Einheit der Differenz von Belastungs- und Schutzfaktoren. Unter Belastungsfaktoren (auch Risikofaktoren genannt) werden Faktoren verstanden, die ein Auftreten einer Krankheit wahrscheinlicher machen. Hingegen werden Faktoren die das Risiko einer Krankheit verringern, als Schutzfaktoren definiert. Die oben genannte Differenz bildet der zentrale Ansatzpunkt der Prävention, nämlich Belastungsfaktoren zu verringern und Schutzfaktoren zu stärken.

Im Rahmen der systemischen Prävention ist wichtig zu wissen, dass es sich beim Einfluss der Einflussfaktoren um einen statistischen Wert handelt. Ein Vorhandensein eines Belastungsfaktors erhöht somit die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Krankheit. Hingegen fördern die Schutzfaktoren die Gesundheit nicht aktiv, sondern reduzieren den Einfluss der Belastungsfaktoren. Die Schutzfaktoren lassen sich in zwei Arten unterteilen:

1. Schutzfaktoren, die sobald sie fehlen, zu einem Belastungsfaktor werden
2. Schutzfaktoren, deren Fehlen erst wichtig wird, wenn entsprechende Belastungsfaktoren vorhanden sind.

Nach diesen Definitionen ist somit die Abwesenheit eines Belastungsfaktors kein Schutzfaktor (S.126-127).

Um die verschiedenen Schutz- und Belastungsfaktoren zu systematisieren, schlägt Hafen (2013) im Blick auf die Systemtheorie die folgenden vier Klassifizierungsebenen vor:

- die körperliche Ebene
  - die psychische Ebene
  - die soziale Ebene
  - die physikalisch-materielle Ebene
- (S.128).

Im Kapitel vier wird genauer auf diese vier Ebenen, im Zusammenhang mit Essstörungen, eingegangen.

Zusätzlich kann nach Hafen (2013) noch zwischen proximalen und distalen Einflussfaktoren unterschieden werden. Proximale Einflussfaktoren sind Faktoren, die einen direkten Einfluss auf den erwünschten/unerwünschten Zustand haben. Distale Einflussfaktoren sind Faktoren, die Einfluss auf die proximalen Einflussfaktoren nehmen und diese beeinflussen und somit einen indirekten Einfluss haben (S.130). Auf diese Unterscheidung wird innerhalb dieser Arbeit jedoch nicht weiter eingegangen.

### **3.2.6. Verhaltens- und Verhältnisprävention**

Die **Verhaltensprävention** wird laut Hafen (2013) auch Individuums-orientierter Ansatz genannt und wendet sich direkt an die Personen, bei denen ein spezifisches Problem verhindert werden soll. Dabei sollen bei den Personen durch Irritationsanlässe in der sozialen Umwelt, Lernprozesse veranlasst werden, die eine Verhaltensänderung zur Folge haben. Diese Verhaltensänderungen sollen dann die Entstehung von Problemen einschränken (S.161-162). Beispielweise ist ein hohes Selbstwertgefühl ein Schutzfaktor für Anorexia nervosa. Somit können im Rahmen der Verhaltensprävention Irritationsanlässe geboten werden, die dem psychischen System Anlass geben, ihr Selbstwertgefühl zu erhöhen.

Bei der **Verhältnisprävention**, wird gemäss Hafen (2013) versucht, die sozialen Systeme, die für das betreffende Individuum als relevante Umwelten gelten, zu gesundheitsförderlichen Umwelten zu verändern. Es geht darum, die Verhältnisse, in denen sich ein Individuum befindet, zu verändern, indem Belastungsfaktoren vermindert werden und Schutzfaktoren gefördert. Dabei ist wichtig, die strukturellen Besonderheiten einzelner Systemtypen zu beachten (S.161 & S. 166-167). Ein Beispiel für Verhältnisprävention wäre ein Verbot, Models in den Medien zu zeigen, die einen BMI unter 18 haben.

### **3.2.7. Bestimmung der Zielgruppe**

Von grosser Bedeutung in der Prävention, ist die exakte Bestimmung der Zielgruppe (Hafen, 2013, S.219). Die Konstruktion der Zielpersonen ist entscheidend für die Interventionsmethode. Deshalb ist es wichtig, möglichst viel über die Zielperson zu wissen (Hafen, 2013, S.61). Christa Berger (2009) erwähnt, dass Expertinnen und Experten von universellen und altersunangemessenen Präventionsmassnahmen warnen, da diese entweder nichts oder sogar das Gegenteil bewirken (S.19). Neben der genauen Bestimmung der Zielgruppe ist es wichtig, zielgruppenspezifische Vorgehensweisen und Präventionsmethoden zu wählen. Wichtige Zielgruppenfaktoren, die beachtet werden müssen, sind nach Hafen (2013) unter anderem das Alter, das Geschlecht, der Migrationshintergrund sowie der sozio-ökonomische Status (S.221). Beispielsweise sind junge Frauen (Schnyder et al., 2012, S.33 & S.38) besonders gefährdet, an Anorexia nervosa und Bulimia nervosa zu erkranken. Sie erkranken häufiger als Männer oder ältere Frauen. Deshalb ist es sinnvoll die Präventionsmassnahmen auf die Lebenswelt der jungen Frauen abzustimmen und konkrete Angebote für diese Zielgruppe anzubieten.

### **3.3. Prävention und offene Jugendarbeit**

Ist es überhaupt eine Aufgabe der offenen Jugendarbeit Präventionsarbeit zu leisten? Dieses Kapitel setzt sich mit dieser Frage auseinander.

Der Präventionsgedanke lässt sich aus dem Berufskodex der Sozialen Arbeit der Schweiz ableiten. Unter dem Kapitel der Grundsätze der Sozialen Arbeit bei Zielen und Verpflichtungen steht bei 5.5.: „Soziale Arbeit hat soziale Notlagen von Menschen und Gruppen zu verhindern, zu beseitigen oder zu lindern.“ (AvenirSocial, 2010, S.6). Wie im Kapitel 3.2.1. genauer erläutert, geht es bei der Prävention um die Verhinderungen von Problemen. Dazu zählt auch die Verhinderung von sozialen Notlagen von Menschen und Gruppen. Deshalb ist Präventionsarbeit ein Ziel und eine Verpflichtung der Sozialen Arbeit.

Gregor Husi und Simone Villiger (2012) erläutern, dass die Soziale Arbeit in drei Berufsprofile unterteilt werden kann: In die Sozialarbeit, in die Sozialpädagogik und in die

Soziokulturelle Animation (S.42-43). In der Systemtheorie ausgedrückt, werden diese drei Berufsprofile gemäss Hafén (2010) dem Funktionssystem der Sozialen Arbeit zugeordnet (S. 174). Die Berufsprofile können nach Husi und Villiger (2012) wiederum in verschiedene Arbeitsfelder unterteilt werden. Als ein Arbeitsfeld der Soziokulturellen Animation wird die (offene) Jugendarbeit gezählt (S.116). Aufgrund dieser Zuordnung wird nun ein Blick auf die Präventionsarbeit in dem Berufsprofil der Soziokulturellen Animation geworfen.

Laut Hafén (2010) hat die Soziokulturelle Animation als Berufsprofil an sich bereits eine präventive Wirkung, da sie durch ihre Tätigkeiten dazu beiträgt, dass soziale Probleme und Notlagen schon gar nicht entstehen. Im Unterschied zur Sozialarbeit, die hauptsächlich an bereits bestehenden Problemen ansetzt, setzt die Soziokulturelle Animation vor allem an den Einflussfaktoren von noch nicht bestehenden Problemen an. Viele Belastungs- und Schutzfaktoren liegen im Handlungsfeld der Soziokulturellen Animation, wodurch sie automatisch innerhalb ihres Berufsalltags Präventionsarbeit leistet. Die Jugendarbeitenden können z.B., indem sie die Jugendlichen ernst nehmen und sie wertschätzen, einen Beitrag zur Entwicklung eines gesunden Selbstvertrauens leisten. Die Jugendlichen wertzuschätzen und ernst zu nehmen stellt einen Arbeitsgrundsatz der Jugendarbeit dar und sollte deshalb im Berufsalltag auch so gelebt werden. Neben den allgemeinen Ähnlichkeiten zwischen der Präventionsarbeit und der Soziokulturellen Animation gibt es auch in der Methodik Parallelen wie z.B. die Projektarbeit. Die grundsätzlichen Haltungen der Soziokulturellen Animation wie Freiwilligkeit, Empowerment, Partizipation und Nachhaltigkeit sind auch für die Prävention wichtige Grundhaltungen. Deshalb spricht Hafén zu Recht von der Soziokulturellen Animation als Präventionsdisziplin der Sozialen Arbeit (S.177-181).

Zusätzlich verhindert die Soziokulturelle Animation mit ihrer Arbeit nicht nur soziale Probleme, sondern auch gesundheitliche Probleme (Hafén, 2010, S.179). Da Essstörungen, wie Anorexia nervosa und Bulimia nervosa, den gesundheitlichen Problemen zugeordnet werden, gehört deren Prävention ebenfalls zu den Aufgaben der Soziokulturellen Animation, respektive der Jugendarbeit.

Nach den Ausführungen, dass die Präventionsarbeit ein Aufgabenbereich der Soziokulturellen Animation ist, wird nun die offene Jugendarbeit spezifisch auf ihren Auftrag der Prävention untersucht.

Elena Konstantinidis<sup>11</sup> (zit. in BAG, 2005, S.68) erläutert, dass die offene Jugendarbeit in einem umfassenden und generellen Sinn präventiv wirkt. Diese generelle präventive Wirkung wurde bereits im Rahmen der Präventionsarbeit in der Soziokulturellen Animation genauer erläutert. Zusätzlich ist die offene Jugendarbeit laut Konstantinidis (zit. in BAG, 2005, S.68-69) auch für einen engeren Sinn der Prävention geeignet, da die Jugendarbeit im Rahmen ihres Settings verschiedene Präventionsprojekte gemeinsam mit den Jugendlichen durchführen kann. Die Leistungen der Jugendarbeit entsprechen zusätzlich den aktuellsten Definitionen der Gesundheitsförderung, respektive der Prävention.

Berger (2011) erwähnt die Jugendarbeit ebenfalls als einen zentralen Ort für die direkte Präventionsarbeit von Essstörungen bei Jugendlichen (S.22).

Die Antwort auf die, am Anfang dieses Unterkapitels gestellt Frage, kann nach all den Ausführungen folgendermassen beantwortet werden: Ja, Präventionsarbeit ist eine Aufgabe der Jugendarbeit, auch im Hinblick auf Essstörungen.

---

<sup>11</sup> Geschäftsführerin des Dachverbandes Offene Jugendarbeit (DOJ).

## 4. Einflussfaktoren auf Essstörungen bei weiblichen Jugendlichen

Dieses Kapitel setzt sich mit der Frage auseinander, welche Faktoren die Entstehung einer Anorexia nervosa und einer Bulimia nervosa begünstigen beziehungsweise davor schützen können.

Um Präventionsmassnahmen für das Berufsfeld der Sozialen Arbeit entwickeln zu können, ist eine ausführliche Einflussfaktorenanalyse eine wichtige Voraussetzung. Wie bereits im Kapitel 3.2.1. erläutert wurde, ist Prävention Ursachenbehandlung. Dies bedeutet nach Hafén (2013), dass die Prävention nicht direkt an einem Problem, sondern ausschliesslich an den Einflussfaktoren ansetzen kann. Die Einflussfaktoren sollen demnach so beeinflusst werden, dass das zu verhindernde Problem erst gar nicht auftritt. Zusätzlich ist zu beachten, dass die Einflussfaktoren jeweils auf das zu verhindernde Problem zu spezifizieren sind, also auf Anorexia nervosa und Bulimia nervosa (S. 83-88; 109; 171). Aus diesem Grund ist für eine erfolgreiche Prävention eine spezifizierte Einflussfaktorenanalyse zentral, da diese aufzeigt, welche Faktoren für die Entstehung des Problems von Bedeutung sind und dadurch sichtbar wird, an welchen Faktoren die Prävention ansetzen sollte. Infolgedessen wird diesem Thema ein ganzes Kapitel gewidmet.

In der Literatur wie im Internet werden hauptsächlich die Belastungsfaktoren diskutiert, wohingegen die Schutzfaktoren eher spärlich erwähnt werden. Da es eine grosse Auswahl an Internetseiten und Büchern zu diesem Thema gibt, ist es im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich auf alle vorhandenen Quellen einzugehen und jeden einzelnen denkbaren Einflussfaktor einzubeziehen. Folglich wurde für die durchgeführte Einflussfaktorenanalyse eine Auswahl der Literatur und der Internetquellen getroffen. Dabei wurde versucht, dass ein möglichst breites Spektrum von verschiedenen Perspektiven (Psychologie, Ernährungswissenschaft, Ratgeber, Plattformen für Betroffene und Angehörige, Prävention- und Gesundheitsförderung, etc.) abgebildet wird. Des Weiteren wurde darauf geachtet, möglichst aktuelle Literatur und Internetseiten zu verwenden sowie auch relevante Literatur, die bis zum heutigen Zeitpunkt von diverser aktuellerer Literatur zitiert wird. Nach der Literatursammlung wurde für die zwei Essstörungen je separat eine Einflussfaktorensammlung durchgeführt und nach den vier verschiedenen Klassifizierungsebenen (körperlich, psychisch, sozial und physikalisch-materiell) unterteilt. Anschliessend wurden die Sammlungen ausgewertet. Dadurch wurde sichtbar, welche Einflussfaktoren in wie vielen Quellen erwähnt wurden, was eine Gewichtung der Faktoren erlaubt. Je häufiger ein bestimmter Faktor genannt wurde, desto wahrscheinlicher ist sein tatsächlicher Einfluss auf die Krankheitsentstehung, da dann diese Meinung nicht nur von ein paar wenigen Autoren geteilt wird, sondern breiter abgestützt ist. Die Resultate wurden in zwei Tabellen (siehe Anhang A und Anhang B) dargestellt, die zusätzlich aufzeigen, welche Einflussfaktoren auf beide Krankheitsentstehungen Einfluss haben beziehungsweise spezifische Faktoren für eine bestimmte Essstörung sind. Da eine Erläuterung von allen ausgewerteten Einflussfaktoren den Rahmen der Arbeit sprengen würde, wurden hauptsächlich die Faktoren erläutert, die entweder empirisch gesichert sind oder durch eine Vielfachnennung eine hohe Gewichtung haben. Trotzdem muss hauptsächlich von potentiellen Einflussfaktoren gesprochen werden, da laut Jacobi et al. (2004) nur wenige Faktoren durch mehrere Studien gesicherte Einflussfaktoren sind (S.21 & 34).

Im Zusammenhang mit den Einflussfaktorenanalysen ist wichtig zu wissen, dass gemäss Hafén (2013) die Entwicklung von Gesundheit bzw. Krankheit ein hoch komplexer Prozess von strukturell gekoppelten Systemen ist, die sich gegenseitig über die Einflussfaktoren als



relevante Umwelten beeinflussen (S.129). Diese Komplexität erwähnt auch Klotter (2007) mit seiner Aussage, dass es weder die anorektische Persönlichkeit, noch die bulimische Persönlichkeit gibt. Vielmehr ist es ein Zusammenspiel von vielen verschiedenen Faktoren, die folglich multifaktoriell bedingt ist (S.130 & S.140). Die Entwicklung einer Essstörung versteht auch Borgstedt (2013) als ein individuelles Zusammenspiel von verschiedenen Faktoren und sei nicht zu einer allgemeingültigen Ursache zurückzuführen (S.21-22).

#### **4.1. Belastungsfaktorenanalyse Anorexia nervosa und Bulimia nervosa**

Diese Perspektive des komplexen Zusammenspiels der Einflussfaktoren muss eingenommen werden, wenn die Belastungsfaktorenanalyse betrachtet wird. Weder ist ein Faktor alleine hinreichend, damit eine Essstörung ausbricht noch muss einer zwingend vorhanden sein. Vielmehr handelt es sich, bei jeder Betroffenen einer Essstörung, um ein individuelles Zusammenspiel von verschiedenen Einflussfaktoren, die zum Ausbruch der Krankheit führen.

Die Tabelle mit der Auswertung der Belastungsfaktorenanalyse befindet sich im Anhang A. In den folgenden Unterkapiteln wird auf die gewichteten und dadurch ausgewählten Belastungsfaktoren eingegangen und diese erläutert. Dies geschieht anhand der vier Klassifizierungsebenen, wobei die physikalisch-materielle Ebene vernachlässigt wird, da im Rahmen der Analyse nur ein einziger Belastungsfaktor gefunden werden konnte: Die ausreichende und dauerhafte Verfügbarkeit von, meist hochkalorischen, Nahrungsmitteln. Dieser Belastungsfaktor ist jedoch nur für die Bulimia nervosa von Bedeutung.

##### **4.1.1. Körperliche Ebene**

In der Auswertung der Belastungsfaktorenanalyse wird ersichtlich, dass der häufigste genannte Belastungsfaktor in der körperlichen Ebene die **erbliche Veranlagung** ist. Laut Jacobi et al. (2004) zeigen die Zwillingsstudien auf, dass eine genetische Komponente bei der Entstehung der Störung von Bedeutung ist. Bei einer Mehrzahl der durchgeführten Studien war, im Vergleich von eineiigen zu zweieiigen Zwillingen, bei den eineiigen Zwillingen eine bedeutend höhere Konkordanzrate<sup>12</sup> feststellbar. Dieses Resultat trifft auf beide Essstörungen zu. Jedoch ist die erbliche Veranlagung für die Anorexia nervosa ein bedeutenderer Belastungsfaktor als für die Bulimia nervosa (S.29-30). Janet Treasure (2012) stellt ebenfalls fest, dass genetische Dispositionen die Entwicklung einer Anorexia nervosa begünstigen können, und verweist ebenso auf die Zwillingsstudien. Zusätzlich wird immer wieder beobachtet, dass es innerhalb der Kernfamilie häufig mehr als ein erkranktes Familienmitglied gibt, was auch auf eine familiäre Veranlagung hinweist (S. 28-29). Jacobi et al. (2004) verweist jedoch darauf, dass die, in der Zwillingsstudien angewandten, Methoden auch kontrovers diskutiert werden (S.30).

Einen weiteren wichtigen körperlichen Belastungsfaktor stellen ein **prämorbid<sup>13</sup> Übergewicht und Diäten** dar. Bei einer übergewichtigen jungen Frau oder jungen Mädchen, kann durch ein Zusammenspiel von verschiedenen sozialen Faktoren, wie zum Beispiel dem gesellschaftlichen Schlankheitsideal, eine Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper entstehen. Daraus entsteht häufig ein restriktives Essverhalten bzw. Diäten. Gisela Steins (2007) macht auf einen interessanten Aspekt aufmerksam, nämlich auf die Auswirkungen des Hungerns auf den Körper und die Psyche, was bei Diäten der Fall ist. So können, durch

---

<sup>12</sup> Übereinstimmung bestimmter Merkmalen bei Zwillingen (Pschyrembel, 2004, S.966).

<sup>13</sup> Vor dem Krankheitsausbruch vorhanden (Enzyкло.de, ohne Datum).

das Hungern bedingt, körperliche Veränderungen (biologische Prozesse) passieren, die dann einen Einfluss auf das Denken, Fühlen und Verhalten der hungernden Person haben. Diese Veränderungen können dazu führen, dass die Person die Entscheidung weiter zu hungern auf einem ganz anderen Niveau trifft, als die ursprüngliche Entscheidung, eine Diät zu halten. Weiter erwähnt sie, dass durch die hungerbedingten Veränderungen typische Verhaltensweisen von Essgestörten entstehen können, wie zum Beispiel eine verzerrte Körperwahrnehmung (S.65-66). Das Minnesota Experiment von Ancel Keys 1944 -1945<sup>14</sup> macht ebenfalls auf die körperlichen und psychischen Veränderungen des Hungerns aufmerksam. Es wurde auch von Essanfällen als Folge der Hungerperiode berichtet (Das Minnesota-Experiment, ohne Datum). Die Resultate von Ancel Keys weisen Parallelen mit den Symptomen und Verhaltensweisen von anorektischen und bulimischen Patientinnen auf. Der typische Teufelskreis der Bulimia nervosa ist teilweise auch biologisch, im Zusammenhang mit Hungern, erklärbar. Durch strenge Diäten kann es zu einer Unterzuckerung des Körpers kommen, was folglich Essanfälle begünstigt (Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, ohne Datum).

Gemäss Jacobi et al. (2004) zählen häufiges Diätverhalten und ein gezügeltes Essverhalten zu den am besten gesicherten Faktoren für die Entstehung einer Essstörung. Dies gilt vor allem für die Bulimia nervosa. Ungefähr 73% bis 91% aller an Anorexia oder Bulimia nervosa erkrankten Patientinnen machten vor dem Krankheitsbeginn eine Diät oder verloren auf andere Weise an Gewicht (S.23-24).

Die Diskussion, ob es sich bei Diäten um einen Belastungsfaktor oder eher um einen Auslösefaktor handelt, ist berechtigt und wird kontrovers diskutiert.

Das **weibliche Geschlecht** gilt ebenfalls als Belastungsfaktor. Diverse Studien zeigen auf, dass Frauen deutlich häufiger an Anorexia nervosa und Bulimia nervosa erkranken. Die Studie von Schnyder et al. (2012) zeigt in der Schweiz ein Mann-zu-Frau-Verhältnis von ca. 1:3 für Bulimia nervosa und ein 1:6 Verhältnis für Anorexia nervosa (S.49-50). Hafens (2013) sieht den geschlechterbedingten Unterschied in den spezifischen Sozialisationsbedingungen, denen Frauen ausgesetzt sind und nicht am weiblichen Geschlecht selbst (S.130-131). Nach dieser Auffassung Hafens müsste das weibliche Geschlecht als Belastungsfaktor in der sozialen Ebene klassifiziert werden und wäre kein Belastungsfaktor auf körperlicher Ebene.

Ein letzter Belastungsfaktor der, in der körperlichen Ebene erläutert wird, ist die **frühe Menarche und das frühe Einsetzen der Pubertät**. Da dies ein biologischer Prozess ist, wird er auf dieser Ebene erläutert. Das Problematische ist jedoch nicht der biologische Prozess selbst, sondern, nach Nancy Bodmer (2013), eine Diskrepanz zwischen der kognitiven und emotionalen Entwicklung zur körperlichen Reife. Dies kann zu einer Überforderung aufgrund zu hoher Erwartungen der Umwelt führen, genannt Entwicklungsschluss-Hypothese (S.57). Dieser Faktor hängt eng mit psychischen und sozialen Faktoren wie z.B. der Entwicklungsphase Jugend oder mangelnder Vorbereitung von aussen auf diese Phase zusammen.

---

<sup>14</sup> Hungerexperiment, bei dem die Langzeitfolgen von Hungern auf den körperlichen und geistigen Zustand erforscht wurden. Das Experiment fand mit Männern, die sich freiwillig gemeldet haben, statt (Das Minnesota-Experiment, ohne Datum).

#### 4.1.2. Psychische Ebene

Ein **geringes Selbstwertgefühl** war der häufigst vorkommende psychische Faktor im Rahmen der Belastungsfaktorenanalyse. Für Jacobi et al. (2004) spielt ein geringes Selbstwertgefühl eine zentrale Rolle, da Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa ein beeinträchtigtes Selbstkonzept aufweisen und es gleichzeitig ein diagnostisches Kriterium für Anorexia und Bulimia nervosa im DSM-IV ist. Nach Corinna Jacobi und Stefan Neubert (2005) ist ein geringes Selbstwertgefühl empirisch hauptsächlich bei Bulimia nervosa als Belastungsfaktor nachweisbar (S.76).

**Perfektionismus** ist ebenfalls ein häufig genannter Belastungsfaktor. Kinzl et al. (2004) sehen Perfektionismus als Belastungsfaktor, da von perfektionistischen Menschen auch Schlankheitsideale strikt verfolgt werden (S.56). Ein häufiges Auftreten von Perfektionismus bei anorektischen Patientinnen, teilweise auch von bulimischen Patientinnen, stellten auch Jacobi et al. (2004) fest. In Längsschnittstudien konnte jedoch Perfektionismus als Belastungsfaktor nicht durchgängig bestätigt werden (S.27-28).

**Psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angsterkrankungen und Zwänge** wurden im Rahmen von Einflussfaktoren immer wieder genannt. Andererseits wurde dieser Faktor von mehreren Quellen als Begleiterkrankung erwähnt. So treten gemäss Schneider und Wälte (2012) in 50-75% der Fälle, Essstörungen zusammen mit depressiven Störungen auf. Auch Angst- und Zwangsstörungen treten häufig als Begleiterkrankung auf (S.376). Jacobi et al. (2004) erwähnen, dass es vereinzelte Studien gibt, die ein erhöhtes Risiko für Anorexia nervosa feststellten, wenn eine Zwangsstörung oder eine kindliche Angststörung vorausging. Das Risiko für Bulimia nervosa wird durch soziale Phobien sowie durch Angststörungen in der Vorgeschichte erhöht (S.26). Im Hinblick auf die Resultate des Minnesota-Experiments, zeigt sich jedoch deutlich, dass psychische Erkrankungen häufig als Begleiterkrankungen vorkommen (Das Minnesota-Experiment, ohne Datum). Schlussendlich ist es möglich, dass die psychischen Erkrankungen bei den einen Patientinnen als Begleiterkrankung auftauchten und bei anderen ein Belastungsfaktor war, der den Ausbruch einer Essstörung begünstigte.

Als einen weiteren Belastungsfaktor wurde immer wieder eine **hohe Leistungsorientierung und ein hoher Leistungsanspruch** genannt. Dieser hohe Selbstanspruch wird Helga Simchen (2010) zufolge eine psychische Belastung für viele junge Menschen, was zu Dauerstress und Frust führt. Zudem fehlt es meistens an angemessenen Bewältigungsstrategien, um mit diesem Frust und Stress umzugehen. Zusätzlich kann es dazu führen, dass die Jugendlichen ihr Aussehen für ihr gefühltes Versagen verantwortlich machen (S.52).

Ein zentraler Faktor im Rahmen der Belastungsfaktorenanalyse ist die **Entwicklungsphase Jugend**. Dabei stellt nicht die Jugend an sich, sondern die Übergangsphase einen Belastungsfaktor dar. In dieser Phase gilt es, diverse Entwicklungsaufgaben erfolgreich zu bewältigen. Gemäss Kitty Cassée (2007) handelt es sich um die folgenden Entwicklungsaufgaben:

- Akzeptieren der körperlichen Veränderungen und der eigenen körperlichen Erscheinung
- Entdecken der Sexualität/sexuelle Identität
- Individuelle Ausgestaltung der weiblichen (bzw. männlichen) sozialen Geschlechtsrolle
- Beziehungen zu Gleichaltrigen
- Gestaltung der freien Zeit
- Entwicklung eines bedürfnis- und ressourcengerechten Konsumverhaltens
- Umgang mit Autoritäten: Personen und Instanzen

- Entwicklung einer eigenen Identität
- Aufbau eines eigenen Wertesystems
- Emotionale Ablösung von den Eltern
- Bewältigung schulischer Anforderungen
- Berufswahl/Berufsausbildung (S.289-292).

Viele dieser Entwicklungsaufgaben können bei Bewältigungsschwierigkeiten das Risiko für eine Essstörung erhöhen, zum Beispiel bei Problemen mit der Aneignung einer weiblichen Körper- und Geschlechtsidentität, bei Konflikten mit der eigenen Sexualität oder bei Schwierigkeiten mit der Ablösung von den Eltern. Marlene Lowigus (2014) kam bei ihren Untersuchungen zum Schluss, dass ein erheblicher Zusammenhang zwischen Anorexia nervosa und den Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz besteht (S.65). Dieser Zusammenhang soll auch bei der Prävention beachtet werden.

#### Der Belastungsfaktor **Defizit in der Selbstwahrnehmung und verzerrte**

**Realitätswahrnehmung** wird auch unterschiedlich diskutiert. Auch zu diesem Faktor sind die Resultate des Minnesota-Experiments interessant. Maria Cattus (2015) schreibt in ihrem Artikel:

Mit der Zeit veränderte sich auch das Selbstbild der Männer. Von Aussenstehenden als skelettartig mager beschrieben, empfanden sie sich selbst nicht so. Für sie sahen die Menschen in ihrer Umwelt schlicht zu dick aus. Eine Verzerrung der Realität, die ebenfalls als Parallele zu Anorexie-Patienten gesehen werden kann. (Das Minnesota-Experiment (Teil 3))

Diese Erkenntnis legt nahe, dass es sich vielmehr um eine Begleiterscheinung, anstatt um einen Belastungsfaktor handelt.

**Impulsivität** als typisches Persönlichkeitsmerkmal einer bulimischen Patientin wurde immer wieder erwähnt, was auf einen möglichen Belastungsfaktor hinweisen könnte. In der Analyse wurden jedoch keine weiteren Informationen zu diesem Faktor gefunden, weshalb hier auch nicht genauer auf diesen eingegangen wird.

**Die mangelnde Abgrenzungsfähigkeit und die Probleme mit der Ablösung von den Eltern** wurden bereits im Rahmen der Entwicklungsaufgaben erwähnt und treffen hauptsächlich auf anorektische Patientinnen zu. Zusätzlich ist dieser Belastungsfaktor im Zusammenhang mit der sozialen Ebene zu beachten.

Auf den Belastungsfaktor **Traumata** wird in der sozialen Ebene, im Zusammenhang mit dem sexuellen Missbrauch und den belastenden Lebensereignissen, eingegangen. Da, ohne ein solches Erlebnis, kein Trauma entstehen kann.

#### **4.1.3. Soziale Ebene**

Ein sehr zentraler Belastungsfaktor für die Entstehung von Essstörungen ist das **Schlankheit- und Schönheitsideal der Gesellschaft**. Gemäss Jacobi et al. (2004) liegt das, dem Schlankheitsideal entsprechende Gewicht, unter dem vorgegebenen Normalgewicht der meisten Frauen (S.22-23). Es gelten nach David M. Garner (1991) ironischerweise die Frauen als sexuell attraktiv, die durch ihre Figur bedingt nicht mehr fortpflanzungsfähig sind und ihr sexuelles Verlangen verloren haben (S.15). Das Schönheitsideal wird laut Jacobi et al. (2004) durch die Medien, Modezeitschriften, plastische Chirurgie usw. vermarktet, obwohl die Diskrepanz zwischen der weiblichen Idealfigur und der realen Körperfigur in den letzten 50 Jahren stetig gestiegen ist (S.23). Zusammenfassend erläutert Jürgen Beushausen (2004), dass das gesellschaftliche Schönheitsideal gewürdigt

wird, obwohl die meisten Frauen diesem nicht entsprechen. Wenn das eigene Körper selbstbild zu sehr von dem gesellschaftlichen konstruierten Schönheitsbild abweicht, wird das Schönheitsideal zu einem Problem. Denn je grösser die subjektiv empfundene Abweichung ist, desto schwieriger wird es sich selber wertzuschätzen und sich zu akzeptieren (S.111). Gerade für junge Frauen, die noch eine mangelhaft entwickelte Identität haben, birgt dies nach Kinzl et al. (2004) ein Risiko, da sie sich in ihrer Selbstunsicherheit an schlanken Vorbildern orientieren, und versuchen ebenfalls so zu werden (S. 56). Simchen (2010) erläutert, dass diese schlanken Vorbilder, die überall in den Medien zu finden sind, den jungen Frauen vermitteln, dass sie schlank, attraktiv und jugendlich aussehen müssen, um erfolgreich zu sein. Zusätzlich versuchen junge Frauen Bewunderungen, Anerkennung und Vorteile durch ihr Schlanksein zu erhalten (S.51). Dieses Schlankheitsideal ist ein Produkt der westlichen Gesellschaft. Da ein Ideal immer etwas ist, was schwer zu erreichen ist, liegt es auf der Hand, dass dort, wo Nahrung im Überfluss vorhanden ist, der Verzicht auf Nahrung zum Ideal wird. Zusätzlich verbindet die westliche Gesellschaft Schlanksein mit Schönheit, Glück, Gesundheit und Erfolg (Arbeitsgemeinschaft Essstörung AES, ohne Datum).

Die **Familienkultur von Anorexia nervosa** Patientinnen wird häufig als äusserlich intakte, harmonische Familie mit einem starken Familienzusammenhalt beschrieben. Durch diesen engen Zusammenhalt wird wenig Raum für Individualität gelassen. Zusätzlich hat die Familie meistens keine bewährte Streit- und Konfliktkultur, es können Rivalitäten zwischen den Geschwistern herrschen und hohe Leistungsansprüche an die Familienmitglieder (Experten Netzwerk Essstörungen Schweiz (ENES) 2002). Simchen (2010) beschreibt die Familie zusätzlich als sehr fürsorglich, was bei vielen Patientinnen zu einer Überbehütung führt (S. 115-116). Das Kompetenzzentrum für Essstörungen und Adipositas beschreibt die Familie einer anorektischen Patientin mit den gleichen Merkmalen wie das Netzwerk Essstörung. Es erwähnt jedoch, dass es schwierig einzuschätzen sei, ob diese Familienmerkmale Belastungsfaktoren sind oder ob sie eher Folgen der Erkrankung sind, da eine Erkrankung an Anorexia nervosa für ein Familiensystem ein einschneidendes und belastendes Ereignis ist (Kompetenzzentrum für Essstörungen und Adipositas, ohne Datum). Jacobi et al. (2004) beschreibt ebenfalls gestörte Interaktions- und Kommunikationsmuster, wie z.B. einen unsicheren Bindungsstil, innerhalb der Familie. Sie verweisen allerdings ebenso auf die Unklarheit, ob diese Merkmale Begleiterscheinungen sind oder als Belastungsfaktoren gezählt werden können (S.24). Einen familiären Belastungsfaktor stellen nach Simchen (2010) Mütter dar, die selber unzufrieden mit ihrem Körper sind und deshalb ständig Diäten machen (S.51).

Bei **Bulimia nervosa** Patientinnen spielt die **Familiensituation**, wie bei der Anorexia nervosa, eine wichtige Rolle. Im Unterschied zu den anorektischen Patientinnen stammen Bulimikerinnen häufig aus Familien, in denen die Konflikte impulsiv und heftig ausgetragen werden. Zusätzlich fehlt es häufig auch an Zuwendung, Anerkennung und Wärme innerhalb der Familie. Es handelt sich auch vielfach um sehr ehrgeizige und leistungsorientierte Familien. Der Umgang mit dem Essen innerhalb der Familie ist ebenfalls ein wichtiger Belastungsfaktor, z.B. unregelmässige gemeinsame Mahlzeiten oder strikte Diätenregeln (Dobmeier, 2014b). Laut Erika Toman (2010) gelten allgemein überfordernde Familiensituationen wie die Notwendigkeit früher Selbstständigkeit (Pseudoautonomie), Suchtprobleme oder psychische Erkrankungen der Eltern innerhalb der Familie als Belastungsfaktoren (S.6). Ein weiterer Belastungsfaktor ist, wenn das Körpergewicht im Wertesystem der Familie sehr eng mit dem Selbstwertgefühl verknüpft ist (Klinik und

Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, ohne Datum). Wie bereits bei der Familienkultur von Anorexia nervosa andiskutiert wurde, stellt sich auch hier die Frage, welche Faktoren als Belastungsfaktoren gelten und welche eher Begleiterscheinungen der Krankheit sind.

**Sexueller Missbrauch und körperliche oder psychische Misshandlung** werden häufig, hauptsächlich im Zusammenhang mit Bulimia nervosa (seltener auch mit Anorexia nervosa), als Belastungsfaktoren genannt. Gemäss Jacobi et al. (2004) gibt es Studien, die diesen Zusammenhang bestätigen. Es handelt sich jedoch um einen unspezifischen Faktor, da ein häufiger Zusammenhang nicht nur bei Patientinnen mit einer Essstörung festgestellt wurde, sondern allgemein bei Patientinnen mit einer psychischen Erkrankung (S.27).

Eine **starke Betonung der Leistung** in der Gesellschaft und/oder innerhalb der Familie wird immer wieder als Belastungsfaktor erwähnt, vor allem im Zusammenhang mit Anorexia nervosa. Zu einem Belastungsfaktor wird es, wenn Wertschätzung eng mit der erbrachten Leistung verknüpft wird (Experten Netzwerk Essstörungen Schweiz (ENES), 2002). sowie wenn die Werte der Leistungsgesellschaft internalisiert werden und diese Leistungsansprüche auf den eigenen Körper projiziert werden (Dobmeier, 2014a).

## **4.2. Schutzfaktorenanalyse Anorexia nervosa und Bulimia nervosa**

Wie bereits in der Einleitung des Kapitels vier erläutert, ist das Zusammenspiel von Belastungs- und Schutzfaktoren sehr komplex. Es gibt nicht einfach den Schutzfaktor, der ein Ausbrechen von einer Essstörung verhindern kann, sondern es ist immer ein individuelles Zusammenspiel. Aus diesem Grund ist eine Schutzfaktorenanalyse wichtig, damit ein Überblick über die verschiedenen Schutzfaktoren vorhanden ist, um anschliessend, im Rahmen der Prävention, an verschiedenen Faktoren ansetzen zu können.

Die Tabelle mit der Auswertung der Schutzfaktorenanalyse ist im Anhang B zu finden. Das Kapitel ist analog zum vorherigen Kapitel aufgebaut, was heisst, dass eine Auswahl von Schutzfaktoren erläutert und anhand der vier Klassifizierungsebenen dargestellt wird. Wobei auch hier die physikalisch-materielle Ebene vernachlässigt wird, da kein Schutzfaktor in dieser Ebene gefunden wurde. Zusätzlich wird auch nicht genauer auf die körperliche Ebene eingegangen, da die gefundenen Schutzfaktoren jeweils nur durch eine einzige Quelle nachweisbar sind, was keine Aussagekraft zulässt.

### **4.2.1. Psychische Ebene**

**Gute Problemlösefähigkeit, Problemlösestrategien und Konfliktfähigkeit** sind ein Schutzfaktor im Hinblick auf Essstörungen. Wenn junge Frauen und junge Mädchen diese Fähigkeit haben, müssen sie nicht auf problematische Problem- und Konfliktlösungsstrategien ausweichen, wie zum Beispiel, laut Klotter (2007), das Schlanksein als Lösung für alle Probleme zu sehen oder mit Hilfe der Essstörung die anderen Probleme zu überdecken (S.142-143).

Ein weiterer Schutzfaktor ist **Selbstvertrauen und ein hohes Selbstwertgefühl**. Da in der Lebensphase Jugend das Aussehen, die Figur, das Gewicht und der eigene Körper stark mit dem Selbstwertgefühl verknüpft sind, sind die Jugendlichen anfälliger für Verunsicherungen. Der Verunsicherungsprozess wird hauptsächlich durch die Medien verstärkt, indem unerreichbare Ideale präsentiert werden (Johannes Gutenberg Universität, 2013). Kinzl et al. (2004) erläutert, dass je grösser die persönliche Verunsicherung ist, desto stärker ist die

Orientierung an Vorbildern, die dem Schlankheitsideal entsprechen (S.55). Steins (2007) erwähnt, dass ein hohes Selbstbewusstsein bei einem Mädchen vor einer hohen Abhängigkeit von fremden Meinungen schützen kann (S.140). Marianne Botta Diener (2003) ist sogar überzeugt: „Das beste Mittel, Essstörungen zu verhindern, ist ein gesundes Selbstvertrauen“ (Beobachter). Zusätzlich unterstützen ein hohes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen persönliche Grenzen zu setzen, zu diesen zu stehen und sie zu verteidigen (Ralf Senftleben, ohne Datum).

Als ein weiterer Schutzfaktor wurde mehrmals ein **konstruktiver Umgang mit Gefühlen** erwähnt. Dabei geht es hauptsächlich darum, Gefühle zuzulassen und sie ernst zu nehmen (Michaela Ferge, Alexandra Lagemann, Elisabeth Mayr-Frank, Ingrid Rabeder-Fink, 2002). Zudem geht es auch um die Fähigkeit, Gefühle differenziert wahrzunehmen und auszudrücken, was den Jugendlichen hilft, auch richtig darauf reagieren zu können (Johannes Gutenberg Universität, 2013).

Die **realistische Einschätzung von seinen Fähigkeiten und Talenten** gilt ebenfalls als Schutzfaktor. Gemäss Hans-Ulrich Dombrowski (2012) hilft eine realistische Einschätzung seiner Fähigkeiten dabei, sich weder perfekt sehen zu müssen, noch als minderwertig wahrzunehmen. Dadurch wird der Wert einer Person nicht von ihren Fähigkeiten abhängig gemacht (S.47-48), was eine wichtige Fähigkeit zum Schutz von Essstörungen ist.

Ein weiterer Schutzfaktor ist eine **gute eigene Körperwahrnehmung und ein positives, realistisches Körperbild**. Steins (2007) stellt fest, dass, je negativer das eigene Körperbild ist, desto stärker ist die Körperunzufriedenheit, und diese ist häufig mit restriktivem Essverhalten verbunden (S.44). Folglich hat eine gute eigene Körperwahrnehmung, die im Zusammenhang mit einem positiven Körperbild steht, eine schützende Wirkung von Anorexia nervosa und von Bulimia nervosa.

#### **4.2.2. Soziale Ebene**

Der häufigst genannte Schutzfaktor in der Schutzfaktorenanalyse ist ein **gutes Familienklima**, mit tragfähigen und belastbaren Beziehungen. Eine Familie, die der Jugendlichen ehrliche Anerkennung und Liebe gibt, unabhängig von Leistung sowie unterstützend in den Alltagsherausforderungen wirkt, trägt einen wertvollen Beitrag zur Verhinderung von Essstörungen bei (Pascale Mühlemann, ohne Datum). Eine positive Streitkultur, in der z.B. jeder seine Meinung äussern kann und auch negative Gefühle zugelassen werden, ist für die Heranwachsenden wichtig, da die Streitkultur die persönliche Konfliktbewältigung der Jugendlichen prägt (Eltern im Netz, ohne Datum & ANAD, ohne Datum). Schützend ist auch eine gute Esskultur innerhalb der Familie. Eine gute Esskultur beinhaltet z.B. eine positive Stimmung beim Essen, gemeinsame Mahlzeiten als Familie ohne Ablenkungen, keine Diäten, ein ausgewogenes Essverhalten ohne Essverbote, somit auch Integration von Süssigkeiten. Weiter sollte auch kein Zwang vorhanden sein, dass die jungen Mädchen und Frauen den Teller leer essen müssen (ANAD, ohne Datum).

Die **Anerkennung von verschiedenen Lebens- und Körperformen** in der Gesellschaft und in der Familie, ist ein weiterer Schutzfaktor. Darunter wird die Möglichkeit verstanden, eine Rollenvielfalt zu leben. Dies bedeutet, dass unterschiedliche Gefühle gezeigt werden dürfen sowie auch die eigenen Interessen ausgelebt werden können (ANAD, ohne Datum). Die Mädchenarbeit Thun erläutert wie wichtig es ist, dass Mädchen die traditionellen Geschlechterrollen hinterfragen dürfen und erkennen, was für eine Vielfalt es gibt. Durch die

Suche nach der eigenen Identität zwischen den verschiedenen Rollen wird das Selbstbewusstsein der Mädchen gestärkt (Mädchenarbeit Stadt Thun, 2013).

**Gute weibliche Vorbilder** sind ebenfalls ein sozialer Schutzfaktor. Gute weibliche Vorbilder sind Frauen, die ein positives Frauenbild vermitteln, das unabhängig vom Gewicht ist (ANAD, ohne Datum). Nach Magrit Stamm (2008) können Vorbilder für Jugendliche eine unterstützende Funktion in der Suche nach der eigenen Identität haben (S.9). Dies bedeutet, eifern sie einem Vorbild nach, das magersüchtig ist oder sehr unzufrieden mit seinem Körper, so ist das Risiko grösser, dass die Körperunzufriedenheit und der Wunsch nach Schlanksein bei den Jugendlichen steigt.

Als Schutzfaktor gelten des Weiteren ein **kritisches Hinterfragen und eine kritische Auseinandersetzung mit dem Schönheitsideal der Gesellschaft, sowie der Medien**. Das BZgA (2013) erläutert, dass die Medien, wie zum Beispiel Werbung, Filme und Mode, unrealistische Schönheitsideale darstellen, da mit Programmen wie z.B. Photoshop Models so bearbeitet werden können, dass sie dem Schönheitsideal der Gesellschaft entsprechen. Die Jugendlichen sind ständig mit diesen Bildern und den unerreichbaren Schönheitsidealen konfrontiert, deren Erreichung Anerkennung, Zufriedenheit, Erfolg und Glück versprechen. Wie bereits im Kapitel 4.1.2. erwähnt, findet in der Entwicklungsphase Jugend eine verstärkte Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper statt. Aus diesem Grund können die Medien und die Mode die Jugendlichen besonders einfach mit dem Schönheitsideal erreichen, was zu einer Beeinflussung der Einschätzung des eigenen Körpers führt. Da die meisten Jugendlichen in ihren Augen im Vergleich zum Schönheitsideal schlechter abschneiden, führt dies zu einer Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper. Aus diesem Grund ist eine kritische Auseinandersetzung mit den Medien sowie dem Schönheitsideal eine wichtige präventive Massnahme (S.26).

Einen weiteren Schutzfaktor stellen **unterstützende soziale Beziehungen** dar. Die Wichtigkeit von unterstützenden sozialen Beziehungen innerhalb der Familie wurde bereits behandelt. Auch ausserfamiliäre, gute soziale Beziehungen sind wichtig, da für die Bildung der eigenen Identität tragfähige und aufbauende Beziehungen zentral sind, vor allem in der Entwicklungsphase „Jugend“ (Staatsinstitut und Bildungsforschung München, ohne Datum).

#### **4.3. Fazit der Einflussfaktorenanalyse und weiterführende Gedanken zu den Einflussfaktoren**

Die Belastungs- sowie die Schutzfaktorenanalyse zeigen die Bedeutung der psychischen und sozialen Ebene für die Entstehung einer Essstörung. Für die Prävention sind deshalb auch diese zwei Ebenen die entscheidenden Einflussebenen. Obwohl es mehrere Belastungsfaktoren in der körperlichen Ebene gibt, sind die meisten für die Prävention in den Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit vernachlässigbar, da praktisch keine Möglichkeiten bestehen, auf dieser Ebene Präventionsmassnahmen zu tätigen. Trotzdem wurde diese Ebene in den Erläuterungen der Belastungsfaktoren aufgeführt, um ein vollständigeres Bild der Krankheiten zu erhalten. Zusammenfassend handelt es sich um ein sehr komplexes Zusammenspiel der verschiedenen Faktoren. Laut Borgstedt (2013) beeinflussen auch die Einflussfaktoren sich gegenseitig sowie auch für jede Person andere Faktoren für die Entstehung der Krankheiten von Bedeutung sind (S.21-22).

Diese gegenseitige Beeinflussung und Abhängigkeit der verschiedenen Einflussfaktoren wird auch in der nächsten Abbildung von Fröhlich-Gildhoff (2013) dargestellt. Mit den Erkenntnissen dieses Kapitels könnten noch mehr Pfeile, das heisst Beeinflussungen und



Abhängigkeiten, gezeichnet werden. So können z.B. Gesellschaftsideale auch Auswirkungen auf die Bedeutung des Essens innerhalb der Familie haben oder ein Trauma Einfluss auf die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben haben. Schlussendlich hängt alles mit allem zusammen und beeinflusst sich gegenseitig, was zu dieser Komplexität der Entstehungen von Essstörungen führt. Die Abbildung zeigt, neben dem Kreislauf der Entstehung von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa, auch die Verfestigung der Krankheiten auf.

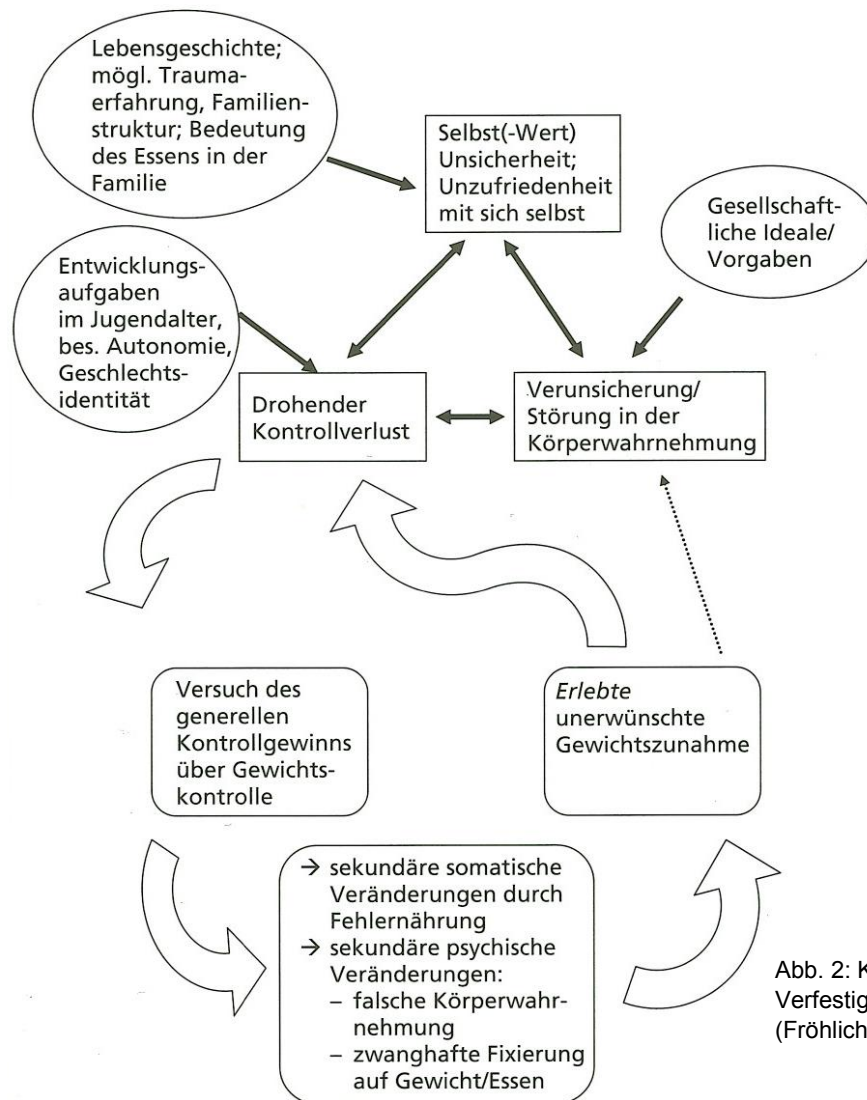


Abb. 2: Kreislauf der Entstehung und Verfestigung von Anorexie und Bulimie (Fröhlich-Gildhoff, 2013, S. 112)

Die Komplexität steigt, wenn neben den Belastungsfaktoren auch noch die auslösenden Faktoren sowie die aufrechterhaltenden Faktoren betrachtet werden. Für die Prävention sind gemäss Hafén (2013) hauptsächlich die Belastungs- und Schutzfaktoren entscheidend (S.127), deshalb liegt auch der Fokus dieser Arbeit auf diesen und vernachlässigt bewusst die auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren.

Zusätzlich zur Einflussfaktorenanalyse gibt es verschiedene Erklärungsmodelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen. Auf diese Modelle wird jedoch nicht weiter eingegangen, da der Präventionsteil auf den Erkenntnissen der Einflussfaktorenanalyse basiert. Zusätzlich bestehen die Modelle jeweils aus den verschiedenen Einflussfaktoren, die bereits in der Analyse aufgeführt wurden.

## **5. Massnahmen zur Prävention von Essstörungen und der Beitrag der Jugendarbeit**

In diesem Kapitel werden anhand der im Kapitel 4 ermittelten Einflussfaktoren, Massnahmen zur Prävention von Anorexia nervosa und von Bulimia nervosa abgeleitet und der Beitrag der Jugendarbeit zur Prävention dieser Essstörungen erläutert.

Neben der Jugendarbeit, werden zusätzlich Präventionsmöglichkeiten des Systems Schule und des Systems Familie herausgearbeitet. Dies geschieht deshalb, weil nach Hafen (2013) Prävention eine grössere Wirkung zeigt, wenn sie an verschiedenen Systemen und an unterschiedlichen Einflussfaktoren ansetzt (S.213-214). Da das System Familie sowie das System Schule sehr relevante Umweltsysteme für die Jugendlichen sind, ist es sinnvoll zusätzlich bei diesen Systemen mit der Prävention anzusetzen. Für Jugendarbeitende macht es Sinn, wenn sie über die wichtigsten Präventionsmöglichkeiten Bescheid wissen, da sie im Rahmen ihrer Arbeit immer wieder Möglichkeiten haben, Zusammenarbeiten, zum Beispiel mit dem System Schule, im Bereich der Prävention zu initiieren. Zusätzlich können sie die oben erwähnten Systeme auf die Thematik und die Präventionsmöglichkeiten aufmerksam machen. Die Ausführungen der Systeme Schule und Familie sind jedoch weniger konkret und ausführlich wie die der Jugendarbeit. Teilweise wird noch auf andere Systeme, wie zum Beispiel das System Peers oder Medien, kurz eingegangen, da diese für die Prävention beim betreffenden Einflussfaktor von Bedeutung sind.

### **5.1. Massnahmen auf der körperlichen Ebene**

Auf der körperlichen Ebene sind die Mehrheit der in Kapitel 4.1.1. erarbeiteten Einflussfaktoren nicht veränderbare Faktoren. Einfluss auf eine erbliche Veranlagung zu nehmen, ist im Zusammenhang mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa nicht möglich. Schon gar nicht im Rahmen der Jugendarbeit. Deshalb wird auf diesen Faktor nicht weiter eingegangen.

Der biologische Faktor „weibliches Geschlecht“ ist aus biologischer Sicht ebenfalls nicht beeinflussbar. Es ist jedoch möglich an den spezifischen Sozialisationsbedingungen der Frauen anzusetzen und so Einfluss auf diesen Faktor zu nehmen. Bei diesem Einflussfaktor auf der körperlichen Ebene geht es aber um den rein biologischen Faktor und gilt deshalb nicht als beeinflussbar. Auf die Sozialisationsbedingungen wird im Rahmen des Kapitels 5.3.5. kurz eingegangen.

Das Eintreten einer frühen Menarche ist ebenfalls ein rein biologischer Faktor und kann somit ebenfalls nicht beeinflusst werden. Deshalb wird auch dieser Faktor nicht genauer erläutert. Die Jugendarbeit und die Familie können jedoch Aufklärungsarbeit leisten und die Betroffenen gut begleiten. Dadurch können Folgeerkrankungen und psychische Probleme, wie Essstörungen, vorgebeugt werden.

Der einzige veränderbare Faktor, prämorbidem Übergewicht und Diäten, wird in diesem Unterkapitel genauer erläutert.

#### **5.1.1. Prämorbidem Übergewicht und Diäten**

Ein Ziel der Prävention ist es, bei der Zielgruppe Diäten zu verhindern und Übergewicht vorzubeugen.

Um dieses Ziel zu erreichen sollte die Prävention an folgenden Punkten ansetzen:

- Aufklärung über die Sinnlosigkeit und negativen Folgen von Diäten, sowie über gesunde

und ausgewogene Ernährung (Steins, 2007, S.164).

- Auf die Vorbildfunktion der Erwachsenen aufmerksam machen (Dominique Högger, 2013, S. II 38).

- Regulierender Eingriff in die Werbekampagnen (Wunderer, 2015, S.299).

- Adipositas-Präventionskampagnen (Wunderer, 2015, S.305).

Das System Familie sowie das System Schule können einen wichtigen Beitrag zur Prävention leisten. Beide Systeme können Aufklärungsarbeit zu diesen Themen leisten. Gemäss Högger (2013) eignet sich vor allem der Hauswirtschaftsunterricht zur Bearbeitung der Thematik. Es besteht jedoch auch die Möglichkeit, diese Inhalte in anderen Schulfächern zu thematisieren. Zusätzlich kann, im Rahmen des Pausenkiosks sowie in Klassenlagern und Schulreisen, das Thema in die Praxis umgesetzt werden (S.II 38 & II 41-42). Da auch die Esskultur innerhalb der Familie die Jugendlichen prägt, ist es laut Lowigus (2014) wichtig, dass die Eltern in ihrer Aufgabe unterstützt werden, z.B. in Form von kostenlosen Seminaren und Kochkursen. Zusätzlich ist es wichtig, dass die Eltern sich ihrer Vorbildrolle bewusst sind (S.57).

Auch auf der Ebene der Gesellschaft kann ein Beitrag zur Prävention geleistet werden. Da die Gesellschaft jedoch nicht adressable ist (Kapitel 3.1.3.), muss die Prävention bei konkreten Organisationen ansetzen, z.B. bei den Medien. So schlägt die Hessische Landesstelle für Suchtfragen (ohne Datum) ein Werbeverbot für Diäten vor (S.4). Zusätzlich soll nach Wunderer (2015) bei Adipositas-Präventionskampagnen darauf geachtet werden, dass sie weder Anorexia nervosa noch Bulimia nervosa begünstigt, was z.B. durch eine Einteilung von „guten“ und „schlechten“ Nahrungsmitteln passiert (S.305).

Im Rahmen der Jugendarbeit ist es sehr wichtig, dass sich die Jugendarbeitenden ihrer Vorbildrolle bewusst sind und laut Hafan (2010) ihre eigene Einstellung zur Ernährung und Diäten regelmässig reflektieren (S.196). So ist es nach dem BZgA (2013) wichtig zu wissen, welche Rolle Essen und Diäten im eigenen Leben spielen und bewusst mit diesem Wissen umzugehen (S.37-38). Weiter ist es gemäss der Autorin wichtig, auf eine ausgewogene und gesunde Ernährung bei gemeinsamen Mahlzeiten mit Jugendlichen zu achten. Zusätzlich soll der Kiosk des Jugendtreffs nicht nur mit Süssigkeiten gefüllt werden. In den vielen informellen Gesprächen kann auf die Gefahr von Diäten und auf das Thema der Ernährung eingegangen werden, ergänzend können bei Bedarf auch diverse Projekte zu dieser Thematik durchgeführt werden. Wichtig ist nach Raabe (2004) dabei, dass die Informationen nicht zu detailliert oder zu abschreckend dargestellt werden, da es sonst das Gegenteil bewirken kann (S.52-53). Dabei ist immer das Ziel (Hafan, 2010, S.193), die Jugendlichen zu befähigen, die erwünschten Verhaltensweisen in Zukunft auch eigenständig zu leben, z.B. eine ausgewogene Ernährung. Die eben erläuterten Präventionsmöglichkeiten im Rahmen der Jugendarbeit werden der Verhaltensprävention zugeordnet.

## **5.2. Massnahmen auf der psychischen Ebene**

Auf der psychischen Ebene gibt es, ebenfalls im Rahmen der Jugendarbeit, nicht veränderbare Faktoren.

Der Einflussfaktor Traumata hat viele Auslöser und ist zudem schwierig zu beeinflussen, da jede Person anders auf ein Erlebnis reagiert. Bei den einen löst ein gewisses Ereignis ein Trauma aus, bei den anderen nicht. Bei den Präventionsmassnahmen müsste somit an den Auslösefaktoren angesetzt werden. Da diese jedoch sehr zahlreich und sehr unterschiedlich sind, überschreitet es den Rahmen dieser Arbeit. Die Jugendarbeit kann jedoch mit Triage agieren, wenn sie Jugendliche hat, die ein Trauma erlebt haben. Gemäss Gregor Berger

(2014) gilt: Je früher die betroffenen Personen professionelle Hilfe bekommen, desto kleiner ist das Risiko an Folgeerkrankungen, wie zum Beispiel Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa, zu erkranken (S.56-60).

Beim Faktor „Psychische Erkrankungen“ wurde bereits im Kapitel 4.1.2. diskutiert, ob es sich um eine Begleiterscheinung oder einen Einflussfaktor handelt. Es ist somit unklar, ob überhaupt Einfluss auf diesen Faktor genommen werden soll, da die Begleiterscheinungen in die Tertiärprävention, also bereits zur Behandlung gezählt werden. Die Komplexität erhöht sich, da Anorexia nervosa und Bulimia nervosa selbst eine Kategorie von psychischen Erkrankungen sind. Überdies ist die Prävention von psychischen Erkrankungen eine Arbeit für sich und kann nicht im Rahmen dieser Arbeit behandelt werden. Aus diesen Gründen wird nicht weiter auf diesen Einflussfaktor eingegangen.

Jede Jugendliche durchläuft die Entwicklungsphase Jugend, es macht also keinen Sinn diese vorzubeugen. Jedoch können Jugendarbeitende, Lehrpersonen und Eltern die Jugendlichen in dieser Phase unterstützen, damit sie die anstehenden Entwicklungsaufgaben gut bewältigen können. Inwiefern welche Entwicklungsaufgabe unterstützt werden kann, kann nicht im Rahmen der vorliegenden Arbeit behandelt werden, da dies den Rahmen der Arbeit überschreiten würde.

Impulsivität ist eine Eigenschaft, die nicht veränderbar ist, jedoch kann der Umgang damit gelernt werden, zum Beispiel kann das Repertoire von Bewältigungsstrategien erweitert werden. Da keine direkte Einflussnahme auf diesen Faktor möglich ist, wird er nicht weiter erläutert.

Perfektionismus ist ebenfalls eine Eigenschaft, die nicht veränderbar ist, jedoch der Umgang damit gelernt werden kann. So ist es zum Beispiel, nach der Fachstelle für Suchtprävention (2004) wichtig, den Jugendlichen die Freiheit zu lassen, experimentieren zu dürfen und ihnen vor allem bei Misserfolgen zu verstehen zu geben, dass sie immer noch in Ordnung und geliebt sind. Gerade die Jugendarbeit eignet sich gut dafür, den Jugendlichen Räume zu bieten, in denen sie experimentieren können z.B. im Rahmen von Projekten. Dabei ist es wichtig, dass sie auch scheitern dürfen und trotzdem weiter oder wieder mitmachen dürfen (S.10-11).

Alle anderen erarbeiteten Faktoren aus dem Kapitel 4.1.2. sind beeinflussbar und werden im Hinblick auf die Präventionsmassnahmen in den folgenden Unterkapiteln erläutert.

Die, in den folgenden Unterkapiteln dargestellten, Präventionsmassnahmen innerhalb des Systems der Jugendarbeit, werden der Verhaltensprävention zugeordnet.

### **5.2.1. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen**

Das Selbstvertrauen und das Selbstwertgefühl zu stärken und zu fördern ist nicht nur ein wichtiger Ansatzpunkt für die Prävention von Essstörungen, sondern fördert die Gesundheit im Allgemeinen (BZgA, 2013, S.25-26). Um diesen Einflussfaktor positiv zu beeinflussen, ist gemäss Högger eine wertschätzende und anerkennende Grundhaltung gegenüber den Jugendlichen, die nicht auf erbrachten Leistungen, Erfolgen oder äusseren Merkmalen basiert zentral (2013, S.II 2). Zusätzlich werden das Selbstvertrauen und das Selbstwertgefühl nach dem BZgA (2013) durch ehrliche Komplimente und durch das Kennenlernen und Akzeptieren der eigenen Stärken, Schwächen und Grenzen gestärkt (S.29). Steins (2007) erwähnt, dass jegliche abwertenden oder ironischen Bemerkungen über Aussehen und Gewicht unterlassen werden sollten (S.144).

Der Umgang innerhalb der Familie ist prägend für die Entwicklung des Selbstwertgefühls und des Selbstvertrauens (Steins, 2007, S.144), weshalb das System Familie einen wichtigen Beitrag zur Prävention leisten kann. So ist es zum Beispiel laut dem Institut Suchtprävention (2008) wichtig, die Jugendlichen mit all ihren Fähigkeiten und Schwächen zu lieben und ihnen dies auch zu zeigen (S.6). Auch das System Schule kann einen wichtigen Beitrag leisten, indem sie Högger (2013) zufolge zum Beispiel Erfolgserlebnisse ermöglicht und nicht nur Resultate lobt, sondern vor allem auch unauffälliges Verhalten wie zum Beispiel Mitgefühl oder Konzentrationsfähigkeit (S.II 2-3). Eva Proissl (2009) erwähnt, dass Selbstverteidigungskurse für Mädchen gut ankommen (S.130), die zum Beispiel im Rahmen des Sportunterrichts durchgeführt werden könnten.

Partizipation ist ein wichtiges Ziel und Mittel der Jugendarbeit (Alex Willener, 2007, S.62-64). Durch die Partizipation werden im Rahmen der Jugendarbeit Lernräume geschaffen, in denen die Jugendlichen Verantwortungen tragen können (Empowerment). Dadurch sollen Erfolgserlebnisse ermöglicht werden. Gemäss Högger (2013) ist es wichtig, dass die Jugendarbeitenden bei Misserfolgen angemessen und wertschätzend reagieren sowie differenzierte Rückmeldungen geben, damit die Jugendlichen dadurch gestärkt werden (S.II 2-3).

### **5.2.2. Hohe Leistungsorientierung und hoher Leistungsanspruch**

Dieser Einflussfaktor hängt eng mit dem Faktor auf der sozialen Ebene „Starke Betonung der Leistung“ zusammen.

Der Ansatzpunkt für die Präventionsmassnahmen ist auch hier laut dem BZgA (2013) die Vorbildfunktion der Erwachsenen (S.37). Somit hat auch hier das System der Familie eine wichtige Funktion in der Prävention, indem sie z.B. die Jugendlichen anerkennt und wertschätzt, unabhängig von den erbrachten Leistungen.

Sowohl die Jugendarbeit als auch die Schule kann gemäss Proissl (2009) mit der Durchführung von Entspannungsübungen und Teamarbeiten, bei denen es nicht um die Leistung des Einzelnen geht, sondern bei denen Spass und Kreativität im Vordergrund stehen, ihren Beitrag leisten (S. 20-21; S.98-101).

Gerade in Projektarbeiten im Rahmen der Jugendarbeit ist es wichtig, dass die Jugendarbeitenden bei Jugendlichen mit einem hohen eigenen Leistungsanspruch nicht noch mehr Druck aufbauen, sondern dem entgegenwirken.

### **5.2.3. Defizit in der Selbstwahrnehmung und verzerrte Realitätswahrnehmung**

Um ein Defizit in der Selbstwahrnehmung und eine verzerrte Realitätswahrnehmung zu verhindern, kann die Prävention an den folgenden zwei Punkten ansetzen:

- Stärkung der Reflexionskompetenzen (Steins, 2007, S.141)
- Förderung und Übermittlung einer gesunden und positiven Körperwahrnehmung (BZgA, 2013, S.26).

Das System Familie spielt eine zentrale Rolle in der Übermittlung einer positiven Körperwahrnehmung. So zeigen laut Sarah Genner, Eveline Hipeli, Daniel Süss, Gregor Waller und Isabel Willemse (2013) Studien auf, dass die eigene Körperwahrnehmung der Eltern sehr prägend für die Jugendlichen ist. Deshalb sollten die Eltern ihre Wahrnehmung reflektieren und zusätzlich ihre Jugendlichen in Bezug auf den Körper positiv bestärken (S.19).

Im Rahmen des Sportunterrichts hat das System Schule unterschiedliche Möglichkeiten eine positive Körperwahrnehmung zu fördern. Gemäss Högger (2013) eignet sich Tanzen

besonders gut, um einen Zugang zum eigenen Körper zu finden. Auch Klettern, Massieren und Entspannungsübungen sind gut geeignet (S.II 34).

Das BZgA (2013) erwähnt, dass das soziale System der Peers einen grossen Einfluss hat, da die Mitglieder einander durch ihr eigenes Verhalten und ihre eigene Einstellung zum Körper Orientierung geben (S.27).

Die Jugendarbeit kann hauptsächlich im Rahmen der Projektarbeit einen Beitrag leisten. So können zum Beispiel Tanzprojekte durchgeführt werden oder sonstige Projekte, bei denen die Jugendlichen ihren Körper spüren können. Partizipative Projekte mit Jugendlichen sind nach Willener (2007) immer auch Lernumgebungen (S.78-79). Somit können im Rahmen der Prozessevaluation sowie der Schlussevaluation, die Reflexionskompetenzen der organisierenden Jugendlichen gefördert werden.

#### **5.2.4. Mangelnde Abgrenzungsfähigkeit und Probleme bei der Ablösung**

Cassée (2007) zählt die Ablösung von den Eltern zu einer der Entwicklungsaufgaben im Jugendalter (S.291). Das entscheidende System, das Einfluss auf diesen Belastungsfaktor nehmen kann, ist das System der Familie. Laura E. Berk (2011) erläutert, dass ein Jugendlicher einerseits Führung und Schutz von Seiten der Eltern braucht, jedoch andererseits Raum für die Erkundung von Ideen und sozialen Rollen. Dadurch wird die Autonomie der Jugendlichen gefördert, was zentral für einen gelingenden Ablösungsprozess ist (S.565-566). Weiter ist nach Helmut Fend (1998) wichtig, dass die unterstützenden Massnahmen aufrechterhalten bleiben, jedoch keine Überbehütung stattfindet sowie ein argumentationsorientierter Erziehungsstil gelebt wird. Es sollen auch immer wieder Bereiche geschaffen werden, in denen die Jugendlichen lernen können, unabhängig zu sein (S.215-217). Wichtig ist laut Sarah Renold (2009), dass Grenzen innerhalb der Familie gesetzt werden und der Jugendliche auch selber lernen darf, Grenzen zu setzen (S.17-18). Die Peers spielen gemäss Rolf Oerter und Eva Dreher (2008) eine wichtige Rolle im Prozess der Ablösung von den Eltern (S. 321). Deshalb verringert eine Inklusion in eine Peergroup diesen Belastungsfaktor und hat somit eine präventive Wirkung.

Der Einfluss der Jugendarbeit auf den behandelten Faktor ist stark begrenzt, da dieser innerhalb des Systems der Familie stattfindet. Es gibt jedoch Übungen, die man in der Schule sowie in der Jugendarbeit durchführen kann, um die Fähigkeit, sich abzugrenzen, zu stärken, zum Beispiel im Rahmen von Rollenspielen. Zusätzlich schafft die Jugendarbeit Räume, in denen sich die Jugendlichen ohne Eltern aufhalten können und kann dadurch die Jugendlichen in ihrem Ablösungsprozess unterstützen. Die Zurverfügungstellung und das Schaffen von Räumen wird der Verhältnisprävention zugeordnet, die anderen Massnahmen werden, wie bereits im Kapitel 5.2. erwähnt, der Verhaltensprävention zugeordnet.

#### **5.2.5. Gute Problemlösefähigkeit und Konfliktfähigkeit**

Das Aufzeigen von Bewältigungsstrategien (auch Copingstrategien genannt) ist nach Raabe (2004) sehr wichtig bei der Prävention von Essstörungen (S. 54).

Innerhalb der Familien geschieht dies hauptsächlich durch die Vorbildfunktion, indem die Eltern ihren Umgang mit Problemen und Konflikten vorleben (BZgA, 2013, S.122). Im System der Schule können Übungen, wie zum Beispiel Rollenspiele, durchgeführt werden, die diese Fähigkeiten stärken (Proissl, 2009, S. 87-94).

Die Möglichkeit der Jugendarbeitenden, auf diese Faktoren Einfluss zu nehmen, geschieht vor allem bei informellen Gesprächen mit den Jugendlichen während dem Treffalltag und auf

der mobilen Jugendarbeit. In diesen Gesprächen können die Jugendarbeitenden bei Bedarf neue Strategien aufzeigen sowie bereits vorhandene Strategien gemeinsam mit den Jugendlichen reflektieren.

Bei Konflikten zwischen Jugendlichen, die im Treff ausgetragen werden, können die Jugendarbeitenden in der Vermittlungsposition zwischen den Konfliktparteien agieren. Anschliessend können sie, im Zuge von Gesprächen, die Jugendlichen unterstützen, Wege zu erarbeiten, wie mit solchen Situationen umgegangen werden kann.

### **5.2.6. Konstruktiver Umgang mit Gefühlen**

Um konstruktiv mit den eigenen Gefühlen umzugehen, ist es nach Högger (2013) notwendig, die eigenen Gefühle wahrzunehmen und diese, ebenso wie Grenzen und Bedürfnisse, benennen zu können (S. II 9).

Die Systeme mit dem grössten Einfluss sind auch hier wieder das System der Familie und das System der Schule sowie auch das der Peers. In allen drei Systemen ist es gemäss Högger (2013) wichtig, dass die Gefühle ernst genommen werden und auf Gefühlsäusserungen angemessen reagiert wird. Es muss möglich sein, dass die Jugendlichen Grenzen setzen dürfen, gegenüber den eigenen Impulsen sowie gegenüber den Impulsen von aussen (S. II 9). Die Vorbildfunktion der Eltern ist laut der Fachstelle für Suchtprävention (2004) auch bei diesem Faktor wichtig. Deshalb sollten die Eltern ihre eigenen Gefühle und Bedürfnisse wahrnehmen und den Jugendlichen vorleben, wie sie mit Gefühlen umgehen. Zudem sollten Eltern gegenüber den Gefühlen ihrer Jugendlichen offen sein, auch wenn sie anders sind als die eigenen (S.11).

Die Schule kann mit Übungen, wie Rollenspielen, unterstützend wirken bei der Wahrnehmung der Gefühle. Überdies kann sie auch Ansätze aufzeigen, wie mit Wut umgegangen wird (Höger, 2013, S. II 9).

Das Ernstnehmen der Gefühle sowie das Grenzen setzen gilt auch für das System der Jugendarbeit; es dürfen keine Gefühle verboten werden. Zusätzlich können die Jugendarbeitenden die Jugendlichen herausfordern, ihre Gefühle in Gesprächen zu benennen sowie im Rahmen von Projekten auch Übungen, wie zum Beispiel Rollenspiele, in denen die Jugendlichen in verschiedenen Gefühlssituationen schlüpfen müssen, durchführen.

### **5.2.7. Realistische Einschätzung seiner Fähigkeiten und Talente**

Gemäss Steins (2007) gilt: Je besser die eigenen Reflexionskompetenzen sind, desto realistischer ist die Wahrnehmung der eigenen Person (S.141).

Es gilt somit in den Systemen der Familie, der Schule und der Jugendarbeit die Reflexionsfähigkeit der Jugendlichen zu stärken. Eine Möglichkeit dies zu tun sind laut Högger (2013) differenzierte Feedbacks. Dabei ist darauf zu achten, dass die Feedbacks nicht pauschal und nicht nur sporadisch ausgesprochen werden, da die Jugendlichen für die Stärkung der Selbstwahrnehmung möglichst genaue und nachvollziehbare Informationen brauchen. Nur so können sie lernen, ihre eigene Leistung und Fähigkeiten selber richtig einzuschätzen (S.II 3).

Konkret bedeutet dies für die Jugendarbeitenden, dass sie bewusst auf die Fähigkeiten und Talente der Jugendlichen achten und sich Zeit nehmen, differenzierte Feedbacks zu geben. Es soll dabei nicht nur auf die auffälligen Fähigkeiten geachtet werden, sondern gerade auch auf die unauffälligen, wie z.B. gut zuhören können. Die Feedbackregeln dürfen jedoch dabei

nicht vergessen werden. Feedbacks sollen somit nicht nur im Rahmen von Zusammenarbeiten wie bei Projektarbeiten gegeben werden, sondern auch im normalen Treffalltag, zum Beispiel bei Beobachtungen, wie die Jugendlichen miteinander umgehen.

### **5.3. Massnahmen auf der sozialen Ebene**

Auf der sozialen Ebene sind alle Einflussfaktoren, die im Kapitel 4.1.3. erarbeitet wurden, beeinflussbar. Deshalb werden, anhand dieser Faktoren, Präventionsmassnahmen in den folgenden Unterkapiteln abgeleitet und genauer erläutert.

#### **5.3.1. Schlankheits- und Schönheitsideal**

Bei diesem Einflussfaktor spielt die Verhältnis- sowie die Verhaltensprävention eine wichtige Rolle.

Die Verhältnisprävention setzt auf der Ebene der Gesellschaft an. Das Ziel auf dieser Ebene ist laut Lowigus (2014) die Veränderung des gesellschaftlichen Denkens; weg von einem zu dünnen Schlankheitsideal, hin zu einem gesunden Schönheitsideal. Um dies zu erreichen ist es wichtig auf politischer Ebene, wie zum Beispiel im Rahmen der Familien-, Bildungs- und Medienpolitik, Projekte und Initiativen zu starten, die das Denken der Bevölkerung verändern. Gleichzeitig muss aufgehört werden, indirekt und direkt ein gefährliches Schlankheitsideal zu popularisieren (S.54-55). Wie bereits erläutert, ist weder die Gesellschaft noch die Politik adressabel, deshalb müssen konkrete Organisationen aktiviert und aktiv werden. So könnten gemäss Ingeborg Stahr, Ingrid Barb-Priebe und Elke Schulz (2007) politische Parteien Initiativen lancieren, die die Werbung für kalorienarme Ernährung, Diäten und Sporttipps zum Abnehmen regulieren (S.102). Auch Wunderer (2015) erläutert wie wichtig es wäre, in die Werbekampagnen einzugreifen (S.299). Ein weiterer wichtiger Bereich ist die Textil-, Mode- und Modelbranche. Wie in Frankreich, könnten Auftrittsverbote für Models mit einem zu niedrigen BMI gesetzlich verankert werden (Axel Veiel, 2015). Zusätzlich sollten nach Alexa Franke (2014) Manipulationstechniken zur Bearbeitung von Bildern verboten werden. Hauptsächlich dann, wenn damit die Models noch dünner gemacht werden und ein unnatürliches Bild der Perfektion dargestellt wird (S.269).

Die Hessische Landesstelle für Suchtfragen (ohne Datum) empfiehlt als Massnahmen im Rahmen der Medienorganisationen, keine Werbung für Diäten oder mit ausgezehrten Models zu machen, dafür sollte eine Vielfalt von natürlichen Körperformen dargestellt werden und des Weiteren sollten dicke wie dünne Menschen mit gleichwertigen positiven Merkmalen gezeigt werden (S.4). Lowigus (2014) zufolge sollten auch Fernsehsendungen wie „Germanys Next Topmodel“ nicht mehr, oder nur mit Altersbeschränkung, ausgestrahlt werden (S.56).

Da solche strukturellen Änderungen langfristig und schwierig umzusetzen sind, ist es nach Steins (2007) wichtig, bei einem kritischen Umgang damit anzusetzen (S.144). Also auf der Verhaltensprävention.

Im System der Familie und im System der Schule ist es wichtig, die Jugendlichen darin zu unterstützen, dass sie einen kritischen Umgang mit den Medien sowie ein kritisches Hinterfragen des Schönheitsideals erlernen (Berger, 2011; BZgA, 2013; Wunderer, 2015). Es soll dabei auch aufgezeigt werden, dass Schönheit mehr als nur das Aussehen beinhaltet (BZgA, 2013, S.26).

Da jedes System nur innerhalb seines eigenen Systems agieren kann, hat die Jugendarbeit keinen direkten Einfluss auf die Organisationen der gesellschaftlichen Ebene. Zusätzlich gehört sie für die meisten Medien- und politischen Organisationen nicht zur relevanten



Umwelt, was die Irritation dieser Systeme schwieriger macht. Deshalb macht es Sinn, wenn die Jugendarbeit auf der Ebene der Verhaltensprävention agiert, mit dem Ziel den Jugendlichen einen kritischen Umgang mit der Thematik zu vermitteln. Um dieses Ziel zu erreichen, eignen sich Mädchenspezifische Projekte besonders gut. Im Rahmen dieser Projekte, die, wenn möglich mit einer möglichst hohen Partizipationsstufe umgesetzt werden, können Themen wie Bildbearbeitung, Fotoshop und die Bedeutung des Schönheitsideals thematisiert werden. Die Thematisierung ist ebenfalls in informellen Gesprächen mit den Jugendlichen möglich. Zusätzlich soll laut Ferge et al. (2002) darauf geachtet werden, dass keine (Werbe-)Plakate und Flyers im Jugendtreff aufgehängt werden, die Models mit Körperformen zeigen, die eine Entwicklung von Essstörungen begünstigen könnten (S.3).

### **5.3.2. Familienkultur**

Auf diesen Faktor hat hauptsächlich das System der Familie Einfluss. Gemäss dem BZgA (2013) sind regelmässige, ausgewogene und gemeinsame Mahlzeiten bei einer entspannten und genussvollen Atmosphäre eine wichtige Präventionsmassnahme. Dabei sollen die gemeinsamen Mahlzeiten als Kommunikationsmöglichkeit genutzt werden und das Hunger- und Sättigungsgefühl der Jugendlichen respektiert werden. Weiter soll für Ruhe- und Entspannungszeiten gesorgt werden und Lebensmittel sollen nicht als Erziehungsmittel eingesetzt werden (S.122-124). Das Institut Suchtprävention (2008) erwähnt die Wichtigkeit einer positiven Streitkultur innerhalb der Familie sowie den Raum für Individualität und eine gelebte Rollenvielfalt. Zusätzlich sollen die Gefühle der Jugendlichen ernst genommen werden. Auch gemeinsames Kochen kann eine präventive Wirkung haben (S.6).

Das System der Schule hat keinen direkten Einfluss auf diesen Einflussfaktor. Sie kann jedoch verschiedene Angebote anbieten, die die Eltern in ihrer allgemeinen Erziehungskompetenzen stärken.

Beratungsstellen und sozialpädagogische Familienbegleitungen können ebenfalls bei den allgemeinen Erziehungskompetenzen ansetzen, jedoch auch bei konkreten Familienbegleitungen präventiv wirken und bei Bedarf spezifisch auf die Thematik eingehen.

Die Jugendarbeit hat keinen Einfluss auf den Faktor der Familienkultur. Sie kann höchstens, bei schwierigen Verhältnissen zu Hause, mit den Jugendlichen darüber sprechen und diese auf der Suche nach einer Lösung unterstützen, wie zum Beispiel mit einer Ermutigung zu einer Anmeldung bei der Jugend- und Familienberatung. Dabei bewegt sich die Jugendarbeit im Rahmen der Verhaltensprävention.

### **5.3.3. Sexueller Missbrauch sowie körperliche und psychische Misshandlungen**

Wie sexueller Missbrauch sowie körperliche und psychische Misshandlung in den Systemen der Familie und der Schule vorgebeugt werden können, wäre eine separate Arbeit für sich. Deshalb wird auf diese Systeme nicht genauer eingegangen.

Um Misshandlungen und Missbräuche im Rahmen der Jugendarbeit vorzubeugen, braucht laut dem Bayerischen Jugendring (2006) ein Präventionskonzept, in dem diese Thematik behandelt wird (S.5). Regeln, wie zum Beispiel, dass bei Übernachtungen immer mindestens zwei Jugendarbeitende anwesend sind, können bereits eine präventive Wirkung haben. Innerhalb des Teams ist auch gegenseitige Transparenz wichtig. Die genannten Präventionsmassnahmen werden der Verhältnisprävention zugeordnet, da sie an der relevanten Umwelt ansetzen und diese verändern.

### **5.3.4. Starke Betonung der Leistung**

Um diesen Faktor zu beeinflussen, braucht es eine Veränderung des gesellschaftlichen Denkens über Leistung. So es ist nach Högger (2013) wichtig, nicht nur messbare Leistungen, sondern auch nichtmessbare Leistungen zu schätzen und anzuerkennen. Zusätzlich ist es wichtig, dass die gesellschaftliche Akzeptanz unabhängig von den erbrachten Leistungen einer Person vorhanden ist (S. II 2-3).

Diese Grundhaltungen sind sowohl in dem System der Familie als auch im System der Schule und innerhalb der Peers eine wichtige Voraussetzung, um auf diesen Faktor Einfluss zu nehmen.

Eigentlich sollte jede und jeder, der mit Jugendlichen in Kontakt ist, diese Grundhaltungen leben, da die Erwachsenen auch bei diesem Faktor gemäss dem BZgA (2013) eine Vorbildfunktion einnehmen (S.37). Das gilt auch für die Jugendarbeit. Auch bei diesem Faktor ist der Einfluss auf die Gesellschaft durch die Jugendarbeit eher gering, deshalb ist es sinnvoll, im eigenen System der Jugendarbeit die Veränderungen zu starten und so den Unterschied im kleinen Rahmen zu machen. Die Jugendarbeit hat auch im Rahmen von Projektarbeiten die Möglichkeit, diese Grundhaltungen zu vermitteln, indem es ihr nicht darum geht, die besten Jugendlichen in eine Projektorganisation miteinzubeziehen, sondern gerade auch diejenigen, die sonst niemand will. Bei den erwähnten Präventionsmassnahmen handelt es sich um Verhaltensprävention.

### **5.3.5. Anerkennung von verschiedenen Lebensformen und Körperformen**

Um auf diesen Faktor Einfluss zu nehmen, sollte die Prävention an den folgenden Punkten ansetzen:

- Sensibilisierung für geschlechterspezifische Sozialisationsprozesse und deren Folgen, wie z.B. Überbewertung von Schlankheit (Stahr, Barb-Priebe, Schulz, 2007, S.103).
- Differenzierte Darstellung von Frauen in den Medien (Wunderer, 2015, S.298-299).
- Gesellschaftliche Akzeptanz von verschiedenen Lebens- und Körperformen (Wunderer, 2015, S.298-299).

Auf der Ebene der Gesellschaft ist es wichtig, bei den verschiedenen Medienorganisationen anzusetzen, damit diese eine Lebens- und Rollenvielfalt von Frauen und Männern darstellen, sowie Darstellungen weglassen, die Frauen als blosse Ansichtsobjekte diskriminieren (Hessische Landesstelle für Suchtfragen, ohne Datum, S.4).

Im System Schule und hauptsächlich im System Familie ist es laut Ferge et al. (2002) wichtig, den Mädchen die Freiheit zu geben, ihren eigenen Lebensweg zu gehen und sich ausserhalb der Rollenzuschreibungen bewegen zu dürfen. Dabei ist es auch hier wichtig, dass die Erwachsenen sich mit ihrer eigenen Rolle als Frau oder Mann aktiv auseinandersetzen (S.3-5). Zusätzlich ist es wichtig, den Jugendlichen den Freiraum zu geben, dass sie ihre eigenen Lebensentwürfe und Rollen ausleben dürfen.

Die Jugendarbeit hat mit dem Angebot der Mädchenarbeit ein grosses Potential, Einfluss auf diesen Faktor zu nehmen. Mit Mädchentreffs und spezifischen Projekten nur für Mädchen, wie zum Beispiel „Mädchen-Männerberufe“, leistet sie einen Beitrag, die Rollenklischees aufzubrechen. Zusätzlich kann sie dadurch auch aufzeigen, dass es ausserhalb der Rollenbilder auch noch andere Lebensformen gibt. Dasselbe gilt auch für die unterschiedlichen Körperformen, die in Projekten besprochen werden können. Die Jugendarbeitenden können die Mädchen ermutigen, ihren eigenen Weg zu finden und zu gehen und können sie mit Projekten und Gesprächen darin unterstützen. Wichtig ist, dass

die Jugendarbeitenden, vor allem auch die Jugendarbeiterinnen, ihre eigene Rolle als Frau reflektieren und sich mit der Thematik auseinandersetzen.

Die Mädchenarbeit ist immer noch ein wichtiger Teil der Jugendarbeit, wie Claudia Wallner (2009) erklärt, da es immer noch der einzige pädagogische Ansatz ist, der an die Lebenslage der Mädchen ansetzt. Dazu ist es auch die einzige Instanz, die auf die Benachteiligung und Missachtung von Mädchen hinweist und Gleichberechtigung einfordert. Sie verweist jedoch auch darauf, dass es wichtig ist, dass sich die Mädchenarbeit den aktuellen sozialen Gegebenheiten und Lebenslagen von Mädchen und Frauen anpasst (S.5-6). Somit ist die Mädchenarbeit kein starres Gefäß, sondern geht mit dem gesellschaftlichen Wandel mit. Ferge et al. (2002) machen zusätzlich darauf aufmerksam, Poster und Plakate mit stereotypischen Darstellungen von Frauen und Männern nicht im Treff aufzuhängen (S.3). Die Jugendarbeit agiert mit diesen Massnahmen im Rahmen der Verhaltensprävention.

### **5.3.6. Weibliche Vorbilder**

Vorbilder sind wichtig und es braucht sie in allen Systemen. Es braucht Mütter, Lehrerinnen, Jugendarbeiterinnen, Freundinnen und auch Stars, die laut Fachstelle für Suchtprävention (2004) einen ehrlichen Umgang mit dem Schönheitsideal haben. Das bedeutet, dass sie zugeben können, dass auch sie unter dem Druck des Ideals leiden, jedoch konstruktive Wege zeigen, wie sie damit umgehen und sich davon abgrenzen. Frauen die humorvoll, nachgiebig und liebevoll mit ihren eigenen körperlichen Unzulänglichkeiten umgehen und mit Freude Süßigkeiten und Dessert essen, obwohl es überall von Diättipps wimmelt. Weibliche Vorbilder, die dünn sein nicht als Priorität haben, jedoch ihre individuelle Schönheit nicht verstecken, sondern mit Freude zeigen (S.9).

Die Vorbildfunktion wahrzunehmen gilt, wie bereits erwähnt, auch für die Jugendarbeiterinnen. Zudem können die Jugendarbeitenden die Mädchen auch auf solche Vorbilder aufmerksam machen, zum Beispiel in Gesprächen oder mit Hilfe von aufgehängten Postern. Diese Präventionsmassnahmen werden der Verhaltensprävention zugeordnet.

### **5.3.7. Unterstützende soziale Beziehungen**

Es ist wichtig, dass die Jugendlichen in die entscheidenden Systeme inkludiert sind, da sich eine langfristige Exklusion von diesen Systemen negativ auswirkt. In diesem Alter ist es das Wichtigste, Freunde zu haben und in eine Peer inkludiert zu sein. Dabei ist es essentiell, dass der Einfluss der Peerbeziehung die Lebenskompetenzen stärkt (Berk, 2011, S.568). Es gibt jedoch auch Peerbeziehungen, die negative Auswirkungen haben können, zum Beispiel indem sie sich gegenseitig ermutigen, möglichst viel abzunehmen und dadurch eine Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa begünstigt wird. Neben den Freunden, die in diesem Alter zentral sind, ist es auch wichtig, dass die Jugendlichen in einem funktionierenden Familiensystem sind, das Schutz, Führung, Liebe, Wertschätzung und Ankererkennung gibt, aber auch die Autonomie der Jugendlichen zulässt (Berk, 2011, S.565).

Die Jugendarbeit kann mit ihrer Arbeit den Jugendlichen einen Ort bieten, den sie nutzen können, um Freundschaften aufzubauen und sich in Peers zu inkludieren, zum Beispiel während den Trefföffnungszeiten. Zusätzlich können die Jugendarbeitenden die Jugendlichen in ihren Lebenssituationen unterstützen, zum Beispiel im Rahmen von informellen Gesprächen. Die erstgenannten Massnahmen werden der Verhältnisprävention zugeordnet, die zweitgenannten Massnahmen der Verhaltensprävention.

## 5.4. Sekundärprävention - Massnahmen der Früherkennung

Die Früherkennung wird, wie bereits im Kapitel 3.2.2. erwähnt, der Sekundärprävention zugeordnet. Unter Früherkennung im Rahmen der systemischen Prävention wird laut Hafén (2013) die Beobachtung von Problemsymptomen verstanden, die dazu führen soll, dass Krankheiten oder soziale Probleme in einem frühen Stadium erkannt werden. Die Früherkennung einer Krankheit soll zu einem grösseren Behandlungserfolg führen, indem eine Frühbehandlung eingeleitet wird. Mit anderen Worten: Sie versucht, ein Problem in einem frühen Stadium zu erkennen und darauf präventiv zu reagieren (S.94-95). Dies gilt auch für die Früherkennung bei Essstörungen, da nach Lowigus (2014) die Genesung einer Essstörung je effektiver ist, desto früher sie diagnostiziert und behandelt werden kann (S.54). Deshalb ist die Früherkennung bei Essstörungen sehr wichtig. Anorexia nervosa und Bulimia nervosa könnten gemäss Hafén (2013) anhand von ICD-10 Fragebögen diagnostiziert werden. Jedoch ist Früherkennung anhand des ICD-10 für Berufstätige im sozialen Bereich, wie z.B. in der Jugendarbeit oder der Schule, unüblich und schwierig anwendbar, da das psychologische Fachwissen fehlt. Deshalb findet Früherkennung in den sozialen Bereichen in Form von sozialen Beobachtungen statt. Entscheidend ist dafür, dass diese Beobachtungen strukturiert werden. Dies geschieht durch folgende drei Ebenen:  
Ebene 1: Systematisierung der Beobachtung von Anzeichen für die zu verhindernden Probleme.

Auf dieser Ebene gilt es zu klären, wer als Beobachtungsinstanz in Frage kommt und was für Anzeichen beobachtet werden. Zum Beispiel ist es wichtig, die Anzeichen und Merkmale einer Essstörung zu kennen.

Ebene 2: Systematisierung des Austausches dieser Beobachtungen.

Hier ist die Schaffung von Austauschgefässen zentral, in denen die Beobachtungen ausgetauscht werden. Diese Austauschgefässe können durch Vernetzung mit anderen Instanzen oder auch innerhalb einer Instanz stattfinden.

Ebene 3: Systematisierung der Einleitung von früh behandelnden Massnahmen.

Es gilt zu klären, wer für was zuständig ist und wie verfahren wird, wenn eine Frühbehandlung notwendig wird (S.96). Es ist zum Beispiel wichtig zu wissen, welches die nächsten Schritte in einer Schule oder Jugendarbeit sind, wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Essstörung bei einem Mädchen beobachtet wird.

Für die Systeme Schule, Familie und Jugendarbeit ist es wichtig die Merkmale und Anzeichen einer Essstörung zu kennen, damit sie im (Berufs-)Alltag wahrgenommen werden (Ebene 1). Gemäss dem BZgA (2013) ist der Übergang von „noch normal“ zu „auffällig“ oft fließend und schwierig erkennbar, was es nicht einfach für die Früherkennung macht. Deshalb ist es wichtig, die Anzeichen ernst zu nehmen (S.13). Eine Auflistung mit einer Übersicht von Anzeichen einer Essstörung liegt im Anhang C vor.

Neben der Ebene 1, ist für das System Schule sowie für die Jugendarbeit die Ebene 2 und die Ebene 3 entscheidend, da diese eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Früherkennung sind. Die Vernetzung und Kenntnisse über die umliegenden Fachstellen, z.B. für Essstörungen, sind für die Jugendarbeit zentral. Dies auch aus dem Grund, dass laut BZgA (2013) die Jugendarbeitenden weder in der Lage sind eine Diagnose zu stellen noch eine Essstörung zu behandeln (S.14). Deshalb ist auch die Triage von hoher Bedeutung für die Früherkennung. Nach Hafén (2010) bringt die Jugendarbeit mit der Organisationsposition und der Vermittlungsposition die methodische Voraussetzung für die notwendige Vernetzungs- und Koordinationsarbeit im Rahmen der Früherkennung mit (S.181). Die Jugendarbeit kann also in diesem Bereich einen wichtigen Beitrag zur Prävention von

Essstörungen leisten. Wichtig ist es, gemäss Hafén, (2010) in den Austauschgefässen sowie im Rahmen der Vernetzung, z.B. in der Kommunikation mit Fachstellen über einen spezifischen Fall, die Datenschutzaspekte zu beachten. Ein Bewusstsein für die Stigmatisierungseffekte und einen kritischen Umgang damit sind ebenso wichtig wie die Aufrechterhaltung des Vertrauensverhältnisses. In erster Linie sollte deshalb immer das Wohl der Person im Vordergrund stehen und aus diesem Grundsatz heraus Entscheidungen getroffen werden (S.182).

## 6. Schlussfolgerungen

In diesem letzten Kapitel der Bachelorarbeit werden zuerst die wichtigsten Erkenntnisse zusammengefasst und die Fragestellung beantwortet, bevor, zum Abschluss, noch ein Ausblick mit den weiterführenden Fragen folgt.

### 6.1. Wichtigste Erkenntnisse

Im Rahmen der systemischen Präventionstheorie wurde aufgezeigt, dass die Prävention das Ziel hat, zukünftige Probleme zu verhindern. Um zukünftige Probleme zu verhindern, muss an den Belastungs- und Schutzfaktoren angesetzt werden. Dafür ist eine genaue Einflussfaktorenanalyse notwendig. Die Analyse hat gezeigt, dass die meisten Faktoren, die für die Prävention im Rahmen der Jugendarbeit bedeutend sind, auf der psychischen und der sozialen Ebene liegen.

Zusätzlich zeigte sich auch die hohe Komplexität des Zusammenspiels der Einflussfaktoren bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. Bei jedem Individuum gibt es andere Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Faktoren, was einerseits die Wahrscheinlichkeit eines Krankheitsausbruchs bei den einen verringert, bei anderen jedoch erhöht. Da kein Belastungsfaktor alleine ausreichend für die Erkrankung ist, gibt es auch keinen Faktor, der zu einem sicheren Krankheitsausbruch führt. Dies erschwert die Prävention und macht den Präventionserfolg jeweils unsicher.

Berger (2011) betont, dass die wissenschaftlichen Ergebnisse zur anhaltenden Wirkung von Präventionsprogrammen zu dieser Thematik umstritten sind (S.18). Das BZgA (2013) macht ebenfalls darauf aufmerksam, dass wissenschaftlich gesicherte Daten zum Erfolg der Prävention von Essstörungen rar sind (S.22). Die Unsicherheit des Präventionserfolgs wird zusätzlich zu den komplexen Wechselwirkungen der Einflussfaktoren durch die operative Geschlossenheit der Systeme verstärkt. Da es sich bei den autopoietischen Systemen um sogenannte Blackboxen handelt, ist es nicht möglich vorauszusehen, was einen Irritationsversuch bei dem betreffenden System genau auslöst. Somit ist jeweils auch unsicher, ob eine Präventionsmassnahme das gewünschte Resultat beim Zielsystem hervorbringt. Aus diesem Grund ist es entscheidend, dass die Prävention mit ihren Massnahmen zur relevanten Umwelt für das Zielsystem wird, da dadurch der Präventionserfolg gesteigert werden kann. In der Jugendarbeit geschieht dies z.B. durch Beziehungs- und Vertrauensaufbau zwischen den Jugendarbeitenden und den Jugendlichen.

Um den Interventionserfolg weiter zu erhöhen, ist eine genaue Bestimmung der Zielgruppe entscheidend. Die Methodenwahl, die auf die Zielgruppe angepasst ist, spielt ebenfalls eine entscheidende Rolle für den Erfolg.

Allgemein sollten folgende Grundsätze und Aspekte beachtet werden, damit der Erfolg der Prävention von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa erhöht werden kann:

- Es sollen keine genauen Informationen über die Krankheit vermittelt werden, da ansonsten die Gefahr der Nachahmung grösser ist als der Effekt der Prävention (Berger, 2011, S.19).
- Der Schwerpunkt der Präventionsmassnahmen soll die Stärkung der Schutzfaktoren mehr fokussieren als die Beseitigung der Belastungsfaktoren, da z.B. ein gestärktes Selbstvertrauen und ein erhöhter Selbstwert auch andere Probleme vorbeugen können (Berger, 2011, S.19).
- Die Anwendung von geschlechtsspezifischen Ansätzen ist ebenfalls wichtig, da sie bei den unterschiedlichen Bedürfnissen, Ressourcen, Lebensrealitäten und Erfahrungen von

weiblichen und männlichen Jugendlichen ansetzen (Berger, 2011, S.19).

- Universelle und altersunangepasste Prävention sollte unterlassen werden, weil die Wirksamkeit sehr gering ist. Zusätzlich ist die Gefahr des Schadens, vor allem bei unangepassten Präventionsmassnahmen, gross (Berger, 2011, S.19).
- Der aktive Einbezug der Teilnehmenden verspricht einen grösseren Erfolg als psychoedukativen Massnahmen (Franke, 2014, S.272).
- Die Präventionsprogramme sollten von externen Fachpersonen durchgeführt werden (ebd.). Dies gilt jedoch nicht für das präventive Handeln. Dazu ist jede Person, die mit Jugendlichen in Kontakt ist, aufgefordert.
- Wichtig ist, die Angebote in der Lebenswelt der Jugendlichen anzubieten, damit eine Teilnahme möglichst unkompliziert ist. Dafür eignet sich z.B. besonders gut die Jugendarbeit (BZgA, 2013, S.22).

Zusätzlich hat sich gezeigt, dass in der Prävention von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa sowohl bei der Verhaltensprävention als auch bei der Verhältnisprävention angesetzt werden sollte. Die Jugendarbeit ist häufig im Rahmen der Verhaltensprävention tätig. Sie hat jedoch die Möglichkeit, anderen Systemen Anstösse zu geben, damit mehr Verhältnisprävention in Gang kommt, z.B. in der Gesetzgebung.

Die Bachelorarbeit hat sich mit der Frage auseinandergesetzt, inwiefern die Jugendarbeit einen Beitrag zur Prävention von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa leisten kann. Zuerst wurde kurz betrachtet, ob die Präventionsarbeit überhaupt eine Aufgabe der Jugendarbeit ist. Dabei konnte, unter anderem, der Präventionsauftrag anhand des Berufskodex abgeleitet werden. Danach wurde der Präventionsbeitrag der Jugendarbeit bei jedem Einflussfaktor der Analyse untersucht.

Die Resultate zeigen, dass die Jugendarbeit einen wichtigen Beitrag zu Prävention dieser Essstörung leisten kann und sie zeigen auch konkrete Möglichkeiten auf, die im Berufsalltag umgesetzt werden können. Diese sind im fünften Kapitel ersichtlich. Es wurde ersichtlich, dass die Jugendarbeit im Zusammenhang mit Projekten, konkrete Präventionsangebote lancieren und durchführen kann.

Einen wertvollen Beitrag zur Prävention kann die Jugendarbeit mit einfachen, präventiven Handlungen leisten, z.B. im Rahmen von informellen Gesprächen oder mit konstruktiven Feedbacks.

Eine grosse Stärke der Jugendarbeit, im Zusammenhang mit der Prävention von Essstörungen, liegt in den soziokulturellen Arbeitsprinzipien und den Methoden, mit denen sie arbeitet.

So ist z.B. nach Hafén (2013) die Methode der Projektarbeit, sowohl für die Präventionsarbeit als auch für die Jugendarbeit von grosser Bedeutung (S.180). Durch ihr Know-how über die Projektmethodik ist die Jugendarbeit in der Lage, mit und innerhalb von Projekten präventive Massnahmen zu lancieren und umzusetzen. Eines der Grundprinzipien der Jugendarbeit ist gemäss dem Dachverband der offenen Jugendarbeit (DOJ) (2007) das Prinzip der Partizipation (S.4). Partizipation hat automatisch eine präventive Wirkung, da damit Systeme inkludiert und so die Inklusionsfähigkeit der Zielsysteme gefördert werden. Dabei ist laut Petra Baumberger (zit. in BAG, 2005, S.73) wichtig, dass Partizipation so gelebt wird, dass die Jugendlichen Verantwortungen übernehmen können und auch lernen, die Konsequenzen daraus zu tragen. Hafén (2013) erwähnt zudem soziokulturelle Prinzipien wie Empowerment, Nachhaltigkeit, Freiwilligkeit und eine wertschätzende Grundhaltung, die eine präventive Wirkung haben und den Präventionserfolg unterstützen (S.180-181).

Die Sensibilisierung der Jugendarbeitenden sowie der Gesellschaft, in Bezug auf die Thematik der Essstörungen ist bereits ein erster wichtiger Schritt für eine erfolgreiche Prävention. Häufig sind es bereits kleine Handlungen, die einen grossen Unterschied machen, z.B. die Art, wie eine Jugendarbeiterin vor den Jugendlichen über ihre Figur spricht. Deshalb spielt die Selbstreflexion aller beteiligten Personen eine zentrale Rolle. Gerade in der Sozialen Arbeit, zu der auch die Jugendarbeit gehört, ist die Person das Arbeitsinstrument und deshalb ist es wichtig, dass sich die Berufsleute der Sozialen Arbeit selbst mit dieser Thematik auseinandersetzen und ihre Aussagen und Handlungen diesbezüglich reflektieren.

Ein wichtiger Aspekt ist die Früherkennung, die jedoch oft aus zeitlichen Gründen keinen Platz im Berufsalltag hat. Gerade im Zusammenhang mit Essstörungen ist sie jedoch von grosser Bedeutung und darf nicht unterschätzt werden. Eine gute Vernetzung mit anderen Institutionen sowie eine stärkere Gewichtung der Früherkennung wären ein wichtiger Schritt im Rahmen der Prävention.

Trotz all der vielen Vorteile, die die Jugendarbeit bietet, reicht die Prävention im Rahmen der Jugendarbeit allein nicht aus, da sie zum Beispiel nie alle Jugendliche eines Dorfes oder einer Stadt erreicht. Die Prävention sollte an möglichst allen Systemen ansetzen, die eine relevante Umwelt für die Jugendlichen darstellen. Aus diesem Grund wurde im fünften Kapitel kurz auf Massnahmen im System Familie und im System Schule eingegangen, da diese zwei sehr relevante Systeme für die Jugendlichen sind. Es sollten jedoch auch Massnahmen im Rahmen der Vereine und Peers umgesetzt werden, damit die Prävention von Essstörungen erfolgreicher ist.

## **6.2. Ausblick und weiterführende Fragen**

In der vorliegenden Bachelorarbeit wurde auf die Primärprävention und die Früherkennung von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa eingegangen und der Beitrag der Jugendarbeit untersucht. Dabei zeigte sich, dass die Jugendarbeit zwar einen wichtigen Beitrag leisten kann, jedoch noch lange nicht alle Jugendlichen erreicht und Prävention von Essstörungen ausschliesslich im Rahmen der Jugendarbeit zu kurz greifen. Aus diesem Grund wäre es in einer nächsten Bachelorarbeit sinnvoll, Präventionsmassnahmen auch für andere Arbeitsfelder der Soziokulturellen Animation sowie für andere Arbeitsfelder der Sozialarbeit und der Sozialpädagogik abzuleiten. Von je mehr Seiten präventiv gehandelt wird und je breiter die Abdeckung von Präventionsangeboten ist, desto mehr Jugendliche werden erreicht und desto vielversprechender sieht der Erfolg aus.

Anorexia nervosa und Bulimia nervosa trifft nicht nur junge Mädchen und Frauen, sondern vermehrt auch Frauen in den Wechseljahren (Eva Tenzer, 2012). Es wäre deshalb auch spannend der Frage nachzugehen, wie Essstörungen im Alter vorgebeugt werden können, da bei älteren Frauen andere Faktoren eine Rolle spielen als bei den Jugendlichen.

Immer häufiger sind auch Männer und männliche Jugendliche von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa betroffen. Im Vergleich zu den Frauen gibt es viel weniger Literatur und Forschungen zu diesem Thema, da es auch weniger Männer betrifft. Jedoch sollte die Soziale Arbeit nicht die Augen vor dieser Thematik verschliessen, Des Weiteren wäre es bestimmt interessant, z.B. für die Bubenarbeit, Präventionsmassnahmen auch für männliche Jugendliche zu kennen, da es sehr wohl Unterschiede in der Vorgehensweise zu den Frauen gibt. Somit wäre auch dieses Thema etwas für eine nächste Bachelorarbeit, da allein das Wissen eine Sensibilität im Berufsalltag unterstützen kann.



Diese Bachelorarbeit hat sich nur mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa auseinandergesetzt. Ein weiteres Thema, das behandelt werden könnte, wäre die Prävention der Binge-Eating Störung. In diesem Zusammenhang wäre allgemein die Prävention von Adipositas von grosser Bedeutung. Adipositas wird zwar nicht zu den psychischen Erkrankungen gezählt, ist jedoch ein grosses Thema in unserer Gesellschaft, da die Anzahl der Personen, die an Adipositas leiden, immer grösser wird. Zusätzlich zum persönlichen Leid der Erkrankten, bringt es auch hohe gesellschaftliche Kosten. Viele Präventionsstellen sind bereits an dieser Thematik dran, trotzdem gibt es im Zusammenhang mit der Sozialen Arbeit noch Potential, so könnten auch hier Präventionsmassnahmen, anhand von Arbeitsfeldern, entwickelt und abgeleitet werden.

Ein weiteres wichtiges Thema ist die bereits angesprochene Wechselwirkung zwischen der Prävention von Adipositas und der Prävention von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa, da diese sich nach Wunderer (2015), je nach Präventionsmassnahme, gegenseitig fördern (S.307). Wenn z.B., im Rahmen der Adipositasprävention, zu gesundem Essen und viel Bewegung aufgefordert wird, kann das die anderen zwei Essstörungen begünstigen, da Personen, die z.B. aus Angst dick zu werden, versuchen abzunehmen, obwohl sie normalgewichtig sind. Die Problematik der Systeme als Blackboxen wird hier gut sichtbar. Im Rahmen einer nächsten Bachelorarbeit könnte diese Problematik untersucht werden und Wege für die Prävention entwickelt werden, die alle Essstörungen und Adipositas vorbeugen und nicht das eine oder andere begünstigen.

## 7. Literatur- und Quellenverzeichnis

- ANAD (ohne Datum). *Risiko- und Schutzfaktoren für Essstörungen*. Gefunden unter <https://www.anad.de/essstoerungen/risiko-und-schutzfaktoren-fuer-essstoerungen/>
- Arbeitsgemeinschaft Ess-Störungen (AES) (ohne Datum). *Präventionsangebote*. Gefunden unter <http://www.aes.ch/angebot/praeventionsangebote.html>
- AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen* [Broschüre]. Bern: Autor.
- Backmund, Herbert & Gerlinghoff, Monika (2002). Essstörungen aus ärztlicher Sicht. *Bayerisches Ärzteblatt*. Gefunden unter [http://www.blaek.de/presse/aerzteblatt/2002/4-7\\_02\\_1.pdf](http://www.blaek.de/presse/aerzteblatt/2002/4-7_02_1.pdf)
- Bayerischen Jugendring (2006). *Prävention von sexueller Gewalt in der Kinder- und Jugendarbeit* [Broschüre]. München: Autor.
- Benecke, Cord (2014). *Klinische Psychologie und Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Berger, Christa (2009). *Essstörungen. Orientierungshilfe für die Suchtprävention*. Zürich: Suchtpräventionsstelle.
- Berger, Christa (2011). *Essstörungen. Orientierungshilfe für die Suchtprävention*. Zürich: Suchtpräventionsstelle.
- Berger, Gregor (2014). Chancen und Risiken. *Fritz und Fränzi* (1), S. 56–60. Gefunden unter [http://www.fritzdunfraenzi.ch/artikel/news/chancen-und-risiken/?tx\\_news\\_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx\\_news\\_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=07268709e490021a4cf70627e98954d8](http://www.fritzdunfraenzi.ch/artikel/news/chancen-und-risiken/?tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=07268709e490021a4cf70627e98954d8)
- Berger, Uwe & Schick Andreas (2009). *Mit Barbie durch dick und dünn*. Gefunden unter [http://www.roth-programmierung.de/red\\_upload/8053/documents/gug\\_2009\\_6\\_S46-Prima.pdf](http://www.roth-programmierung.de/red_upload/8053/documents/gug_2009_6_S46-Prima.pdf)
- Berk, Laura E. (2011). *Entwicklungspsychologie* (5.bearb. Aufl.). München: Pearson Studium.
- Beushausen, Jürgen (2004). *Essstörungen und multiple Süchte. Gesundheit und Krankheit in der Familie - ein systemtheoretischer Zugang*. Leer: Grundlagen und Praxis.
- Biedert, Esther (2008). *Essstörungen*. München: Ernst Reinhardt.
- Bodmer, Nancy M. (2013). *Psychologie der Jugendsexualität. Theorie, Fakten, Interventionen*. Bern: Huber.
- Borgstedt, Kirsten (2013). *Bulimie und Magersucht. Ratgeber für Eltern*. Paderborn: Ferdinand Schöningh.
- Botta Diener, Marianne (2003, 1. Mai). Essstörungen. Gefährlicher Mangel an Selbstvertrauen. *Beobachter* (9). Gefunden unter [http://www.beobachter.ch/lebensgesundheit/wohlfuehlen-praevention/artikel/essstoerungen\\_gefaehrlicher-mangel-an-selbstvertrauen/](http://www.beobachter.ch/lebensgesundheit/wohlfuehlen-praevention/artikel/essstoerungen_gefaehrlicher-mangel-an-selbstvertrauen/)

- Buddeberg-Fischer, Barbara (2000). *Früherkennung und Prävention von Essstörungen. Essverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen*. Stuttgart: Schattauer.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2005). *Prävention in der Jugendarbeit. Was haben wir gelernt?* [Broschüre]. Bern: Autor.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] (2013). *Essstörungen vorbeugen - Informationen und Übungen für die Gruppenarbeit* [Broschüre]. Köln: Autorin.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] (2011). *Essstörungen - Leitfaden für Eltern, Angehörige und Lehrkräfte* [Broschüre]. Köln: Autorin.
- Cassée, Kitty (2007). *Kompetenzorientierung: Eine Methodik für die Kinder- und Jugendhilfe. Ein Praxisbuch mit Grundlagen, Instrumenten und Anwendungen*. Bern: Haupt.
- Cattus, Maria (2015). *Das Minnesota-Experiment (Teil 3) „Die Männer, die für die Wissenschaft hungerten“ – Die Hungerphase*. Gefunden unter [http://de.fitness.com/articles/2511/das\\_minnesota\\_experiment\\_teil\\_3\\_die\\_maenner\\_die\\_e\\_fuer\\_die\\_wissenschaft\\_hungerten\\_die\\_hungerphase.php](http://de.fitness.com/articles/2511/das_minnesota_experiment_teil_3_die_maenner_die_e_fuer_die_wissenschaft_hungerten_die_hungerphase.php)
- Dachverband offene Jugendarbeit [DOJ] (2007). *Offene Kinder- und Jugendarbeit in der Schweiz. Grundlagen für Entscheidungsträger und Fachpersonen*. Moosseedorf: Autor.
- Das Minnesota-Experiment (ohne Datum). *Das Minnesota-Experiment*. Gefunden unter <http://www.minnesota-experiment.de/ancel-keys.shtml>
- Dobmeier, Julia (2014a). *Magersucht*. Gefunden unter <http://www.netdokter.de/krankheiten/magersucht/>
- Dobmeier, Julia (2014b). *Bulimie*. Gefunden unter <http://www.netdokter.de/krankheiten/bulimie>
- Dombrowski, Hans-Ulrich (2012). *Wege zu mehr Selbstvertrauen. Hilfreiche Strategien zur Erhöhung des Selbstwertgefühls* (4. überarb. Aufl.). Norderstedt: Books on Demand.
- Eltern im Netz (ohne Datum). *Streiten will gelernt sein*. Gefunden unter <https://www.elternimnetz.de/kinder/erziehungsfragen/alltag/streiten.php>
- Enzyclo.de (ohne Datum). *Prä-morbid*. Gefunden unter <http://www.enzyklo.de/Begriff/pr%C3%A4morbid>
- Experten Netzwerk Essstörungen Schweiz [ENES] (2002). *Essstörungen Magersucht - Risikofaktoren*. Gefunden unter [http://www.netzwerk-essstoerungen.ch/d/infos/magersucht/ma\\_risiko.htm](http://www.netzwerk-essstoerungen.ch/d/infos/magersucht/ma_risiko.htm)
- Experten Netzwerk Essstörungen Schweiz [ENES] (2006). *Essstörungen*. Gefunden unter [http://www.netzwerk-essstoerungen.ch/d/pdf/BEH\\_Fassung\\_2006.pdf](http://www.netzwerk-essstoerungen.ch/d/pdf/BEH_Fassung_2006.pdf)
- Fachstelle für Suchtprävention (2004). *Magersucht und Bulimie. Informationsbroschüre für Eltern und Erziehende* (2. Aufl.) [Broschüre]. Luzern: Autorin.
- Fend, Helmut (1998). *Eltern und Freunde. Soziale Entwicklung im Jugendalter*. Bern: H. Huber.

- Ferge, Michaela, Lagemann, Alexandra, Mayr-Frank, Elisabeth & Rabeder-Fink, Ingrid (2002). *Grundsatzempfehlungen zur Prävention von Ess-Störungen*. Gefunden unter [http://www.eduhi.at/dl/Empfehlungen\\_Artikel\\_Ferge.pdf](http://www.eduhi.at/dl/Empfehlungen_Artikel_Ferge.pdf)
- Franke, Alexa (2014). Prävention von Anorexia nervosa. In Klaus Hurrelmann, Theodor, Klotz & Jochen, Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4. vollst.überarb. Aufl., S.266-273). Bern: Hans Huber.
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2013). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Erscheinungsformen und Antworten* (2., aktual. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Garner, David M. (1991). Soziokulturelle Aspekte bei Essstörungen. In Corina Jacobi & Thomas Paul (Hrsg.), *Bulimia und Anorexia nervosa* (S.11-23). Berlin Heidelberg: Springer.
- Genner, Sarah, Süß, Daniel, Waller, Gregor, Willemse, Isabel & Hipeli, Eveline (2013). *Medienkompetenz. Tipps für sicheren Umgang mit digitalen Medien*. Gefunden unter [http://www.jugendundmedien.ch/fileadmin/user\\_upload/Chancen\\_und\\_Gefahren/Broschuere\\_FAQ\\_Medienkompetenz\\_dt.pdf](http://www.jugendundmedien.ch/fileadmin/user_upload/Chancen_und_Gefahren/Broschuere_FAQ_Medienkompetenz_dt.pdf)
- Gerlinghoff, Monika & Backmund, Herbert (2010). Essen will gelernt sein. Ein Arbeits- und Rezeptbuch (4. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Hafen, Martin (2010). Die Soziokulturelle Animation aus systemtheoretischer Perspektive. In Bernard Wandeler (Hrsg.), *Soziokulturelle Animation* (S.157-200). Luzern: Interact.
- Hafen, Martin (2013). *Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis* (2. vollst. überarb. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Hessische Landesstelle für Suchtfragen (ohne Datum). *Empfehlung Prävention Essstörungen*. Gefunden unter [http://www.hls-online.org/index.php?option=com\\_jdownloads&Itemid=0&task=view.download&cid=50](http://www.hls-online.org/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=0&task=view.download&cid=50)
- Högger, Dominique (2013). *Speisekarte. Eine Orientierungshilfe durch das Land von zu viel und zu wenig*. Gefunden unter <http://www.fhnw.ch/ph/iwb/download/gesundheit/unterrichtmaterial/speisekarte.pdf>
- Husi, Gregor & Villiger, Simone (2012). *Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Soziokulturelle Animation. Forschungsergebnisse und theoretische Reflexionen zur Differenzierung Sozialer Arbeit*. Luzern: Interact.
- Ihde-Scholl, Thomas (2013). *Ganz normal anders. Alles über psychische Krankheiten, Behandlungsmöglichkeiten und Hilfsangebote*. Zürich: Beobachter-Edition.
- Institut Suchtprävention (2008, Mai). Essstörungen. Zu viel - zu wenig. *4tyFOUR* (10). Gefunden unter [http://www.praevention.at/upload/documentbox/4tyfour\\_Nr.10.pdf](http://www.praevention.at/upload/documentbox/4tyfour_Nr.10.pdf)
- Jacobi, Corinna, Paul, Thomas & Thiel, Andreas (2004). Essstörungen. In Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg & Dieter Vaitl (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapie* (Band 24). Göttingen: Hogrefe.
- Jacobi, Corinna & Neubert, Stefan (2005). Psychosoziale Risikofaktoren und aufrechterhaltende Bedingungen von Essstörungen. Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand. *Psychotherapie* 10 (1), S. 73–85. Gefunden unter [http://cip-medien.com/media/download\\_gallery/05-01/2005-1-09-Jacobi.pdf](http://cip-medien.com/media/download_gallery/05-01/2005-1-09-Jacobi.pdf)

- Johannes Gutenberg Universität (2013). *Mit Selbstbewusstsein gegen Essstörungen*. Gefunden unter [http://www.magazin.uni-mainz.de/1432\\_DEU\\_HTML.php](http://www.magazin.uni-mainz.de/1432_DEU_HTML.php)
- Kinzl, Johann, Kiefer, Ingrid & Kunze, Michael (2004). *Besessen vom Essen*. Leoben, Wien: Kneipp-Verlag.
- Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ohne Datum). *Anorexia nervosa – „Magersucht“*. Gefunden unter [http://www.kjp.med.uni-muenchen.de/klinik/ess\\_anorexia.php](http://www.kjp.med.uni-muenchen.de/klinik/ess_anorexia.php)
- Klotter, Christoph (2007). *Einführung Ernährungspsychologie*. München: Ernst Reinhardt.
- Kompetenzzentrum für Essstörungen und Adipositas (2015). *Anorexie (Magersucht)*. Gefunden unter <http://www.essstoerungen-adipositas.ch/>
- Langer, Annette (2010, 29. Dezember). Anorexie: Magermodel Isabelle Caro ist tot. *Spiegel online*. Gefunden unter <http://www.spiegel.de/panorama/leute/anorexie-magermodel-isabelle-caro-ist-tot-a-737052.html>
- Lowigus, Marlene (2014). *Risiko Jugend - Risiko Magersucht. Magersucht als aktives, zielbezogenes Handeln auf Entwicklungsaufgaben des Jugendalters*. Hamburg: Diplomica.
- Mädchenarbeit Stadt Thun (2013). *Essstörungen. Eine Orientungsmappe*. Gefunden unter [http://www.thun.ch/fileadmin/behoerden/amt\\_fuer\\_bildung\\_und\\_sport/media/pdf/Kinder\\_\\_\\_Jugend/Maedchenarbeit/Orientierungsmappe\\_Essstoerungen.pdf](http://www.thun.ch/fileadmin/behoerden/amt_fuer_bildung_und_sport/media/pdf/Kinder___Jugend/Maedchenarbeit/Orientierungsmappe_Essstoerungen.pdf)
- Mühlemann, Pascale (ohne Datum). *Ursachen von Essstörungen. Verschiedene Schutzfaktoren*. Gefunden unter [http://www.feel-ok.ch/de\\_CH/jugendliche/themen/ich\\_und\\_mein\\_gewicht/rund\\_ums\\_thema\\_essstoerungen/ursachen\\_fuer\\_essstoerungen/ueberblick/verschiedene\\_schutzfaktoren.cfm](http://www.feel-ok.ch/de_CH/jugendliche/themen/ich_und_mein_gewicht/rund_ums_thema_essstoerungen/ursachen_fuer_essstoerungen/ueberblick/verschiedene_schutzfaktoren.cfm)
- Oerter, Rolf & Dreher, Eva (2008). Jugendalter. In Rolf Oerter & Leo Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (6. vollst. überarb. Aufl., S.271-332). Weinheim: Beltz.
- Proissl, Eva (2009). *Gemeinsam durch dick und dünn. Praxishandbuch zur Prävention von Essstörungen in Schule und Jugendarbeit* (2. Aufl.). Mainz: Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V..
- Pschyrembel, Willibald (Hrsg.). (2004). *Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch* (260 Aufl.). Berlin: Walter de Gruyter.
- Raabe, Katrin (2004). *Mädchenspezifische Prävention von Ess-Störungen. Handlungsansätze für die Praxis*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Renold, Sarah (2009). *Achtung, Teenager! Jugendliche verstehen, fördern und fordern*. Zürich: Beobachter-Buchverlag.
- Schneider, Frank & Dieter Wälte (2012). Essstörungen (F50). In Frank Schneider (Hrsg.), *Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie* (S.371-380). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Schnyder, Ulrich, Mohler-Kuo, Meichun, Milos, Gabriella & Dermota, Petra (2012). *Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz. Schlussbericht zuhanden des Bundesamt für Gesundheit (BAG)*. Gefunden unter

[http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung\\_bewegung/05207/13287/index.html?lang=de&download=NHzLpZeg7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z26gpJCKe4F7f2ym162epYbg2c](http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05207/13287/index.html?lang=de&download=NHzLpZeg7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z26gpJCKe4F7f2ym162epYbg2c)

- Schulze, Ulrike (2013). Anorexia nervosa - genderspezifische Aspekte zum Thema Essstörungen. Gefunden unter [http://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinder\\_Jugendpsychiatrie/Lehre/SCHU\\_Esstörungen\\_BW13\\_14.pdf](http://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinder_Jugendpsychiatrie/Lehre/SCHU_Esstörungen_BW13_14.pdf)
- Schweizerische Gesellschaft für kognitive Verhaltenstherapie (2006). *Anorexia nervosa*. Gefunden unter <http://www.sgvt-sstcc.ch/de/ratgeber-fuer-patientinnen/psychische-stoerungendes-kindes-und-jugendalters/anorexia-nervosa/index.html>
- Senftleben, Ralf (ohne Datum). *Grenzen haben - Grenzen setzten*. Gefunden unter <http://www.zeitzuleben.de/18149-grenzen-haben-grenzen-setzen/>
- Simchen, Helga (2010). *Essstörungen und Persönlichkeit. Magersucht, Bulimie und Übergewicht – Warum Essen und Hungern zur Sucht werden*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sonnenmoser, Marion (2006, Juli). Bei Prävention ansetzen. *Deutsches Ärzteblatt*, 103 (7), 314–316.
- Spiegel Online (2012). *BMI-Rechner: So ermitteln Sie Ihren Body-Mass-Index*. Gefunden unter <http://www.spiegel.de/gesundheit/ernaehrung/bmi-rechner-so-ermitteln-sie-ihren-body-mass-index-a-824673.html>
- Staatsinstitut und Bildungsforschung München (ohne Datum). *Persönlichkeit und soziale Beziehungen*. Gefunden unter [https://www.isb.bayern.de/download/9091/persoenlichkeit\\_und\\_soziale\\_beziehungen.pdf](https://www.isb.bayern.de/download/9091/persoenlichkeit_und_soziale_beziehungen.pdf)
- Stahr, Ingeborg, Barb-Priebe, Ingrid & Schulz, Elke (2007). *Essstörungen und die Suche nach Identität. Ursachen, Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten* (4. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Stamm, Margrit (2008). Vorbilder Jugendlicher aus pädagogischer Sicht. In Christoph Bizer, Rudolf Englert, Helga Kohler-Spiegel, Norbert Mette, Folkert Rickers et al. (Hrsg.), *Sehnsucht nach Orientierung. Vorbilder im Religionsunterricht* (S.45-54). Neukirchen: Neukirchener Verlagsgesellschaft.
- Steins, Gisela (2007). *Sozialpsychologie des Körpers. Wie wir unseren Körper erleben*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Tenzer, Eva (2012, 27. Juni). Magersucht: Den Körper vermeintlich schön hungern. *Neue Zürcher Zeitung*. Gefunden unter <http://www.nzz.ch/wissen/wissenschaft/den-koerper-vermeintlich-schoen-hungern-1.17284213>
- Toman, Erika (2010, 18. Juni). Anorexie und Bulimie: Symptomatik, Risikofaktoren und Auslöser. *Pro Mente Sana* (2), S. 6–8.
- Treasure, Janet (2012). *Gemeinsam die Magersucht besiegen. Ein Leitfaden für Betroffene, Freunde und Angehörige* (6. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Veiel, Axel (2015, 07. April). Gesetz in Frankreich. Land der Mode will Magermodels verbieten. *Berliner Zeitung*. Gefunden unter <http://www.berliner->

zeitung.de/panorama/gesetz-in-frankreich-land-der-mode-will-magermodels-  
verbieten,10808334,30362890.html

Wallner, Claudia (2009). *Mädchenarbeit und Gender*. Gefunden unter <http://www.claudia-wallner.de/vortraege/Maedchenarbeit%20und%20Gender.pdf>

Willener, Alex (2007). *Integrale Projektmethodik. Für Innovation und Entwicklung in Quartier, Gemeinde und Stadt*. Luzern: Interact.

Wunderer, Eva (2015). *Praxishandbuch Soziale Arbeit mit Menschen mit Essstörungen*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

## **8. Anhang**

Anhang A: Auswertung Belastungsfaktorenanalyse Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

Anhang B: Auswertung Schutzfaktorenanalyse Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

Anhang C: Anzeichen und Hinweise einer Essstörung



## Anhang A

### Auswertung Belastungsfaktorenanalyse Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

	Belastungsfaktor	Anorexia nervosa		Bulimia nervosa	
		Anz. Vorkom.	Quelle	Anz. Vorkom.	Quelle
<b>Physische Ebene</b>	Genetische Disposition, z.B. Veranlagung zu Übergewicht, Anfälligkeit für psychische Krankheiten, allgemein	15	1,2,6,9,10,14,16,17,20,21, 25,28,29,30	10	1,2,9,10,16,17,20,21,25
	weibliches Geschlecht	4	1,8,9,10	4	1,8,9,10
	Jugendalter	2	1,8	2	1,8
	reduzierte Aktivität des serotonergen Systems - gestörter Botenstoffwechsel (Serotonin)	2	9,17	2	9,17
	Prämorbidem Übergewicht, Adipositas	1	9	4	1,9,21,15
	gastrointestinale Probleme im Kindesalter	1	9	1	9
	Funktionsstörungen bestimmter Neurotransmitter/ Botenstoffe im Gehirn	2	20,21	1	20
	Früher Pubertät, Frühreife, frühes Eintreten der Regelblutung	2	21,22	2	1,21
	Angeborene Störung der Informationsverarbeitung	1	4		
	sehr geringe Opioidwerte			1	17
	Diäten, restriktives Essverhalten	8	1,9,16,23,24,25,31,32	7	1,16,20,23,25,31,32
	Unterzuckerung nach Fasten (Teufelskreis)			1	20

	Extreme körperliche Aktivität	1	9	1	9
<b>Psychische Ebene</b>	Geringe Selbstwertgefühl	16	1,2,3,4,7,8,9,10,14,17,20, 22,23,26,29, 31	11	1,2,7,8,10,17,20,23,25,26, 29
	Gestörte Sättigungswahrnehmung	1	1	1	1
	Hohe psychische Labilität	1	1	2	1,31
	Bedürnis der Kontrolle, Angst des Kontrollverlustes	4	1,3,29,31	3	1,29,31
	Unzufriedenheit mit sich und dem eigenen Körper, Ablehnung des eigenen Körpers	4	1,5,18,32	4	1,5,18,32
	Psychische Erkrankungen, wie Depressionen, Angsterkrankungen, Zwänge	6	1,8,9,22,23, 28	6	1,8,22,23,25,28
	Perfektionismus	14	1,2,3,4,6,9,10, 15,19,21,22, 23,25,29	9	1,2,7,10,21, 22,23,25,29
	Hohe Leistungsorientierung und hoher Leistungsanspruch an sich selber	12	2,4,6,7,8,10, 15,19,21,23,29, 31	8	2,8,10,17,23,25,29, 31
	Hohe Bedeutsamkeit von Figur und Gewicht für einem selber	3	2,16,32	3	2,16,32
	Wiederholende Selbstenttäuschungen bei meist hohen Selbstanspruch	1	4		
	Grosse Sensibilität	5	4,6,15,19,31	1	31
	Anfällig auf Reizüberflutung	1	4		
	Niedrige Stresstoleranz	2	4,23	1	23

Mangelnde Konflikt- und Kommunikationskompetenz, innere & persönliche Konflikte, Schlanksein als Lösung für alle Probleme	4	3,4,17,25		1	20
Einen starken Willen	1		4		
starkes Harmoniebedürfnis	5	3,4,6,15,19			
Entwicklungsphase der Pubertät, Überforderung mit dieser Lebensphase und den Veränderungen (körperliche, sexuelle), unbewältigte Entwicklungsaufgaben, Angst vor dem Erwachsenwerden	9	2,4,7,17,20,23,25,29,33		4	1,2,23,29
Konflikte, Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität und Angst davor	4	7,14,20,29			
Defizit in der Selbstwahrnehmung, verzerrte Realitätswahrnehmung, Körperwahrnehmungsstörung, mangelnde Interozeption	5	4,9,20,26,30		3	20,26,30
Rückzugsverhalten als Lösungsstrategie	1		4		
Unfähigkeit Gefühle & Bedürfnisse wahrzunehmen	2		5,25	1	20
Mitgefühl	3	6,15,19			
Ringieren um Unabhängigkeit	1		20		

als innerer Konflikt				
Emotionale Hemmung	1		21	
Impulsivität	1		23	5 6,15,19,21,23
Wählerisches Essverhalten und frühkindliche Essstörungen	2		9,28	2 9,28
Probleme mit Ablösung, Abgrenzungsprobleme von den Eltern, mangelnde Abgrenzungsfähigkeit	6	10,15,19,20,21, 27		
Probleme mit der Aneinung einer weiblichen Körper- und Geschlechtsidentität	1		30	3 1,7,30
Geringe Mentalisierungsfähigkeit	1		11	1 11
Kein autonomes Selbst wurde ausgebildet	1		31	2 30,31
Traumata	3	9,11,14		3 9,11,12
Stressereignisse verknüpft mit problematischen Konfliktlösungsstrategien	2	14, 20		
Schwierigkeiten Frustrationen zu verarbeiten				1 7
Grosse Lebendigkeit				3 6,15,19
Kreativität, für die kein angemessener Ausdruck gefunden wird				3 6,15,19
Freiheitsdrang				3 6,15,19
Ausgeprägte Schambereitschaft				3 6,15,19
Schwierigkeiten sich sozial zu integrieren	3	4,21,23		1 23

soziale Ebene	Strategie der Konfliktvermeidung	1	23	1	23
	Ethnische Störung (erlebt die psychologischen Probleme der Gesellschaft auf der persönlichen Ebene)	1	31	1	31
	Überforderung, durch aufgezwungene Selbständigkeit			1	19
	Keine angemessene Strategie der Regulation von Gefühls- und Spannungszuständen			2	1, 20
	Fehlen an Selbstkontrolle			1	21
Schlankheitsideal & Schönheitsideal der Gesellschaft und Druck von Seite Familie, Beruf, Freizeit, Sport, Medien, Mode,... diesem Ideal zu entsprechen. Vorbilder durch Medien und Freudinnen vermittelt.	17	1,2,3,4,8,9,11,14,16,17,18,20,21,22,23, 24,25	11	1,2,8,9,11,12,16,17,18,23, 25	
Familienkultur, ohne bewährte Streit- und Konfliktkultur, Äusserlich harmonisch und intakt, mit wenig Platz für Individualität, starke Kontrolle, hohe Ansprüche, Überbehütung, kaum gelebte Emotionalität	13	1,6,8,9,10,14,15,19,23,27, 29,30,31			

Familiäre Interaktions- und Kommunikationsmuster, geringer elterlicher Kontakt, emotional nicht erreichbar, Eltern desinteressiert, viele Streitereien, die offen ausgetragen werden, ohne konstruktive Lösungen, turbulent, eher abwesender Vater und schwache Mutter				8	2,8,9,17,20,22,30,31
Westliche Kultur, Werte der Leistungsgesellschaft, kulturelle Wurzeln	4	1,8,17,22		2	1,8
Umgang mit Nahrung in der Gesellschaft (Ratschläge was gut und schlecht ist) und Meinung der Gesellschaft: Je niedriger das Körpergewicht, desto gesünder	1		3		
Essstörungen in der Familie	1		1	1	1
Kritik an Essverhalten, Figur oder Gewicht von Seiten der Freuden oder der Familie & Hänseleien, Mobbing wegen diesen Punkten	5	1,2,11,23,26		5	1,2,11,23,26
Widersprüchliche und veränderte Geschlechterrolle, Frauenbild in der Gesellschaft	2		2,24	1	2
Verlust einer wichtigen Bezugsperson	2		2,29	5	2,6,15,19,29

(Tod, Scheidung,..)				
Schulstress, Spannungen in der Schule	2	2,22	2	2,22
Schwierige familiäre Situation, Spannungen in der Familie, ungeordnete Familiensituationen	7	2,16,22,23,24,28,32	11	2,6,12,15,16,19,20,22,23,28,32
(Sexueller) Missbrauch und Misshandlung (körperlich oder psychisch)	5	2,9,23,28,29	10	2,6,9,15,19,20,23,25,28,29
Mütter die selber unzufrieden mit sich sind und dies vorleben	3	4,11,26	2	17,26
Soziale Isolierung	3	4,21,23	1	23
Fehlende Anerkennung (jedoch grosse Sehnsucht danach)	1		4	1
Mangelnde Vorbereitung durch das Umfeld auf die Pubertät	1		5	
Starke Betonung der Leistung als Grund für Wertschätzung vor allem innerhalb der Familie. Hohe Leistungserwartung, gutes Aussehen sind sehr wichtig für Familie oder Umfeld	7	6,14,15,19,21,26,30	3	17,26,30
Psychische Erkrankungen innerhalb der Familie	2		9,26	4
Elterliches Übergewicht	1		9	3
Belastende Lebensereignisse, negative Kindheit	5	2,8,9,11,14	5	2,8,9,11,12

Teilnahme am Leistungssport	1	9	1	9
Familiäre Bedingungen, wie unregelmässige gemeinsame Mahlzeiten, strikte Diätregeln, häufige Diäten	1	11	3	1,11,17
Starke Abhängigkeit von den Eltern	4	10,20,21,27		
Starke Abhängigkeit von der Meinung nächster Bezugspersonen	1	10	1	10
Rivalitäten zwischen Geschwistern	2	15,19		
Grosse Veränderungen des vertrauten Umfelds	1	16	1	16
Viele ungeklärte Konflikte, AN wird als Machtmittel genutzt	1	17		
Emotional distanzierte Väter	1	21		
Gruppendruck	1	22	1	22
Mangelnde Zuneigung, Wärme, Vernachlässigung durch die Familie, nur geringe soziale Unterstützung erfahren	2	23,32	4	17,23,30,32
Einflüsse von Peers und Gesellschaftsnormen	1	29	1	29
Tochter als "Erweiterung" der Mutter	1	30		
Inadäquates reagieren der Mutter auf die Bedürfnisse des Kleinkindes	2	27, 30	1	30
Ideologie der Pseudoharmonie	1	30		



	innerhalb der Familie				
	Suchtprobleme der Eltern oder innerhalb der Familie			6	1,6,15,17,19,30
	Aufgezwungene Selbständigkeit - Pseudoautonomie			3	6,15,19
	Selbstwertgefühl und Körpergewicht ist im Wertesystem der Familie sehr eng verknüpft			1	20
Physikalisch-materielle Ebene	Ausreichende und daurende Verfügbarkeit von Nahrungsmittel, meist hochkalorische			1	16

#### Quellen der Belastungsfaktorenanalyse:

- (1) Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen von Klaus Fröhlich-Gildhoff (2013) S. 106-113
- (2) Bulimie und Magersucht von Kirsten Borgstedt (2013) S. 21-23
- (3) Gemeinsam die Magersucht besiegen von Janet Treasure (2012)
- (4) Essstörungen und Persönlichkeit von Helga Simchen (2010) S. 49-55 & 60-62 & 69-71
- (5) Prävention und Gesundheitsförderung (2014) von Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz und Jochen Haisch als Herausgeber S. 267-268
- (6) Anorexie und Bulimie: Symptomatik, Risikofaktoren und Auslöser von Erika Thomen Pro Mente Sana Aktuell 2/10
- (7) Mädchen in der Pubertät (Joachim Braun & Kirsten Khaschei (2012) S. 244-245
- (8) Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie (Franz Schneider & D. Wälte (2012) S.376)
- (9) Essstörungen (Corinna Jacobi, Thomas Paul & Andreas Thiel, 2004) S. 21-38
- (10) Is(s) was?! Ess-Störungen. Wann sollten sich Eltern sorgen machen.
- (11) Klinische Psychologie und Psychotherapie (Cord Benecke. 2014) S.348
- (12) Feel ok  
[http://www.feelok.ch/de\\_CH/jugendliche/themen/ich\\_und\\_mein\\_gewicht/rund\\_ums\\_thema\\_essstoerungen/ursachen\\_fuer\\_essstoerungen/anorexie/anorexie\\_ausloesende\\_faktoren.cfm](http://www.feelok.ch/de_CH/jugendliche/themen/ich_und_mein_gewicht/rund_ums_thema_essstoerungen/ursachen_fuer_essstoerungen/anorexie/anorexie_ausloesende_faktoren.cfm)
- (14) <http://www.eesom.com/go/2OQ0SNKN3LQTV70QBIRQ7K5U9GBYA6OD#Ursachen>

- (15) [http://www.netzwerk-essstoerungen.ch/d/infos/magersucht/ma\\_risiko.htm](http://www.netzwerk-essstoerungen.ch/d/infos/magersucht/ma_risiko.htm)
- (16) [http://www.c-d-k.de/psychotherapie-klinik/Stoerungen/anorexie\\_ursachen.html](http://www.c-d-k.de/psychotherapie-klinik/Stoerungen/anorexie_ursachen.html)
- (17) <http://www.netdokter.de/krankheiten/magersucht/>
- (18) Körperunzufriedenheit und gestörtes Essverhalten. Petra Warschburger (2010)
- (19) <http://www.essstoerungen-adipositas.ch/anorexie/>
- (20) [http://www.kjp.med.uni-muenchen.de/klinik/ess\\_anorexia.php#4](http://www.kjp.med.uni-muenchen.de/klinik/ess_anorexia.php#4)
- (21) Entwicklungspsychologie Berk, Laura (2011)
- (22) [http://www.fritzundfraenzi.ch/artikel/news/die-essstoerung-kann-besiegt-werden/?tx\\_news\\_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx\\_news\\_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=e1a13c3da99881f9e1b4bee1c2617aa6](http://www.fritzundfraenzi.ch/artikel/news/die-essstoerung-kann-besiegt-werden/?tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=e1a13c3da99881f9e1b4bee1c2617aa6)
- (23) <http://www.aes.ch/essstoerungen.html>
- (24) <http://www.magersucht-online.de/index.php/informationen-zu-magersucht/41-dr-christa-wuehrer-anorexia-nervosa-oder-qpubertaetsmagersuchtq>
- (25) Einführung Ernährungspsychologie. Klotter, Christoph (2007)
- (26) Bei Prävention ansetzen. Marion Sonnenmoser (2006)
- (27) [http://www.pflegeportal.ch/pflegeportal/Anorexia\\_nervosa\\_Praevention\\_in\\_Familie\\_und\\_Erziehung.php](http://www.pflegeportal.ch/pflegeportal/Anorexia_nervosa_Praevention_in_Familie_und_Erziehung.php)
- (28) Ernährungsmedizin. Schauder & Ollenschläger (1999)
- (29) Essstörungen. Netzwerk Essstörungen. (2006)
- (30) Essstörungen und die Suche nach Identität. Stahr, Barb-Priebe, Schulz (2007)
- (31) Sozialpsychologie des Körpers. Gisela Steins (2007)
- (32) [http://www.roth-programmierung.de/red\\_upload/8053/documents/gug\\_2009\\_6\\_S46-Prima.pdf](http://www.roth-programmierung.de/red_upload/8053/documents/gug_2009_6_S46-Prima.pdf)
- (33) Risiko Jugend – Risiko Magersucht. Marlene Lowigus (2014)

## Anhang B

### Auswertung Schutzfaktorenanalyse Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

		Anorexia nervosa		Bulimia nervosa	
Belastungsfaktor		Anz. Vorkom.	Quelle	Anz. Vorkom.	Quelle
<b>physische Ebene</b>	genetische Prädisposition für Schlankheit	1	1		
	Essen geniessen	1	2	1	2
	Lustvolles bewegen	1	4	1	4
	Herausfordernde Körpererfahrungen	1	4	1	4
<b>Psychische Ebene</b>	Gutes Durchsetzungsvermögen	1	1		
	Gute Problemlösefähigkeit & Problemlösestrategien	9	1,2,4,5,6,8,11,12,15	7	2,4,5,6,8,12,15
	Konfliktfähigkeit	10	2,3,4,5,6,11,12,14,15,16	7	3,5,6,12,13,15,16
	Hohe Selbstwertgefühl guter Umgang mit Stress	4	1,3,13,16	3	3,13,16
	Realisierung einer eignen Wertvorstellung in Bezug auf das körperliche Aussehen	1	1		
	Grosser Fundus an allgemeiner Lebenskompetenzen	1	1		
	Selbstvertrauen	10	2,4,5,6,8,10,11,12,14,15	7	2,4,5,6,8,12,15
	Konstruktiver Umgang mit Gefühlen - zulassen und ernst nehmen	5	2,4,11,12,15	4	2,4,12,15

<b>soziale Ebene</b>	Realistische Einschätzung von seinen Fähigkeiten, Talenten	6	2,5,6,9,12, 15	6	2,5,6,9,12, 15
	gute Körperwahrnehmung	5	2,5,6,12,15	5	2,5,6,12,15
	Positives Körperbild	8	3,5,6,9,12, 13,15,16	8	3,5,6,9,12, 13,15,16
	Grenzen setzen können	6	4,5,6,11,12,15	4	5,6,12,15
	Bewusstes Arbeiten an der Identität	1	4	1	4
	Realistische Einschätzung des eigenen Körperbildes	5	5,6,11,12,15	4	5,6,12,15
	Eigeninitiative	4	5,6,12,15	4	5,6,12,15
	Genussfähigkeit, Fähigkeit das Essen zu genießen	5	5,6,11,12,15	4	5,6,12,15
	Hohe Intelligenz	1	7	1	7
	Positives Temperament	1	7	1	7
	Kohärenzsinn	1	7	1	7
	Optimismus	1	7	1	7
	Soziale Kompetenzen	1	1		
	Fähigkeit zur Selbsthilfe	1	8	1	8
	Positives Selbstkonzept, Selbstwirksamkeitseffühl	1	8	1	8
	Selbst- und Fremdakzeptanz	1	14		
	Mut	1	14		
	Fähigkeit Schönheitsideale und Medien kritisch zu hinterfragen	3	3,13,16	3	3,13,16
	gutes Familienklima, tragfähige und belastbare familiäre Beziehungen, förderlicher Kommunikationsstil & Wertschätzung,...	12	1,2,3,5,6,7,8,11,12, 13, 15,16	10	2,3,5,6,7,8, 12,13,15,16
	Gute Esskultur in Familie und Gesellschaft	11	1,2,3,4,5,6, 11,12,13,15, 16	9	2,3,4,5,6,12,13 ,15 16
Rollenvielfalt leben	8	1,2,3,5,6,13,15,16	7	2,3,5,6,13, 15,16	

gute weibliche Vorbilder (Vermittlung eines positiven Frauenbildes unabhängig vom Gewicht)	10	1,2,3,5,6,11,12,13,15,16	8	2,3,5,6,12,13,15,16
gute Streitkultur	8	3,5,6,11,12,13,15,16	7	3,5,6,12,13,15,16
Kritisches Hinterfragen & Auseinandersetzung des Gesellschaftsideals/ Schönheitsideal und der Werbung/ Medien	7	2,3,4,5,6,11,15	6	2,3,4,5,6,15
gute soziale Integration	3	3,13,16	3	3,13,16
Pflege von Interessen und Hobbys	3	3,13,16	3	3,13,16
Unterstützende soziale Beziehungen	6	2,5,6,7,12, 15	6	2,5,6,7,12, 15
Grenzen respektieren	4	5,6,12,15	4	5,6,12,15
Erweiterung der Lebenswelt	3	5,6,12	3	5,6,12
Anerkennung von verschiedenen Lebensformen & Körperformen in der Gesellschaft & Familie	5	1,5,6,11,15	3	5,6,15
Hilfestellung der Eltern beim Rollenübergang von Kind zu Frau & persönlicher Lebensorientierung	2	1,4	1	4
Keine Überbetonung von Schlankheit in der Familie	1	1		
Breites Angebot von Sportarten, die mehr auf die Leistung als auf die Attraktivität abzielen	1	1		
Anerkennung und Wertschätzung die nicht auf den Körper bezogen ist	2	1,4	1	4
Hohe mütterlicher BMI	1	10	1	10

Gemeinsame Aktivitäten mit der Familie	1	7	1	7
Hinterfragen der traditionellen Geschlechterrollen und differenzierter Sprachgebrauch	3	4,5,6	3	4,5,6
Informationen über die körperliche Veränderung in der Pubertät	1	4	1	4

### Quellen der Schutzfaktorenanalyse:

(1) Prävention und Gesundheitsförderung (2014) von Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz und Jochen Haisch als Herausgeber S. 267-268

(2) [http://www.feel-ok.ch/de\\_CH/jugendliche/themen/ich\\_und\\_mein\\_gewicht/rund\\_ums\\_thema\\_essstoerungen/ursachen\\_fuer\\_essstoerungen/ueberblick/verschiedene\\_schutzfaktoren.cfm](http://www.feel-ok.ch/de_CH/jugendliche/themen/ich_und_mein_gewicht/rund_ums_thema_essstoerungen/ursachen_fuer_essstoerungen/ueberblick/verschiedene_schutzfaktoren.cfm)

(3) <https://www.anad.de/essstoerungen/risiko-und-schutzfaktoren-fuer-essstoerungen/>

(4) [http://www.thun.ch/fileadmin/behoerden/amt\\_fuer\\_bildung\\_und\\_sport/media/pdf/Kinder\\_\\_Jugend/Maedchenarbeit/Orientierungsmappe\\_Essstoerungen.pdf](http://www.thun.ch/fileadmin/behoerden/amt_fuer_bildung_und_sport/media/pdf/Kinder__Jugend/Maedchenarbeit/Orientierungsmappe_Essstoerungen.pdf)

(5) [http://www.essstoerungshotline.at/allgemeines/Zahlenx\\_Datenx\\_Fakten/risikofaktoren.html](http://www.essstoerungshotline.at/allgemeines/Zahlenx_Datenx_Fakten/risikofaktoren.html)

(6) [http://www.eduhi.at/dl/Empfehlungen\\_Artikel\\_Ferge.pdf](http://www.eduhi.at/dl/Empfehlungen_Artikel_Ferge.pdf) (Grundsatzempfehlungen zur Prävention von Ess-Störungen)

(7) [http://www.kindernetzwerk.de/admin/files/pictures/406/406\\_9292\\_1322738931.pdf](http://www.kindernetzwerk.de/admin/files/pictures/406/406_9292_1322738931.pdf)

(8) [https://www.schulberatung.bayern.de/schulberatung/bayern/fragen\\_paed\\_psy/essstoerungen/](https://www.schulberatung.bayern.de/schulberatung/bayern/fragen_paed_psy/essstoerungen/)

(9) <http://www.pflegeportal.ch/?crd=0,66,0,0,0,4059>

(10) [http://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinder\\_Jugendpsychiatrie/Lehre/SCHU\\_Esstoeungen\\_BW13\\_14pdf.pdf](http://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinder_Jugendpsychiatrie/Lehre/SCHU_Esstoeungen_BW13_14pdf.pdf)

(11) [http://www.oekolog.at/fileadmin/oekolog/dokumente/OEKOLOG/Esstoeungen\\_21.11.2012\\_druckoptimiert\\_Andert\\_Martina.pdf](http://www.oekolog.at/fileadmin/oekolog/dokumente/OEKOLOG/Esstoeungen_21.11.2012_druckoptimiert_Andert_Martina.pdf)

(12) <http://www.frauenfuerfrauen-lb.de/Pdf/PowerPoint%20Multiplikatorinnen-web.pdf?!%20FoBi%202012.pdf?!%20FoBi%202012.pdf>

(13) <http://www.sante.public.lu/fr/exposes/journee-sante-scolaire/2013/journee-sante-scolaire-2013/Aarab-salima.pdf>

(14) <http://evasapfelberlin.de/essst-rungen/anorexie.html>

(15) [http://www.zweiundmehr.steiermark.at/cms/dokumente/11916305\\_41754193/977fc2e8/ZweiundMehr\\_Esst%C3%B6rungen\\_02\\_2014%20%5BKompatibilit%C3%A4tsmodus%5D.pdf](http://www.zweiundmehr.steiermark.at/cms/dokumente/11916305_41754193/977fc2e8/ZweiundMehr_Esst%C3%B6rungen_02_2014%20%5BKompatibilit%C3%A4tsmodus%5D.pdf)

(16) [http://dge-mv.de/html/wp-content/uploads/2014/02/Angermann\\_Essen-und-Psyche.pdf](http://dge-mv.de/html/wp-content/uploads/2014/02/Angermann_Essen-und-Psyche.pdf)  
(schön Klinik)

## Anhang C

### Anzeichen und Hinweise einer Essstörung (Quelle: BZgA, 2013, S.14-15).

Hinweise beim **Essverhalten** auf eine Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa:

- Sehr viel trinken (zum Beispiel mehr als 3 Liter pro Tag)
- Sehr wenig essen
- Eingeschränkte Lebensmittelauswahl mit verbotenen Lebensmitteln
- Heisshungeranfälle und darauffolgende Fastentage
- Zurückziehen nach den Mahlzeiten
- Erbrechen
- Medikamentenmissbrauch
- Möglichst alleine Essen, das Essen mit anderen vermeiden
- Für andere kochen und andere zum Essen verführen, aber selber wird nichts gegessen
- Ausreden und ausweichende Antworten auf die Frage, weshalb nicht gegessen wird
- Essen ist mit Angst verbunden
- Übermässiges Kaugummi kauen
- Starkes Würzen oder Süssen der Getränke und Speisen
- Schlingendes Essen

Hinweise beim Thema **Gewicht** auf eine Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa:

- Starke Gewichtsveränderung
- Gespräche und Denken finden nur noch über Figur und Gewicht statt
- Obwohl man schlank ist, empfindet man sich als zu dick
- Abgemagerten Körper in weiter Kleider verstecken
- Abgemagerten Körper präsentieren

Hinweise beim **Verhalten** (oft ein zwanghaftes) auf eine Anorexia nervosa oder eine Bulimia nervosa:

- Oft wiegen
- Rituale rund ums Essen
- Der Tag wird genau geplant
- Körperlich extrem aktiv sein
- Strenges befolgen selbst aufgestellter Regeln trotz körperlicher Warnhinweise

**Soziale** Hinweise auf eine Anorexia nervosa oder eine Bulimia nervosa:

- Geringes Selbstbewusstsein
- Auffälliger Ehrgeiz
- Leistung steigt deutlich an
- Leistung fällt deutlich ab
- Zurückziehen
- Leugnen von Problemen
- Sich nichts gönnen
- Depressive Stimmung

**Körperliche** Hinweise auf eine Anorexia nervosa oder eine Bulimia nervosa:

- Körperliche Schwäche
- Ohnmacht, Schwindel
- Oft frieren
- Haarausfall



- Anschwellen der Speicheldrüsen oder der Wangen
- Karies und Zahnschmelzschäden
- Magenschmerzen und Verdauungsprobleme
- Ausbleiben der Menstruation