

## 1 Einleitung

„Ich kann sagen, dass meine Essstörung im Alter von 12 Jahren begann. Ich wog damals eindeutig zu viel. Als ich in die Pubertät kam, hatte ich viele Schwierigkeiten und Probleme. Ich kam mit meiner Periode nicht klar. Ich betrachtete sie immer als eine Strafe, die mir auferlegt wurde, hatte wenig Freunde und in der Schule wurde ich nur noch „Pummelchen“ oder „Schweinchen“ genannt. Und so begann ich zu Hungern, da meine Gedanken immer daran festhielten, ``wenn du dünn und schlank bist, dann hast du diese Probleme nicht mehr und jeder mag dich´´.“ (Zitat einer Patientin des "Münchener Therapie-Centrum für Ess-störungen" in: Gerlinghoff/Backmund, 2000, 31)

Dieses Zitat steht nur stellvertretend für viele ähnlich empfundene Situationen mit denen Mädchen konfrontiert sind. Es deckt sich zu Teilen mit den Erfahrungen, die ich in der offenen Jugendarbeit gemacht habe.

Ein Schwerpunkt meiner Arbeit dort war es, Mädchenspezifische Angebote zu konzipieren und durchzuführen. In den Mädchengruppen waren Themen wie Freundschaft, Sexualität, Körper, Outfit, Schule, Diäten immer aktuell. Viele Mädchen konnte ich ein Stück auf ihrem Weg begleiten und dabei erleben, wie wichtig diese Fragen in der Adoleszenz sind. Jedes Mädchen entwickelte seinen ganz persönlichen Weg in dieser Zeit.

Für viele der weiblichen Jugendlichen war der Besuch der Schule mit negativen Gefühlen besetzt. Besonders nach den Ferienzeiten konnte ich Gespräche verfolgen, in denen Mädchen von Mitschülern und Mitschülerinnen auf körperliche Veränderungen angesprochen wurden. Hier ging es häufig um die Figur – mit Fragen wie: Wer hat wie viel zu- oder abgenommen? Wer bekommt am meisten Busen? Für die Mädchen waren dies oft unangenehme Situationen.

Verfolgt man die aktuellen Diskussionen in den Medien, so ist der Ruf nach Ganztagschulen von Eltern und Politikern laut geworden. Die Umsetzung

dieser Forderung würde bedeuten, dass die Kinder und Jugendlichen einen noch größeren Teil ihrer Zeit im Kontext Schule verbringen.

Dies würde bedeuten, dass Schulen, die sich heute noch eher leistungsorientiert der kognitiven Reifung widmen, sich auch als Institution der Aufgabe der emotionalen Reifung stellen müssen. Ein Teil der emotionalen Reifung vollzieht sich durch die Interaktion mit den Mitschülerinnen und Mitschülern. Wie Schülerinnen diese Interaktion empfinden, soll in der vorliegenden Arbeit betrachtet werden. Die Arbeit gliedert sich in neun große Themenkomplexe.

Die Sozialisation von Mädchen in der Lebensphase der Adoleszenz wird in dieser Arbeit genauer beleuchtet, um so verstehen zu können, wie schwierig diese Entwicklungsphase für Mädchen (und natürlich auch Jungen) ist. Daraus wird deutlich warum gerade in dieser Zeit Essstörungen am häufigsten auftreten. Außerdem werden die Themenbereiche Freundschaft, Peergruppen und schulische Koedukation aufgegriffen.

Der Begriff „Essstörung“ wird durch die Definition des DSM IV beschrieben. Um einen differenzierten Zugang zu dem Störungsbild zu erlangen und ein besseres Verstehen zu ermöglichen war es mir wichtig die verschiedenen Erklärungsansätze der aktuellen Fachliteratur zusammenzutragen. Vor diesem Hintergrund wird deutlich wie vielfältig die Einflüsse gerade bei diesem Störungsbild sind. Das erstmalige Auftreten der Erkrankung erreicht seinen durchschnittlichen Höhepunkt inmitten der Adoleszenz. Der Bereich der Familie ist mittlerweile durch viele Arbeiten untersucht. Andere Lebensfelder jugendlicher Mädchen fanden bislang noch nicht diese Beachtung. Hierzu gehört der Bereich der Schule.

Daher wird im nächsten Themenkomplex die Interaktion in der Schule genauer betrachtet. Unsere Kinder und Jugendlichen verbringen viele Stunden ihres Tages in der Schule, so dass diese der Verantwortung einer wichtigen Sozialisationsinstanz entsprechen muss. Sie ist eine der zentralen Lebenswelten unserer Kinder und Jugendlichen. Der Stufen- und Klassenverband kann Menschen positiv unterstützen, aber auch verunsichern. Hieraus entwickelte sich die Frage, inwieweit der Stufen- oder Klassenverband auch eine Wirkung auf das Essverhalten von Mädchen hat. „Was die Schule als Lebensfeld von Jugendlichen angeht, so ist ihre Bedeutung als

Kommunikationsfeld zwischen den Geschlechtern bisher nur sehr selten thematisiert worden.“ (Tillmann, 1992, 8)

Gerade dieses Feld der Interaktion und Kommunikation finde ich für meine Arbeit interessant. Dabei sollen auch die gleichgeschlechtlichen Beziehungen beachtet werden. Das Thema Interaktion wird zunächst definiert. Im Anschluss werden Ergebnisse bisheriger Untersuchungen zum Bereich Interaktion in der Schule zusammengetragen.

Während der Literaturrecherche stellte ich fest, dass es nur wenige Autoren gibt, die sich mit diesem Thema befasst haben. Entweder sind die Untersuchungen geschlechtsspezifisch angelegt, wie zum Beispiel bei Tillmann – oder aber es werden bestimmte stark eingeschränkte Themen wie zum Beispiel der Umgang mit Gewalt, Einsamkeit von Schülern in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt.

Wie entwickelt sich eigentlich ein gesundheitsförderliches Handeln? Dies ist die Frage, der ich in einem kleinen Exkurs nachgehen möchte. Die theoretischen Wurzeln für gesundheitliches Verhalten nach Ralf Schwarzer werden erläutert und ein weiteres Modell von Bernd Röhrle wird vorgestellt, zudem werden die komplexen Vorgänge, die auf gesundheitsförderliches Handeln Einfluss nehmen können, hier dargestellt.

Die Untersuchung des praktischen Teils der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich mit dem Vergleich bestimmter Interaktionsmerkmale, die in Klassenverbänden zu finden sind. Es werden die Selbstaussagen von Mädchen ohne gestörtes Essverhalten mit den Selbstaussagen von Mädchen mit gestörtem Essverhalten verglichen. Gibt es hier signifikante Unterschiede?

Die Ergebnisse der Untersuchung werden dargestellt und kritisch hinterfragt. Im Anschluss werden die wesentlichen Ergebnisse im neunten Kapitel zusammengefasst und diskutiert, außerdem werden Impulse für die Arbeit in der Praxis gegeben.

Im Anhang befinden sich die für die Untersuchung relevanten Arbeitsmaterialien.

## **2 Eine Einführung in den theoretischen Teil der Arbeit**

Essen versorgt den Körper nicht nur mit Nährstoffen und Energie, es vermittelt auch Genuss und Lustgewinn. Alle wichtigen lebenserhaltenden Dinge wie Sexualität, Essen und Trinken sind an Lustgefühle gekoppelt. Damit stellt die Natur sicher, dass wir es immer wieder tun und dass es uns fehlt, wenn wir es nicht tun. Das Ernährungsverhalten war früher primär eine Aufgabe des Suchens und Findens. Heute besteht die wesentliche Aufgabe darin, Entscheidungen für oder gegen ein bestimmtes Lebensmittel zu treffen. (vgl. Pudel/Westenhöfer, 1998, 49)

Ein Essverhalten, das rein von biologischen Notwendigkeiten gelenkt wird, ist in den westlichen Industrienationen eine Seltenheit.

Lebensmittel können die Laune auf verschiedenen Wegen verbessern: So erhöhen Süßigkeiten den Serotoninspiegel im Gehirn, während Muttermilch und Weizen Stoffe enthalten, die ähnlich wie Morphin wirken. Sie heißen, im Gegensatz zu den selbstgemachten Drogen, den Endorphinen, Exorphine, weil sie oder ihre Vorstufen von außen zugeführt werden. Die Exorphine der Muttermilch etwa entstehen während der Verdauung im Darm des Babies aus dem Milcheiweiß und sorgen dafür, dass Säuglinge nach dem Stillen tief schlummern.

Fehlt es an Nahrung, sei es durch eine Hungersnot oder durch eine Diät, sinkt auch die Stimmung. Jetzt bleiben dem Körper nur noch die Endorphine. Sie helfen ihm, die Krise zu überstehen: Sie verscheuchen Depressionen, verringern das Schmerzempfinden und die Angst – kurz, sie erhöhen das Wohlfühlen. Da Endorphine auch starke Lustmacher sind, können sie unter Umständen auch süchtig machen.

Essstörungen gehören heute zu den häufigsten psychosomatischen Erkrankungen bei weiblichen Jugendlichen und jungen Frauen in den westlichen Industrieländern. Auch in asiatischen Industrienationen treten zunehmend Störungen des Essverhaltens auf. Die Krankheitsinzidenz, das erstmalige Auftreten einer Essstörung, ist am höchsten in der Lebensphase der Adoleszenz.

Von Essstörungen betroffen sind in erster Linie Mädchen und junge Frauen zwischen 12 und 25 Jahren. Im Verhältnis von 1:20 erkranken auch Jungen. (Gerlinghoff/Backmund, 2000, 11)

Die Prävalenzzahlen für Anorexia nervosa liegen bei 0,2 bis 2,0% für Frauen. Bulimia nervosa zeigt sich bei 2 bis 4% der Gesamtbevölkerung. Adipositas findet sich bei 9 bis 25% der Frauen und 10 bis 16% der Männer. (vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (Hrsg.), 1997, 8)

Essstörungen sind aber nicht ausschließlich eine Erscheinung der Moderne. Durch die Jahrhunderte hindurch gab es die verschiedenen Formen der Essstörungen, allerdings nicht in einem solchen Ausmaß. Die äußere Erscheinung gab und gibt auch heute noch Auskunft über den sozialen Status. Anorexie mit ihren Symptomen wird von Christina von Braun als Form der klösterlichen Askese im Mittelalter beschrieben. (vgl. Braun, in Flaake/King, 1995, 215). Barbara Krebs sieht die Ablösung der „Frauenkrankheit“ Hysterie durch die Essstörungen. (vgl. Krebs in: Landesstelle gegen Suchtgefahren in Baden-Württemberg (Hrsg.), 2000, 25)

Auch das Essverhalten unterliegt dem Wandel der Zeit. Im Mittelalter beispielsweise wurden von denen, die es sich leisten konnten, regelrechte „Fressgelage“ abgehalten. Als Zugabe zum Essen erhielten die Teilnehmer eine Feder, um damit den Gaumen zu kitzeln. So konnte erbrochen werden, um Platz für einen nächsten Gang zu schaffen.

Es scheint, als sei gerade die Tatsache, dass genügend Nahrung für bestimmte soziale Kreise zur Verfügung steht, mitverantwortlich für die unterschiedlichsten Ausprägungen im Umgang mit Nahrungsmitteln.

Es drängt sich die Frage auf, warum der Umgang mit Essen für uns so schwierig geworden ist. Ein Blick in unsere gesellschaftlichen Ideale zeigt, dass das Thema Ernährung einen besonderen Platz einnimmt.

Wir leben in einer Industrienation, in der es ein Überangebot an hochkalorischen und für jeden verfügbaren Nahrungsmitteln gibt. Zugleich besteht ein tradiertes Schlankheitsideal mit einem entsprechenden Figurdiktat. Gerade in den westlichen Industrieländern herrscht ein hohes Schlankheitsideal „das

für 85% der jungen Frauen einen Gewichtsverlust erstrebenswert macht“. (Herpertz in: Gastpar/Remschmidt/Senf (Hrsg.), 2000, 98)

Zu Werbezwecken werden in Modemagazinen und -zeitingen Frauen präsentiert, deren Gewicht sicherlich im untersten Normbereich liegt. Diesen Models wird unterstellt, dass sie mit ihren „idealen“ Körpermaßen auch den Zustand vollkommenen Glücks und völliger Zufriedenheit erreicht haben.

Die Themen „Schlank-sein“ oder „Schlank-werden“ begegnen uns in der Fernsehwelt ebenso wie in den typischen Frauenzeitschriften. Hier kann man auch erfahren, welcher Prominente gerade an einer Essstörung erkrankt ist.

In dieser boulevardesken Darstellung werden Essstörungen zur schicken Marotte. Auch das verbreitete Bild von Magersucht als eine Erkrankung „höherer Töchter“ unterstützt diese Vorstellung.

In einer Untersuchung von Gard und Freemann (1996) zeigt sich dagegen, dass sowohl Magersucht als auch Ess-Brechsucht in allen Schichten zu finden sind. (vgl. Habermas, T. in: Gastpar/Remschmidt/Senf (Hrsg.), 2000, 13)

90% aller Werbung für Diätprodukte oder Schlankheitskuren wenden sich gezielt an Frauen. Prädikate wie „light“, „fettarm“, „mager“ oder „du darfst“ ermutigen zum Kauf. Wobei natürlich gerade Werbung versucht die Bedürfnisse des Konsumenten aufzugreifen. So beeinflussen sich Konsument und Werbung wechselseitig.

„Schlank-sein“ ist für viele zu einem Lebenskonzept geworden.

Gleichzeitig heißt es im Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, dass Anfang der 90er Jahre im Westen Deutschlands 19,5% der Frauen und 17,3% der Männer als übergewichtig zu bezeichnen waren. Im Osten Deutschlands wurde gegenüber Mitte der 80er Jahre eine Gewichtszunahme um fast 3% bei den Frauen und 2% bei den Männern festgestellt. (vgl. Gerlinghoff/Backmund, 2000, 10)

In Abgrenzung zu den Erscheinungsbildern von Adipositas im Jugendalter sei hier kurz auf die Situation von früher Fettleibigkeit bei Kindern hingewiesen, die sich allerdings häufig im Jugendalter weiter ausprägt.

Für viele Kinder gibt es immer weniger Möglichkeiten des freien unorganisierten Bewegens. In Zusammenwirkung mit den Veränderungen des

Nahrungsangebots und der Essgewohnheiten scheint dies deutliche Folgen zu haben.

Der Bundesverband der Verbraucherzentralen kommt zu dem Ergebnis, „dass in Deutschland jedes fünfte Kind im Alter von fünf bis sieben Jahren übergewichtig ist“ (BLZ, 16.01.2003).

Der Anteil der übergewichtigen Kinder steigt zur Zeit um etwa 0,8% pro Jahr. Die Einschulungsuntersuchungen der Gesundheitsämter in Bonn und Köln im Jahr 2001 zeigten, dass 20% der eingeschulten Kinder übergewichtig waren. Hierbei wurden auch deutliche Zusammenhänge von Fettleibigkeit und sozialer Herkunft festgestellt. „In Stadtteilen mit sozialem Brennpunkt lag die Zahl übergewichtiger Kinder deutlich höher als die Zahl in weniger problematischen Stadtteilen.“ (BLZ, 16.01.03).

Die Prävention von früher Fettleibigkeit bei Kindern bedarf allerdings einer eigenen Analyse sowie spezieller gesundheitsfördernder Konzepte und wird in dieser Arbeit keine weitere Beachtung finden.

Aus den vorgestellten Zahlen wird deutlich, dass eine auffällige Kluft zwischen dem Ideal und der Realität herrscht.

Nun ein Blick auf die Gruppe der Jugendlichen:

Wie Jürgen Gerhards und Jörg Rössel nachweisen konnten hängt das Ernährungsverhalten von Jugendlichen stark mit dem Lebensstil Jugendlicher zusammen. Außerdem wird es beeinflusst von ihrem Wissen über Ernährung. Informierte Jugendliche essen weniger Süßigkeiten und Snacks und mehr Obst und Gemüse. Ein weiterer Faktor, der das Ernährungsverhalten beeinflusst, ist die Ernährungseinstellung.

Jugendliche mit einer „Anspruchshaltung“ gegenüber Nahrung ernähren sich gesünder als Jugendliche, die eine „Notwendigkeitshaltung“ gegenüber Ernährung haben. Aber auch das zur Verfügung stehende Taschengeld bildet eine Einflussgröße. Je mehr finanzielle Mittel einem Jugendlichen zur Verfügung stehen, desto mehr Snacks und Fleisch konsumiert er. (vgl. BZgA, 2003, 64ff.)

An diese Konsumgruppe wenden sich natürlich auch die Werbefirmen, um so auf das Konsumverhalten Jugendlicher Einfluss zu nehmen.

In einer Inhaltsanalyse der Fernsehwerbung im Kinder- und Jugendprogramm des Senders RTL fand Diehl heraus, dass hier in sehr vielen Spots Lebensmittel beworben wurden. „Im Vordergrund standen dabei Süßigkeiten, Knabbereien, Fastfood-Restaurants und Softdrinks“ (vgl. BZgA, 2003, 23)

Ungesunde Ernährung ist auch eine Geschlechterfrage. Die männlichen Befragten ernährten sich ungesunder als die befragten Mädchen. (vgl. BZgA, 2003, 64ff)

Was aber Mädchen für Essstörungen anfälliger macht, ist eine grundsätzliche Frage, die in dieser Arbeit betrachtet werden soll.

Mädchen sind gesellschaftlichen Zwängen ausgeliefert, die sie mit der Vorstellung der „Idealfrau“ konfrontieren. Sie zeigen eher ein internalisierendes Risikoverhalten wie zum Beispiel Essstörungen oder psychosomatische Beschwerden. Es ist davon auszugehen, dass sich selbst hinter identischen Konsummustern unterschiedliche Psychodynamiken verbergen. (vgl. Kolip in Röhrle/Sommer, 1999, 225)

Petra Kolip stellt im Hinblick auf ausgewählte Risikobereiche eine qualitativ unterschiedliche Handlungsweise fest. „Zwar unterscheiden sich die Geschlechter kaum noch auf der Ebene der Probiererfahrung, deutliche Differenzen zeigen sich aber, wenn die Qualität und Intensität des Konsums berücksichtigt werden.“ (Kolip in Röhrle/Sommer, 1999, 225) Ebenso scheint die Bewältigung der Adoleszenz Auswirkungen auf das Ernährungsverhalten zu haben.

In allen diesen Bereichen unterscheiden sich Mädchen von Jungen. Da Mädchen von Essstörungen häufiger betroffen sind, scheint die Sozialisation von Mädchen bei der Entwicklung von gestörtem Essverhalten eine Rolle zu spielen, daher wird der Fokus im nächsten Kapitel darauf gelegt.



### **3 Sozialisation von Mädchen in Voradoleszenz und Adoleszenz**

Sozialisation meint zum einen die Anpassung des Individuums an die gesellschaftlichen Rollen- und Verhaltensanforderungen, zum anderen die Entwicklung des Menschen zur autonomen und gefestigten Persönlichkeit.

Jeder Mensch wird in einer Gesellschaft geschlechtsspezifisch sozialisiert. Dies bedeutet, dass man seinem Geschlecht entsprechend behandelt und dem dazugehörigen Bild zugeordnet wird. Hierbei werden Mädchen und Jungen unterschiedliche Merkmale zugeschrieben.

Die primäre Sozialisation findet in der Regel innerhalb der Familie statt. Hier werden erste Impulse für Wahrnehmung, Denken, Fühlen, Handeln und Sprechen gegeben. Persönlichkeitsmerkmale werden unterstützt oder gehemmt. Menschen bekommen hier die ersten Handwerkszeuge zum sozialen Handeln und Erleben mit auf ihren Lebensweg.

Mit Beginn der sekundären Sozialisation werden neue soziale Rollen erlernt. Hierbei kann Erziehung bestimmte Normen, Werte, Verhaltensformen und Ziele vermitteln. Bestimmte Merkmale werden unterstützt, andere gehemmt. (vgl. Meyers großes Taschenlexikon, 1995, 284)

In der nun folgenden Definition von Hurrelmann wird besonders die prozesshafte und lebenslange Weiterentwicklung betont.

Hurrelmann bezeichnet Sozialisation als den Prozess, „in dessen Verlauf sich der mit einer biologischen Ausstattung versehene menschliche Organismus zu einer sozial handlungsfähigen Persönlichkeit bildet, die sich über den Lebenslauf hinweg in Auseinandersetzung mit den Lebensbedingungen weiterentwickelt. Sozialisation ist die lebenslange Aneignung von und Auseinandersetzung mit den natürlichen Anlagen, insbesondere den körperlichen und psychischen Grundmerkmalen, die für den Menschen eine „innere Realität“ bilden, und der sozialen und physikalischen Umwelt, die für den Menschen die „äußere Realität“ bilden.“ (Hurrelmann, 2002, 15 f.)

Im Folgenden wird der Fokus auf die Sozialisation von Mädchen gelegt. Hierbei werden zunächst die entwicklungspsychologischen Aspekte der Voradoleszenz

und der Adoleszenz beleuchtet. Die Bedeutung von Freundschaften und Peergruppe nimmt in dieser Phase an Wichtigkeit für das einzelne Mädchen zu, daher werden diese Themen aufgegriffen.

Ein dritter wesentlicher Aspekt in diesem Kapitel ist die Sozialisation in der koedukativen Schule.

### **3.1 Entwicklungspsychologische Aspekte bei Mädchen in Voradoleszenz und Adoleszenz**

Mit Beginn der Pubertät sehen sich Mädchen mit einer Unzahl von Schwierigkeiten konfrontiert, die ihre Lebenssituation maßgeblich verändern. Sie sind jetzt keine Kinder mehr, aber auch noch nicht erwachsen. Drei Hauptmerkmale kennzeichnen Jugendliche nun:

Es kommt zu vielfältigen körperlichen Veränderungen, die zur äußerlichen Verwandlung führen. Außerdem ändern sich Einstellungen, Gefühle und Verhaltensweisen. Phantasien und Gedanken führen zu eigenen Ansichten und Wertvorstellungen. Es beginnt ein Übertritt in einen noch unbekannten Lebensbereich und eine Veränderung der sozialen Position. (vgl. Oerter/Montada, 1998, 361) Diese Unsicherheit ist vor allem in den westlichen Industrienationen ein wesentliches Kennzeichen der Adoleszenz. In anderen Kulturen ist sie vielmehr „eine der freudvollsten Perioden persönlicher und sozialer Entwicklung“ (Mead in: Oerter/Montada, 1998, 317).

#### **3.1.1 Frühadoleszenz**

Als frühe Adoleszenz bezeichnet man die Lebensspanne zwischen dem ersten Erscheinen der sekundären Geschlechtsmerkmale und dem ersten Funktionieren der Geschlechtorgane. Eine genauere Bestimmung stößt auf Schwierigkeiten, da sich die körperliche Reifung im Vergleich zu früheren Generationen stetig verschiebt. Jedoch nennt Buddeberg-Fischer den Zeitraum von 7½ bis 12 Jahren. (Buddeberg-Fischer, 2000, 14)

Dies bedeutet, dass die körperliche Pubertätsentwicklung bei Mädchen im Durchschnitt 2 bis 3 Jahre früher auftritt als bei Jungen.

Die frühe Adoleszenz zeigt sich bei Mädchen in einer positiv getönten Erregungsphase mit körperlicher Unruhe, starkem Rededrang und der

Bereitschaft, über alles ohne Grund zu lachen. Sie fühlen sich oft unsicher und gehemmt und überspielen dies durch sehr lautes Auftreten in der Öffentlichkeit. Einige Monate vor der Menarche kommt es zu der sogenannten „negativen Phase“: Die Stimmung wird schwankend, oft leicht depressiv, Geselligkeitsbedürfnis wechselt mit dem Verlangen nach Einsamkeit, Anpassungsfähigkeit mit Ablehnung, Unternehmungslust mit Trägheit.

Buddeberg-Fischer ist der Meinung, dass gerade auch der Vergleich mit anderen Mädchen häufig eine Belastung darstellt. (vgl. Buddeberg-Fischer, 2000, 15) „Das Gefühl im Vergleich zu anderen Jugendlichen außerhalb der Norm zu sein, zu früh oder zu spät entwickelt zu sein, kann eine weitere Quelle der Belastung sein.“ (Buddeberg-Fischer, 2000, 15)

Bei Jungen dagegen ist ein Zusammenhang zwischen verfrühter biologischer Reifung und einem negativen Selbstwertgefühl nicht zu belegen. Vielmehr scheint der Reifungsprozess für Jungen eher positive Auswirkungen zu haben, wie zum Beispiel den Zugewinn an Selbstwert und physischer Kraft. (vgl. Buddeberg-Fischer, 2000, 15)

Hinzu kommt, dass in dieser Phase der Voradoleszenz in unserem Bildungssystem auch der Wechsel auf die weiterführenden Schulen ansteht. Dies bedeutet für Mädchen eine weitere wesentliche Belastung.

Insgesamt scheint die Frühadoleszenz für Mädchen eine schwierigere Zeit zu sein als für Jungen, wie Unterschiede im Selbstwertgefühl, der Bewertung des eigenen Körpers und im Essverhalten zeigen. (vgl. Habermas in: Oerter/Montada, 1998, 1072) (Buddeberg-Fischer, 2000, 15)

### **3.1.2 Adoleszenz**

Die Adoleszenz wird bei Dreher und Dreher in der Altersspanne von 12 bis 18 Jahren angesiedelt. Natürlich sind dies nur Durchschnittsangaben.

Der Übergang zu einer anderen sozialen Rolle ist eines der wesentlichen Themen in der Adoleszenz. Eine erwachsene, weibliche Identität ausbilden und die eigene Geschlechtsrolle finden und entwickeln gehört zu den Aufgaben dieser Lebensphase.

Zur Geschlechterrolle unserer Kultur gehören normative Körperideale und Techniken der Selbstkontrolle, die zunächst kopiert und dann verinnerlicht werden. Die Identität ist die einzigartige Persönlichkeitsstruktur, verbunden mit

dem Bild, das andere von dieser Persönlichkeitsstruktur haben. In der Adoleszenz entdeckt die Jugendliche immer bewusster ihr eigenes Verständnis für die Identität, sie erkennt sich selbst und sucht nach dem Sinn für das, was sie ist bzw. sein will. (Oerter&Dreher in: Oerter&Montada, 1998, 346)

Dreher und Dreher entwickelten 1985, ausgehend von einem Modell nach Havinghurst, einen Entwicklungsaufgabenkatalog. Danach müssen Jugendliche in der Adoleszenz folgende Aufgaben bewältigen:

- Neue und reifere Beziehungen zu Altersgenossen beiderlei Geschlechts aufbauen
- Übernahme der männlichen, bzw. weiblichen Geschlechterrolle
- Akzeptieren der eigenen körperlichen Erscheinung und effektive Nutzung des Körpers
- Emotionale Unabhängigkeit von Eltern und anderen Erwachsenen
- Vorbereitung auf Ehe- und Familienleben
- Vorbereitung auf eine berufliche Karriere
- Werte- und ethisches System erlangen, das als Leitfaden für Verhalten dient – Entwicklung der Ideologie
- Sozial verantwortliches Verhalten erstreben und erreichen

(vgl. Dreher/Dreher in: Oerter/Montada, 1998, 328)

Dieser Katalog ist als ein Konzept zu sehen, das sich auch auf Grund der Veränderungen unserer Gesellschaft dynamisch entwickelt und daher immer wieder neu angepasst werden muss. Außerdem ist es notwendig, die Entwicklungsaufgaben nochmals differenzierter auch aus weiblicher bzw. männlicher Sicht nachzuvollziehen, denn so unterschiedlich Mädchen und Jungen sind, so unterschiedlich sind auch ihre Handlungsstrategien.

Ein wesentlicher Aspekt der Adoleszenz ist die körperliche Veränderung. „Der Körper ist ein wesentlicher Bestandteil des Alltagserlebens: Befindlichkeit, Aussehen, Wirkung auf andere.“ (Jacob/Thiesen in: ZFG/ZFS (Hrsg.), 2002, 11)

Die weiblichen Körperformen verändern sich früher und eingreifender als die von Jungen. In der Adoleszenz nimmt der Fettanteil beim Mädchen drastisch zu; die Hüften runden sich, Brüste, Warzen und Schambehaarung wachsen. Im

Alter zwischen 11 und 14 Jahren wachsen die Eierstöcke, die Vagina, die Gebärmutter und die Schamlippen rasch. Das Körperwachstum ist in vollem Gang. Die Brustwarzen richten sich auf und die erste Menarche tritt ein. Diese Phase der Veränderung ist körperlich ein anstrengender Zeitraum. (vgl. Oerter/Dreher in: Oerter/Montada, 1998, 333)

Mädchen berichten häufiger über Kopf- und Magenschmerzen und auch über Schlaf- und Verdauungsstörungen als Jungen. Ob dies mit den zugeschriebenen weiblichen Assoziationen zusammenhängt oder damit, dass der weibliche Körper tatsächlich durch den Zyklus somatisch stärker belastet ist, bleibt offen. (vgl. Fend, 1991, 101)

Für diese Altersstufe fällt auf, dass Mädchen eine negativere Sicht auf ihren Körper haben als Jungen. Eine Studie von Seiffge-Krenke, an der über 1000 Jugendliche im Alter zwischen 12 und 19 Jahren teilgenommen haben, belegt dies eindeutig. Wie Seiffge-Krenke sehen auch Oerter und Dreher dies vor einem starken kulturellen Hintergrund. (Oerter/Dreher in: Oerter/Montada, 1998, 338)

Eine Konsequenz daraus könnte sein, dass weibliche Jugendliche seltener als ihre männlichen Altersgenossen große Mengen essen. Tun sie es doch, so schämen sie sich dafür. In einer Untersuchung von Whitaker (1984) gaben 1% der Mädchen und 0,04% der Jungen zwischen 13 und 18 Jahren an, häufiger als 40mal Erbrechen selbst herbeigeführt zu haben. Abmagerungskuren und andere Gewichtskontrolltechniken treten in dieser Altersgruppe erstmals und beim weiblichen Geschlecht auch in subklinischem Ausmaß auf. (vgl. Habermas in: Oerter/Montada, 1998, 1072)

Aus der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-Studie, die seit 1983/84 mit Hilfe der World Health Organisation (WHO) in einer wachsenden Zahl von Ländern durchgeführt wird, lässt sich erkennen, dass Mädchen eher mit nach innen gerichtetem Problemverhalten auf Krisen reagieren. „Vor allem beim Essverhalten lässt sich beobachten, dass Mädchen sich riskanter verhalten als Jungen: 25% der 12-jährigen Mädchen haben schon einmal eine Diät gemacht, bei den Jungen sind es „nur“ 10%. Während bei den Jungen die Rate konstant bleibt, steigt sie bei Mädchen auf über 40% bei den 16-jährigen an.“ (Kolip, 2001, 19)

Jürgen Gerhards und Jörg Rössel, die im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine empirische Studie veröffentlichten, beziehen sich auf die Autoren Ritva Prättälä, Eva Roos, Andreas Klocke und Ingo Barlovic, die in Ihren Untersuchungen einen starken Zusammenhang zwischen jugendlichen Lebensstilen, kommerzieller Werbung und Ernährungsverhalten feststellen konnten. (vgl. BZgA, 2003, 23)

Allerdings ist nicht eindeutig nachzuweisen, dass die Erfahrungen in der Pubertät der wichtigste Faktor für die Entstehung einer Essstörung sind. Es wird aber deutlich, dass bei Mädchen mit Essstörungen zu 83% die Angst vor der Pubertät als auslösendes Moment identifiziert werden konnte. Habermas führt hier aus, dass Ängste vor der sexuellen Reifung eine wesentliche motivierende Rolle spielen. Flaake beschreibt, dass die neuen „Möglichkeiten und Qualitäten“ sich zuerst psychisch angeeignet und danach verinnerlicht werden müssen, um das Körperbild und eigenes Wünschen und Wollen integrieren zu können. (vgl. Flaake in ZFG/ZFS, 2002, 13)

Obwohl Mädchen etwa zwei Jahre früher als Jungen pubertieren, tritt der Sexualtrieb bei Mädchen erst mit etwa 15 Jahren, bei Jungen bereits mit 13 Jahren auf. Sowohl die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper als auch die Auseinandersetzung mit dem anderen Geschlecht nehmen also viel Zeit in Anspruch.

Hier stellt sich nun auch die Frage nach der Geschlechterrolle. Nach wie vor herrschen für Frauen Charakteristika wie Wärme, emotionale Ausdrucksfähigkeit, Sensibilität für soziale Beziehungen und psychische Anlehnungsbereitschaft vor. (vgl. Buddeberg-Fischer, 2000, 16)

„Eine Lebenssituation, in der eine Frau oder ein Mann in ihren Persönlichkeitsmerkmalen und Verhaltensweisen von den Geschlechtsstereotypen abweicht, erzeugt Spannung und kann belastend sein. Die soziale Umwelt ist heute im Hinblick auf die Forderung zur Einhaltung der Geschlechterrolle vor allem gegenüber Mädchen und Frauen zwar toleranter. Jedoch kann die einzelne Person nicht wissen, bis zu welchem Maß und in welchen Bereichen Abweichungen toleriert werden.“ (Buddeberg-Fischer, 2000, 16)

Für die Ausbildung sexueller Identität und die Aufnahme intimer Kontakte ist die Ablösung vom Elternhaus für Mädchen wesentlich wichtiger als für Jungen. Zu intensive Verknüpfungspunkte verhindern das Ausprobieren und Entdecken der eigenen Sexualität.

Mädchen haben viele Stärken im Bereich des zwischenmenschlichen Kontaktes. Sie sind empfänglicher für die Signale anderer, was sich auch in der Beziehungsqualität zu Eltern, Freundinnen und Freunden zeigt. (vgl. Hurrelmann, 2002, 26)

Mit der Ablösung vom Elternhaus ist auch der Aufbau eines Lebensplans verbunden; eigenes und fremdes Verhalten wird reflektiert. Eigene Wunschträume und Ängste sowie Fragen danach, wer man selber ist und wohin man gehen möchte, stehen im Mittelpunkt.

Alle diese Aspekte zusammengekommen bringen weibliche Jugendliche in ein Spannungsfeld verschiedener Umwelten. Dies sind wesentliche Fragen, die auch eine emotionale Reifung des Menschen brauchen.

### **3.2 Peergruppen**

Eine der Entwicklungsaufgaben, die Jugendliche zu bewältigen haben, ist der Aufbau von Beziehungen und Freundschaften. Diese beeinflussen ihre eigene Entwicklung stark.

Während sich Jungen und Mädchen in der frühen Pubertät von ihrem Elternhaus abgrenzen, wird für sie die Gruppe der Gleichaltrigen sehr wichtig. Diese Gruppen von Gleichaltrigen heißen „Peergruppen“. (vgl. Oerter/Montada, 1998, 369) Gleichaltrigengruppen bestehen aus Jugendlichen mit ähnlichen Bedürfnissen und Orientierungen. Hier werden die Bedürfnisse nach Gemeinschaft und Beteiligung ausgelebt. „Zum ersten Mal werden sie als ‚vollwertige‘ Mitglieder wahrgenommen, auch wenn sie sich den strengen Regeln der Gemeinschaft unterwerfen müssen. Sie haben die Gelegenheit, Aufgaben und Funktionen für die Gruppe zu übernehmen, die sie selbst mit definieren.“ (vgl. Hurrelmann, 2002, 240)

Die Hälfte aller befragten 15-jährigen Mädchen gab in einer „Brigitte-Studie“ an, zu einer Clique zu gehören. Ähnliche Werte erhielten auch Engel/Hurrelmann:

Von den im Jahr 1989 befragten 13 bis 16-jährigen trafen sich 59% zur Freizeitgestaltung in Cliques. (vgl. Tillmann, 1992, 17)

„Mädchen suchen sich Cliques aus, deren Hauptfunktion es ist, andere auszugrenzen, in dem Glauben, dass ihre Clique etwas besonderes sei. Sie tragen die gleiche Kleidung, die gleichen Frisuren und kopieren sich gegenseitig.“ (Eagle/Coleman, 1995, 71/72) Eagle und Coleman sehen hier allerdings für das einzelne Mädchen wenig Platz zur Ausprägung seiner individuellen Identität.

Hurrelmann dagegen beschreibt die Peergruppe als „...einen Raum, in dem sie sich selber entfalten können.“ (Hurrelmann 2002, 241) Mädchen nutzen den Raum als Möglichkeit, sich im Umgang mit Gleichaltrigen ohne die direkte Beobachtung durch Erwachsene auszuprobieren.

Die Gruppe der Gleichaltrigen hat natürlich auch großen Einfluss auf die Freizeitgestaltung und das Konsumverhalten. Hier nennt Hurrelmann die Schule als wichtigsten öffentlichen Platz zum Vorzeigen. Er sieht hier auch, dass Kinder und Jugendliche „... durch die Gestaltung von Kleidung und Körper, ihrer Gesten und Verhaltensweisen demonstrieren, dass sie zu einer sozialen Gruppe gehören, die im Schul- und Freizeitbereich Anerkennung genießen.“ (vgl. Hurrelmann, 2002, 247).

Die Gruppenzugehörigkeit hat unter anderem auch Auswirkungen auf den Bereich der Ernährung, wie die schon vorgestellte empirische Arbeit von Jörg Rössel und Jürgen Gerhards aufzeigen konnte.

Ab dem Alter von etwa 13 Jahren werden dann gemischtgeschlechtliche Gruppen wieder interessanter, wobei Mädchen in der Gruppenhierarchie meist unten stehen oder als Anhängsel betrachtet werden. Haben sie einen Freund, so verlassen oder wechseln sie die Peergruppe und richten sich nach dessen Freundeskreis aus. Sein Status bestimmt auch den ihrigen.

„Gemischtgeschlechtliche Peergruppen bieten den Mädchen selten ein Lernfeld, um sich als voll- und gleichwertiges, als eigenständiges sexuelles Wesen zu entdecken und zu entfalten.“ (Klees/Marbuger/Schumacher, 1992, 27)



Insgesamt ist festzuhalten, dass die Peergruppe zwar ein wichtiges Experimentierfeld für die adoleszenten Mädchen ist, jedoch ist ein reflektiertes Umgehen mit der Gruppe wichtig. (vgl. Tillmann, 1992, 20)

### **3.3 Freundschaften**

Eine Alternative oder Ergänzung zur Peergruppe mit ihren Bedingungen und Regeln ist für viele Mädchen die „beste Freundin“. Sie finden bei ihr Verständnis, Vertrauen, Geborgenheit und Befriedigung. „In der Pubertät, in der sich so ziemlich alles in ihrem Leben zu verändern beginnt, sind die Beziehungen zu den Freundinnen nahezu der einzige stabile Faktor.“ (Wild, 1980, 44) Freundschaftsbeziehungen zwischen Mädchen sind hier weit häufiger und weit enger als zwischen Jungen. (vgl. Tillmann, 1992, 17) Auch aus der Untersuchung von Engel und Hurrelmann (1989) geht hervor, dass alle befragten Mädchen eine beste Freundin hatten. In drei von vier Fällen handelte es sich dabei um eine Freundschaft innerhalb der gleichen Schule. (vgl. Tillmann, 1992, 17)

Diese Beziehungen bekommen zudem noch eine andere Qualität. Die gegenseitige Zuneigung und Vertrautheit drückt sich in Zärtlichkeiten aus. Die Mädchen sammeln frühe erotisch-sexuelle Erfahrungen, die für sie völlig normal sind und die sie selbst kaum mit homosexuellen Verhaltensweisen in Zusammenhang bringen.

Dies bleibt relativ problemlos, solange Mädchen keine heterosexuellen Erfahrungen haben. Verlieben sie sich in einen Jungen, erhält die beste Freundin weniger Beachtung und Wertschätzung. Sie lässt dies meist aber geschehen und ist wieder zur Stelle, wenn die Freundin sie ruft – oft nachdem die Beziehung gescheitert ist – und sie wieder wichtig ist. (vgl. Klees/Marburger/Schumacher, 1992, 27) Erst wenn auch heterosexuelle Erfahrungen gemacht wurden, wird der Zwang der herrschenden Sexualmoral erfahrbar, da die Mädchen nun so erwachsen sind, dass sie die natürlichen weiblich-sexuellen Neigungen und Bedürfnisse entwickelt haben. (vgl. Wild, 1980, 44)

Von Jungen werden die Beziehungen zu Freundinnen oft nicht mehr akzeptiert, weil diese sich von den Mädchenfreundschaften bedroht sehen. (vgl. Klees/Marburger/Schumacher, 1992, 28)

Die ersten Versuche einer gegengeschlechtlichen Zweierbeziehung beginnen in der Alterphase zwischen 13 und 15 Jahren. Oft bestehen diese „festen Freundschaften“ nur wenige Tage oder Wochen. Fast immer sind sie jedoch in „Cliquenstrukturen und -aktivitäten“ eingebunden. (vgl. Tillmann, 1992, 18)

### **3.4 Schulische Koedukation**

Den allgemeinbildenden Schulen kommt ein immer größerer Stellenwert als Sozialisationsinstanz im Jugendalter zu. Um sich die späteren Sozialchancen zu sichern, müssen sich immer mehr Jugendliche immer länger auf die von der Schule vorgegebenen Anforderungen und Erwartungen einlassen. (vgl. Hurrelmann, 1994, 106) Kinder und Jugendliche werden also in hohem Maße von der Schule und dem schulischen Umfeld geprägt.

Im ersten Augenblick scheint es so, als hätten Mädchen und Jungen in Bildung und Ausbildung die gleichen Chancen und Rechte. Doch lohnt es sich hier, etwas genauer hinzusehen.

Bei der durchschnittlichen kognitiven Leistung bestehen zwischen Mädchen und Jungen keine Differenzen. Jedoch gibt es im Detail einige Unterschiede, die teilweise zu Gunsten der Mädchen und teilweise zu Gunsten der Jungen ausfallen.

Lehrer haben auf Grund ihrer Erziehungsfunktion eine besondere Bedeutung und Wirkung. Da Lehrkräfte immer mit einer großen Gruppe und nicht mit Einzelnen umgehen, wird die Gruppe häufig zuerst in Jungen und Mädchen aufgeteilt, denen die entsprechenden Geschlechtereigenschaften pauschal unterstellt werden. „Je konsistenter die Vorstellungen der unterschiedlichen Bezugspersonen über die angemessenen Verhaltensweisen von Jungen einerseits und Mädchen andererseits sind, desto eindeutiger müssten danach die von den Kindern ausgebildeten geschlechtsspezifischen Verhaltensweisen ausfallen.“ (Tillmann in: Faulstich-Wieland, 2000, 111)

Lehrkräfte müssen Schüler und deren Leistungen beurteilen. Diese Urteile werden davon beeinflusst, ob die Leistungen auf Begabungen oder auf Fleiß zurückgeführt werden. Lehrkräfte halten Jungen für begabter und intelligenter als Mädchen, obwohl Mädchen objektiv gesehen bessere Leistungen

erbringen. (vgl. Hurrelmann, 1994, 108-110) Doch diese besseren Leistungen werden auf größeren Fleiß zurückgeführt und damit abgewertet.

Auch die Wirkung von Lob und Tadel darf in diesem Zusammenhang nicht unterschätzt werden. Für unbegabt gehaltene Kinder werden nachweislich häufiger für recht einfache Leistungen gelobt. Die Betroffenen werden dadurch nicht aufgebaut, sondern interpretieren das Lob ganz korrekt als Hinweis darauf, dass sie für dumm gehalten werden. Mädchen werden meist nicht wegen schlechter Disziplin, sondern wegen mangelnder Leistung ermahnt. Gelobt werden sie wegen guten Benehmens; dies hat eine Schwächung des Selbstwertgefühls und unzureichendes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zur Folge. (vgl. Hagemann-White, 1984, 13)

Jungen hingegen werden wegen guter Leistungen gelobt, da man von ihnen gehäuft auftretende Lernschwierigkeiten erwartet. Es ist empirisch belegt, dass Jungen im Mathematikunterricht häufiger ohne Meldung aufgerufen werden. (vgl. Hagemann-White, 1984, 13)

Ein weiterer Punkt, aus dem sich Unterschiede für Mädchen und Jungen ergeben, ist die Schülerrolle als solche. Sie ist generell bestimmt durch Verhaltensverzicht, Rücksichtnahme, Unterordnung und Passivität. So deckt sie sich weitgehend mit der – in unserer Gesellschaft so definierten – weiblichen Geschlechterrolle. Mädchen können diese Rolle meist besser erfüllen, da sie in der Familie schon darauf vorbereitet werden. Die Lehrkräfte erwarten dies von Mädchen auch eher selbstverständlich, während sie bei Jungen mangelhaftes Verhalten eher tolerieren.

Untersuchungen ergaben, dass sich Lehrkräfte mehr als zwei Drittel der Unterrichtszeit mit Jungen beschäftigen. Mädchen stören den Unterricht weniger, was Lehrkräfte dankbar zur Kenntnis nehmen.

Jungen können relativ ungehindert ihre Verachtung gegenüber Mädchen und sogenannten Mädchen-Dingen demonstrieren. Aggression, Hänseleien und sexuelle Anspielungen werden eingesetzt, um Mädchen zu verunsichern und abzuwerten. (vgl. Heiliger/Funk, 1990, 38/39).

Sehr signifikant für die typische Rollenverteilung sind auch die Abbildungen in den Schulbüchern. Nur ein Drittel der abgebildeten Personen sind Frauen, sie

werden zeichnerisch kleiner, passiv und in hingebungsvoller Pose dargestellt. Jungen und Männer erscheinen als die in der Öffentlichkeit stehenden, aktiv Handelnden.

Für Schülerinnen ergeben sich in diesem Rahmen keine positiven Identifikationsmodelle, ihnen werden somit indirekt emotionale und soziale Mängel als zu ihrem Geschlecht gehörig vermittelt. (vgl. Kühne-Vieser/Thuma-Lobenstein, 1993, 47-49).

Trotz dieser realen Benachteiligung innerhalb des Schulsystems hat sich die Bildungssituation von Mädchen in den letzten Jahren erheblich verbessert: „Eine Reihe von Analysen haben in den vergangenen Jahren deutlich gemacht, dass bei der Teilhabe an weiterführenden Bildungsgängen im allgemeinbildenden Schulsystem Mädchen mit Jungen gleichgezogen haben.“ (Klemm/Koch, 1989, 44-75) Dass die Mädchen die Jungen sogar überholen konnten, zeigt sich darin, dass sie früher eingeschult werden, weniger häufig ein Schuljahr wiederholen, seltener die Schule wechseln und insgesamt zahlreicher höhere Schulabschlüsse erreichen.

Nach wie vor ist es für Mädchen jedoch schwierig, subjektive und objektive Lebensbedingungen und die darin eingebundenen widersprüchlichen Rollenerwartungen an Mädchen als Frauen, Mütter, Partnerinnen und Erwerbstätige zu sortieren und so zu leben wie es ihrer Person entspricht.

## 4 Essstörungen

Typische Veränderungen des Verhaltens, des Denkens, der Emotionen und der Regulation psychobiologischer Funktionen kennzeichnen Essstörungen.

(vgl. Schweiger/Fichter in: Gastpar/Remschmidt/Senf (Hrsg.), 2000, 157)

Um einen differenzierten und verstehenden Zugang zum Thema Essstörungen zu ermöglichen werden im folgenden Kapitel die Diagnosekriterien nach DSM-IV vorgestellt. Im Anschluss findet sich eine Sammlung der aktuellen, in der Literatur auffindbaren Erklärungsansätze zum Thema Essstörungen.

### 4.1 Essstörungen – Diagnosekriterien nach DSM IV

Im Folgenden werden die verbindlichen Kriterien zur Diagnostik von Essstörungen anhand des allgemein anerkannten Klassifikationssystems des DSM IV beschrieben, auch „wenn Kritiker wie Bruch, 1991, das subjektive Erleben von Essgestörten als Ansatz zur Diagnose fordern“ (Coolen, 2001, 7).

Weitere kritische Anmerkungen werden von DeZwaan in seinen Aufsatz „Diagnostik und psychiatrische Komorbidität der Essstörungen“ formuliert. Hier wird beispielsweise die fehlende Definition des Begriffs „große Menge“ angesprochen. Auch andere Kritikpunkte sind in diesem Aufsatz gesammelt und lohnen der Beachtung. (Der interessierte Leser kann diesen in: Gastpar/Remschmidt/Senf (Hrsg.), 2000, finden.) Da sich jedoch keine bessere Alternative anbietet, werden in dieser Arbeit die Diagnosekriterien des DSM IV genutzt. Die Diagnosekriterien werden hier in verkürzter und vereinfachter Form dargestellt.

Die Abkürzung DSM steht für „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“. Das von der Amerikanischen Psychiatrie-Gesellschaft herausgegebene Handbuch beschreibt ein Klassifikationssystem für psychische Störungen. Aktuell ist die 4. Auflage aus dem Jahr 1994 (vgl. Pudel/Westenhöfer, 1998, 218-219), bearbeitet und übersetzt von Henning Sass/Hans Wittchen/Michael Zaudig, 2. verbesserte Auflage, Göttingen 1998. (vgl. BZgA, 2001) Dabei wird das Störungsbild des Patienten auf fünf unabhängigen Achsen beurteilt. Für jedes Störungsbild sind Kriterien aufgelistet, die erfüllt sein müssen, wenn die entsprechende Störung diagnostiziert wird.

Essgestörtes Verhalten ist an sich keine Krankheit. Viele Menschen leben mit einem gestörten Essverhalten, ohne je an einer Essstörung zu erkranken. Nicht jeder Mensch, der sein Gewicht kontrolliert oder sich gelegentlich über die Maßen vollstopft, ist gleich erkrankt. Aber für einige ist ein solches Verhalten der Beginn einer schwerwiegenden Essstörung.

Im medizinischen Sinn sind Essstörungen seelische Krankheiten. Es werden drei wesentliche Formen unterschieden:

- die Magersucht (Anorexia nervosa)
- die Ess-Brechsucht (Bulimia nervosa oder Bulimie)
- die Esssucht (Adipositas oder Binge-Eating-Störung).

Diese drei Formen können in unterschiedlicher Häufigkeit ineinander übergehen. Zudem werden atypische Essstörungen erfasst.

Obwohl sich Betroffene der vier Krankheitsbilder in ihrem Erscheinungsbild erheblich unterscheiden, haben doch alle Essgestörten gemeinsam, dass Essen für sie zu einem großen psychosomatischen Problem, oft mit körperlichen, psychischen und sozialen Konsequenzen geworden ist. (vgl. BZgA, 2001, 10)

Ein wesentliches Diagnosekriterium für Essstörungen sind die Angaben zum Gewicht, daher wird hier kurz der heute verwendete Body-Maß-Index (BMI) vorgestellt. Die Berechnungsformel lautet: BMI gleich Körpergewicht geteilt durch Körpergröße zum Quadrat ( $BMI = \frac{kg}{m^2}$ ). Das Normalgewicht liegt bei einem BMI von 19 bis 24 für Frauen. Allerdings sind für die Diagnose von Mädchen und Frauen in Altersbereich zwischen 10 und 25 Jahren die für diesen Altersbereich relevanten BMI-Perzentilenkurven zu beachten. (vgl. DHS (Hrsg.), 1997, 35)

Die Diagnosekriterien für die wesentlichen Essstörungen werden im DSM IV wie folgt dargestellt:

#### **4.1.1 Magersucht (Anorexia nervosa):**

Magersucht wird auch mit dem griechischen Begriff „Anorexia nervosa“ bezeichnet. Dies bedeutet so viel wie „nervlich“ oder „psychisch bedingte Appetit-

losigkeit“ (vgl. Vandereycken & Meermann, 2000, 17). Ein zentrales Bestreben der anorektischen Patientin ist der Wunsch nach extremer Schlankheit, verbunden mit dem Wunsch nach Selbstbestimmung. (vgl. DHS (Hrsg.), 1997, 11)

Magersucht wird im DSM IV 307.1 mit folgenden Kriterien beschrieben:

- niedriges Körpergewicht (weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts)
- große Angst vor Gewichtszunahme
- Körperschemastörung
- übertriebener Einfluss des Gewichts auf die Selbstbewertung
- Krankheitsverleugnung
- Amenorrhoe

Es werden zwei Subtypen beschrieben:

*Restriktiver Typ:* In der gegenwärtigen Phase der Anorexia nervosa hat die/der Betroffene keine regelmäßigen Essanfälle und praktiziert nicht regelmäßig abführendes Verhalten.

*Bulimischer Typ:* In der gegenwärtigen Phase der Anorexia nervosa hat die/der Betroffene regelmäßige Essanfälle und/oder praktiziert regelmäßig abführendes Verhalten.

#### **4.1.2 Ess-Brechsucht (Bulimia nervosa):**

Kennzeichnend für Ess-Brechsucht sind Heißhungeranfälle mit anschließenden gewichtsreduzierenden Maßnahmen wie Erbrechen, Diäten, Missbrauch von Laxantien, Appetitzüglern und Diuretika. (vgl. DHS (Hrsg.), 1997, 16) Das Gewicht der Betroffenen liegt meist im Normbereich, jedoch sind die Patienten mit ihrer Figur unzufrieden und haben Angst vor einer Gewichtszunahme.

Ess-Brechsucht wird auch Bulimia nervosa genannt. Das DSM IV beschreibt unter 307.51 die folgenden Symptome:

- Wiederkehrende Heißhungerattacken – typisch dafür ist das Essen einer Nahrungsmenge, die größer ist, als sie die meisten Menschen in ähnlicher Zeit und unter ähnlichen Umständen schaffen würden und ein damit einhergehendes Gefühl von Kontrollverlust

- Kompensatorische Maßnahmen zur Vermeidung einer Gewichtszunahme
- Frequenz der Heißhungerattacken und der kompensatorischen Maßnahmen mindestens zweimal pro Woche über drei Monate
- ausgeprägte Abhängigkeit des Selbstwertgefühls von Körpergewicht und Figur
- Störung tritt nicht ausschließlich bei einer Episode von Anorexia nervosa auf

Auch hier werden in DSM IV zwei Subtypen benannt:

*Abführender Typ (purging-Typ):* In der gegenwärtigen Phase der Bulimia nervosa praktiziert die Person regelmäßig selbst herbeigeführtes Erbrechen oder den Missbrauch von Abführmitteln oder ähnlichem.

*Nicht-abführender Typ (non-purging-Typ):* In der gegenwärtigen Phase der Bulimia nervosa benutzt die Person anderes unangemessenes Kompensationsverhalten wie Fasten oder exzessiven Sport, praktiziert aber nicht regelmäßig selbst herbeigeführtes Erbrechen oder den Missbrauch von Abführmitteln oder ähnlichem.

#### **4.1.3 Esssucht (Adipositas/Binge-Eating-Disorder)**

Der Begriff Adipositas wird häufig fälschlich synonym für Übergewicht verwendet. Adipositas im Sinne einer Krankheit liegt jedoch nur bei einem beträchtlichen Übergewicht vor, und zwar bei einem BMI von 30 und höher.

Esssucht, lateinisch Adipositas genannt, ist unter den „vorläufigen Kriterien“ im Anhang des DSM IV zu finden. Die folgenden Kriterien müssen erfüllt sein, um die Diagnose „Esssucht“ zu stellen:

- wiederholte Episoden von Heißhungerattacken
- Heißhungerattacken treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptomen auf:
  - wesentlich schneller essen als normal
  - essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl
  - essen großer Nahrungsmengen ohne Hunger
- alleine essen aus Verlegenheit über die Menge



- Ekelgefühle, Depressivität oder große Schuldgefühle bezüglich des Essens
- deutliches Leiden bezüglich der Heißhungerattacken
- Heißhungerattacken treten mindestens zwei Tage in der Woche für die Dauer von sechs Monaten auf

(vgl. Gerlinghoff/Backmund, 2000, 15-18) ( vgl. Pudel/Westendörfer, 1998, 220, 235, 247)

#### **4.1.4 Atypische Essstörungen (nicht näher bezeichnete)**

Zusätzlich zu den oben beschriebenen gibt es zahlreiche Varianten von Essstörungen, die zumindest einen Teil der zur Diagnostik herangezogenen Kriterien erfüllen oder Mischformen daraus sind.

So sind folgende Varianten möglich und in DSM IV unter 307.50 formuliert:

- alle Kriterien für Anorexia nervosa erfüllt, außer Amenorrhoe
- alle Kriterien für Anorexia nervosa erfüllt, aber Körpergewicht liegt im Normbereich
- alle Kriterien für Bulimia nervosa erfüllt, aber Heißhungerattacken und Kompensationsmaßnahmen seltener
- regelmäßige Anwendung einer Gewichtszunahme gegensteuernder Maßnahmen durch normalgewichtige Person nach Verzehr kleiner Nahrungsmengen
- wiederholtes Kauen und Ausspucken großer Nahrungsmengen
- Binge-Eating-Störung: wiederholte Episoden von „Essattacken“ ohne einer Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahmen

Allen Essgestörten ist gemeinsam, dass der Alltag der Betroffenen zwanghaft ums Essen kreist. Die körperbezogene Sorge als Motiv für Fasten und kompensatorische Handlungen unterscheidet die Essstörungen Anorexia und Bulimia auch von Unterernährung im Zusammenhang mit Depressionen, Phobien, paranoider Schizophrenie und anderen psychischen Störungen.

(vgl. T. Habermas, in: Gastpar/Remschmidt/Senf (Hrsg.), 2000, 14)

## **4.2 Ätiologie von Essstörungen**

Die Frage nach der Ursache von Essstörungen ist nach wie vor nicht beantwortet. (vgl. Schweiger/Fichter in: Gastpar/Remschmidt/Senf (Hrsg.), 2000, 157)

(vgl. Pudel/Westendörfer, 1998, 240) Erklärungsversuche beinhalten biologische, kognitive, interpersonelle und soziale Faktoren.

Essstörungen entstehen anscheinend im Kontext eines multifaktoriellen Bedingungsgefüges. Dabei beeinflussen sich verschiedenste Faktoren wechselseitig.

Eine empirisch belegte Abschätzung der relativen Bedeutung der jeweiligen Teilbeträge gibt es bis zum heutigen Datum nicht. (vgl. Schweiger/Fichter in: Gastpar/Remschmidt/Senf (Hrsg.), 2000, 157)

Prädisponierende, auslösende und die Symptomatik aufrecht erhaltende Faktoren können unterschieden werden. (vgl. Cuntz/Hillert, 1998, 55) (vgl. Pudel/Westenhöfer, 1998, 240)

In der aktuellen Literatur finden sich unterschiedlichste Erklärungsansätze, die im Folgenden in verkürzter Form dargestellt werden.

### **4.2.1 Soziokulturelle Einflüsse**

Einen Hintergrund für den Anstieg von Essstörungen in unserer Gesellschaft sieht Herpertz im Überangebot von hochkalorischen und für jeden verfügbaren Nahrungsmitteln.

Hinzu kommt ein gesellschaftlich tradiertes Schlankheitsideal bzw. Figurdiktat, welches über Werbung, Mode und Medien transportiert wird. So wenden sich zum Beispiel 90% aller Anzeigen für Diätprodukte gezielt an Frauen. (vgl. Cuntz/Hillert, 1998, 41) Gerade in den westlichen Industrieländern herrscht ein hohes Schlankheitsideal, „das für 85% der jungen Frauen einen Gewichtsverlust erstrebenswert macht“ (Herpertz in: Gastpar/Remschmidt/Senf (Hrsg.), 2000, 98).

Jedoch soll die Frau nicht nur ein Schönheitsideal, sondern gleichzeitig mehrere nicht kompatible Ideale verkörpern:

Sie soll extrem schlank und sexy sein und dabei gleichzeitig einen athletischen, muskulös-durchtrainierten Körper haben. (vgl. BZgA, 2001, 16)

Auch die bis dahin traditionellen Bilder von Familie und Essgewohnheiten verändern sich. Die gemeinsamen Mahlzeiten in der Familie, bei denen nicht nur Nahrung aufgenommen, sondern auch die neuesten Neuigkeiten ausgetauscht wurden, sind eher selten geworden. Es gibt einen Trend, immer weniger Mahlzeiten in der Familie einzunehmen, und statt dessen auswärts zu essen. (vgl. Cuntz/Hillert, 1998, 40)

Hierbei sind differierende Anwesenheitszeiten der Familienmitglieder ein wesentlicher Faktor. In vielen Familien gehen beide Elternteile arbeiten, die Kinder besuchen unterschiedliche Schulen. So bleibt häufig nur wenig Zeit für gemeinsam eingenommene Mahlzeiten. Kinder, Jugendliche und auch Eltern essen häufig außerhalb der gemeinsamen Wohnung, z.B. in Schulen und Kindertagesstätten.

In unserer heutigen Gesellschaft kann immer und überall gegessen werden. Zwischendurch konsumierte „Snacks“ und „fast-food“ gelten häufig nicht als „richtiges“ Essen. Somit werden diese „Snacks“ zusätzlich gegessen.

Auch die Erwartungen an die Rolle der Frau haben sich verändert. Dies scheint ein weiterer Faktor für das Auftreten von Essstörungen zu sein.

Frauen können sich einerseits von der traditionellen Hausfrau- und Mutterrolle distanzieren und beruflichen Erfolg und Leistungsbereitschaft anstreben, andererseits werden ihnen aber nach wie vor die weiblichen Tugenden der Warmherzigkeit, des Sorgens für andere und vor allem des Schönseins zugesprochen und abverlangt. Hier werden weniger die Bedürfnisse und Stärken der einzelnen Frau berücksichtigt, als vielmehr gemeingültige Vorurteile unschwellig transportiert. (vgl. BZgA, 2001, ohne Seitenzahl, Kapitel 4.3) Der Umfang der Erwartungen kann eine Überforderung darstellen.

Steiner-Adair stellt eine Theorie auf, in der sie davon ausgeht, dass Mädchen und Frauen in gesundheitsschädigender und unangemessener Weise zur Autonomie gedrängt werden. „Heutzutage werden Mädchen dazu sozialisiert, die Bedeutung von Beziehungen zu entwerten und Unabhängigkeit und

Autonomie, die als Charakteristika männlicher Identität gelten, hochzuschätzen:“ (Steiner-Adair, in: Flaake/King (Hrsg.), 1995, 242)

#### **4.2.2 Identitätstheoretischer Ansatz**

In der Adoleszenz verändert und erweitert sich die soziale Rolle. Neue psychosoziale Anforderungen und Belastungen stellen die Jugendlichen vor neue Aufgaben.

Die Identitätstheorie geht von Entwicklungsdefiziten bei der Lösung dieser neuen Aufgaben aus. Cuntz/Hillert beschreiben eine Deprivation des Jugendlichen im Bereich der sozialen und emotionalen Entwicklung. Die Folgen sind Selbstunsicherheit und ein Mangel an gesunder Körperakzeptanz. Im Rahmen pubertärer Ablösungskonflikte scheint nun die Ausbildung der Erkrankung als einzig möglicher Weg. Doch der ist lediglich eine ambivalente Scheinlösung: Dem Wunsch nach Autonomie steht die krankheitsbedingte Abhängigkeit gegenüber.

Mit der Adoleszenz wächst das Bestreben nach Selbständigkeit. Gleichzeitig ist die Beziehung zu den Eltern noch eng. Das Familienklima ist scheinbar aggressions- und konfliktfrei. Unterschwellig spüren die Mädchen jedoch zum Beispiel unausgesprochene Trennungsabsichten der Eltern, bekommen jedoch versichert, dass alles in Ordnung sei. Diese Doppelbödigkeit macht es schwer, eine eigene Identität auszubilden. Den eigenen Gefühlen wird misstraut. Da dieser Zustand bedrohlich erscheint, wird das Autonomiestreben im Rahmen von auftretenden Konflikten über die Verweigerung von Nahrung ausgetragen. (vgl. BZgA, 2001, 21)

#### **4.2.3 Stresstheoretische Sicht**

Aus der stresstheoretischen Sicht ist die Adoleszenz eine besonders schwierige psychosoziale Stresssituation. Es klafft eine Lücke zwischen den äußeren Anforderungen dieser Zeit und den persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten.

Stress wird definiert als ein Zustand, in dem zwischen psychosozialen Anforderungen, deren Regulierbarkeit durch das Individuum und dessen sozialer Unterstützung ein Missverhältnis besteht. (vgl. Buddeberg-Fischer,

2000, 17) Die Stressbelastung wird umso stärker empfunden, je höher die Anforderungen an den Einzelnen und je geringer seine Möglichkeiten sind, darauf Einfluss zu nehmen und Unterstützung aus dem familiären und psychosozialen Umfeld in Anspruch zu nehmen. Aus dieser Diskrepanz ergibt sich eine gesundheitsschädigende Wirkung. Ein Zusammenhang zwischen Stressbelastung und Morbiditätsrate konnte eindeutig nachgewiesen werden. (vgl. Buddeberg-Fischer, 2000, 17)

Die Adoleszenten werden von der Schule gefordert, gleichzeitig müssen sie sich mit der Veränderung ihrer Rolle, die durch nicht kontrollierbare biologische Vorgänge im Körper ausgelöst wird, auseinandersetzen.

So erfolgt die Gewichtszunahme des Mädchens in der Pubertät unter anderem durch Zunahme der Fettdepots an Rumpf und Beinen, während bei Jungen eher die Muskulatur zunimmt.

Eine Studie von Phillips & Hill mit 314 englischen Mädchen im Alter von 9 bis 10 Jahren ergab, dass dickere Mädchen ihr Gewicht als Belastung erleben, sie über ein geringeres Selbstwertgefühl verfügen und sich letztendlich sozial isoliert wahrnehmen.

(vgl. Herpertz in: Gastpar/Remschmidt/Senf (Hrsg.), 2000, 98)

Gerade eine forcierte pubertäre Entwicklung mit deutlicher Zunahme der Fettmasse bedeutet den Verlust der gesellschaftlich akzeptierten präpubertären Schlankheit.

Die Veränderung der eigenen Rolle beinhaltet für Mädchen die Auseinandersetzung mit der Peergruppe, in Freundschaftsbeziehungen, in sozialen Gruppen, sowie in Vereinen. Zudem werden das weibliche Rollenideal, die Beziehung zum anderen Geschlecht, die Rolle in Bezug auf die Berufswahl und vieles mehr neu definiert. Für Mädchen sind die sozialen Rollenerwartungen divergenter als für Jungen. Sie geraten hier schnell in einen Rollenstress

(vgl. Buddeberg-Fischer, 2000, 16)

Gleichzeitig ist die soziale Unterstützung beschränkt, da Jugendliche auf Grund ihres Autonomiebestrebens der Unterstützung durch erwachsene Bezugspersonen eher skeptisch gegenüber stehen.

Zudem besteht die Gefahr der verkürzten Adoleszenz, wenn erwachsene Bezugspersonen die Heranwachsenden zu einseitig schon als Erwachsene ansprechen. Jugendliche funktionieren dann zwar als Erwachsene, jedoch ohne die Möglichkeit gehabt zu haben, die entsprechenden Reifungs- und Differenzierungsschritte in ihrer Persönlichkeitsentwicklung zu durchlaufen. (vgl. Buddeberg-Fischer, 2000, 17)

#### **4.2.4 Konstitutionstheorie**

Diese Theorie führt Essstörungen auf biologisch-genetische Faktoren zurück. Sie geht davon aus, dass in den Chromosomen angelegte Merkmale neurophysiologische Funktionsstörungen bedingen können und somit ein erhöhtes Auftreten von psychischen Störungen im allgemeinen oder einer Essstörung im besonderen bedingen. (vgl. Coolen, 2001, 26)

Neuere Untersuchungen zeigen, dass genetische Faktoren bei der Entstehung von Übergewicht eine größere Rolle spielen, als es bisher angenommen wurde. „In einer Studie mit 520 inzwischen erwachsenen Adoptivkindern, die über das dänische Adoptionsregister identifiziert wurden, konnten Stunkard et al. bereits 1986 zeigen, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem BMI der erwachsenen Kinder und dem der biologischen Eltern, nicht jedoch zu dem der Adoptiveltern besteht.“ (Pudel/Westenhöfer, 1998, 148) Pudel und Westenhöfer führen weiter aus, dass die Zunahme von Gewicht durch eine interindividuell unterschiedlich stark ausgeprägte Anpassung des Organismus an die Veränderung der Energiezufuhr gesehen werden kann und somit Unterschiede in der Gewichtszunahme zu einem großen Teil genetisch determiniert sind. (vgl. Pudel/Westenhöfer, 1998, 150)

Die anschaulichsten Indizien für eine genetische Disposition zur Anorexie ergeben sich aus Familien- und vor allem Zwillingsuntersuchungen. Bei eineiigen Zwillingen sind in bis zu 90% der untersuchten Fälle beide Geschwister betroffen. Ist nur ein Familienmitglied betroffen, steigt das Erkrankungsrisiko bei biologischen Verwandten auf etwa das Dreifache an. (vgl. Cuntz/Hillert, 1998, 56) „Aus diesen Zahlen wurde errechnet, dass genetische Faktoren bis zu 50% der Varianz des Auftretens von Essstörungen erklären können.“ (Cuntz/Hillert, 1998, 55)

#### **4.2.5 Neurobiologische Faktoren**

Ebenso interessant ist der vermutete Einfluss des Serotonin auf anorektische und bulimische Störungsbilder. Serotonin dient als Botenstoff und wirkt auf viele Hirnregionen und Funktionen dämpfend. An diesem Prozess sind auch die Stoffe Adrenalin und Noradrenalin beteiligt.

„Auch bei ehemaligen, aktuell normalgewichtigen Anorexie-Patientinnen fanden sich Hinweise auf eine Störung des Serotonin-Haushaltes in Form erhöhter Spiegel eines Serotonin-Abbauproduktes.“ (Cuntz/Hillert, 1998, 56) Ebenso fällt ein signifikant höheres Ausmaß an Perfektionismus, Rigidität und Zwangssymptomen bei Anorektikerinnen auf. Dies wiederum ist aus der Behandlung von Zwangserkrankten bekannt, die ebenfalls einen auffälligen Serotoninhaushalt aufweisen.

„Anorektisches Essverhalten könnte somit als Folge pathologisch erhöhter, die natürliche Impulsivität und Spontanität unterdrückende Serotoninspiegel interpretiert werden.“ (Cuntz/Hillert, 1998, 57)

Allerdings räumen die Autoren selbst ein, dass beim heutigen Wissensstand der Einfluss des Serotoninspiegels bestenfalls ein Teilaspekt der Erkrankung sein kann.

Auch die Insulinkonzentration spielt eine wichtige Rolle bei der Regulation des Grundumsatzes und der Anpassung an Mangelernährung. Zusammen mit anderen Hormonen steuert Insulin den Glukose- und Fettstoffwechsel im Körper.

Schweiger und Fichter geben einen Überblick über den Forschungsstand. Hier wird auf die vielfältigen Wirkmechanismen unterschiedlicher neurobiologischer Systeme hingewiesen. Es bestehen nachweisbare Auswirkungen im Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-(HPA)-System, im Hypothalamus-Hypophysen-Schilddrüsen-(HPT)-System, Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-(HPG)-System und im Bereich des Wachstumshormon-Somatodin-(GH-IGF)-System (vgl. Schweiger/Fichter in: Gastpar/Remschmidt/Senf, 2000, 158-166).

#### **4.2.6 Psychoanalytische Objektbeziehungstheorie**

Aus psychoanalytischer Sicht werden Essstörungen als Folgen früher Mangelerscheinungen interpretiert.

Als kritische Zeit werden hier die frühe symbiotische Phase sowie die Loslösungs- und Individuationsphase beschrieben. (vgl. Wardetzki, 1990, 34)

Innerhalb der oralen Entwicklungsphase verläuft die Mutter-Kind-Beziehung ungünstig. Die Signale des Säuglings werden entweder fehlinterpretiert oder nicht bemerkt. So wird ihm beispielsweise zu viel oder zu wenig Nahrung angeboten. Dazu wird oftmals auf die Bedürfnisse des Kindes zur falschen Zeit reagiert. Mädchen werden im Unterschied zu Jungen weniger und rigider gestillt und früher entwöhnt. (vgl. Wardetzki, 1990, S 42).

Den frühesten Kern eines positiven Körperselbst entwickeln Kinder in der gelungenen Interaktion zwischen Mutter und Kind.

In der Differenzierungsphase werden die Mädchen mehr verwöhnt und in ihrer Symbiose mit der Mutter festgehalten. In dieser Phase wäre es für das Kind wichtig, eine Unterscheidung zwischen dem eigenen Körper und dem der Mutter zu erfahren, also die Ausbildung von Selbst- und Objektrepräsentanz zu vollziehen.

In dem Zeitraum, in dem das Kind laufen lernt und mit seinen neuen Fähigkeiten einen Zuwachs an Eigenliebe und Allmachtsgefühl erfährt, wird diese Entwicklung bei Mädchen demnach weniger unterstützt; sie werden weniger ermutigt, bestärkt und bewundert. Dies wirkt wie eine Verunsicherung, und aufgrund ihres unsicheren Selbst bildet sich nun der Wunsch nach starker Anklammerung an die Mutter. (vgl. Figura, 1997, 13) Es entsteht ein tiefer Konflikt zwischen dem Bedürfnis nach Unabhängigkeit und dem Wunsch nach Verschmelzung mit der Mutter.

Die Entfaltung eines selbständigen Ichs und eine Ablösung von der Mutter sind daher nur schwer möglich. Das Kind erfährt eine emotionale Unterversorgung und die Entwicklung eines stabilen Selbstwertgefühls unterbleibt. (vgl. Figura, 1997, 13)

In der narzisstischen Persönlichkeits- und Beziehungsstörung äußern sich gelebte Depression und Minderwertigkeit, die mit heimlichen Grandiositätsvor-



stellungen kompensiert werden. Beides sind Abwehr- und Schutzmechanismen gegen die gefürchtete Leere, gegen den schmerzhaften gefühlten Mangel an Beziehung, emotionaler Versorgung, Nähe und wahrer Autonomie. (vgl. Figura, 1997, 14)

Essstörungen werden als Form der Abwehr sexueller Wünsche und als Möglichkeit, die psychosexuellen Entwicklungskrisen der Pubertät zu beenden und in die scheinbar heile Welt der Kindheit zurückzukehren, genutzt. (vgl. Stein-Hilbers & Becker, 1996, 13)

#### **4.2.7 Systemtheoretischer Ansatz**

Systemtheoretische Überlegungen fokussieren Essstörungen in Bezug auf die familiäre Interaktion. Hierbei wird die Störung des Essverhaltens nur als ein Symptom für die ungelösten Konflikte und unangemessene Kommunikation innerhalb eines Familiensystems gesehen. Das schwächste Mitglied der Familie wird zum Symptomträger.

Gerlinghoff beschreibt diese Familien als durchschnittliche Mittelstandsfamilien, die sehr auf Normen und Konventionen achten: „Sie legen Wert auf Ordnung, Pflichterfüllung, Anstand, Leistung und Bildung. Sie sind bestrebt, nicht aufzufallen und keinen Anlass zu Kritik zu geben.“ (Gerlinghoff, 1999, 34)

Es gibt eine traditionelle Rollenverteilung; von großer Wichtigkeit sind in diesen Familien Karriere, Erziehung, Ausbildung und Fitness.

Nach außen hin scheint die Familie glücklich und heil, aber innerhalb der Familie werden Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse kaum ausgesprochen.

Cuntz beschreibt das Zusammenleben der Eltern von Magersüchtigen als problematisch. Jedoch sind diese gezwungen zusammenzuhalten solange das Kind magersüchtig ist. Die Väter in diesen Familien werden häufig als emotional distanziert beschrieben, wohingegen die Mutter meist als überbehütende Person dargestellt wird, die besonderen Wert auf die physischen Bedürfnisse der Kinder legt, jedoch auf der emotionalen Ebene nur wenig Anteilnahme empfinden kann.

In einer amerikanischen Untersuchung von Moreno/Thelen 1993 fiel auf, dass besonders Mütter von essgestörten Mädchen ihre Töchter als übergewichtig

wahrnahmen und sie zu Kalorieneinschränkung und Körpertraining zwecks Gewichtsreduktion anhielten.

Häufig besteht eine hohe Rigidität, die innerhalb der Familie keine Veränderungen zulässt. Eine Annäherung an sich verändernde Bedürfnisse einzelner Familienmitglieder ist so nicht möglich.

Magersüchtige Mädchen beschreiben ihre Familien als symbiotisch und konfliktvermeidend, zugleich bieten diese Familien nur geringe individuelle Freiräume. (vgl. Cuntz/Hillert, 1998, 45)

Risikofaktoren für die Entwicklung einer Essstörung sind nach Vandereycken & Meermann vorhanden, wenn

- „eine Essstörung, Depression oder Suchtproblematik bei einem Elternteil vorliegt
- ungelöste oder verborgene Konflikte in der Beziehung der Eltern bestehen
- eine von Leistungs- und Erfolgsdenken geprägte Erziehung vorherrscht
- eine enge Bindung zu einem Elternteil bei gleichzeitiger großer Distanz zu dem anderen vorzufinden ist oder/und
- Konfliktvermeidung und Mangel an offener Kommunikation vorliegt“ (Vandereycken & Meermann, 2000, 47).

#### **4.2.8 Kognitive Lerntheorie**

Die kognitive Lerntheorie geht davon aus, dass Verhaltensweisen durch Lernen am Modell und den Einfluss von Belohnung und Bestrafung ausgebildet werden. Hierbei spielen Kognitionen wie Gedanken, Ansichten und Auffassungen über einen selbst und das Gegenüber eine Rolle. (vgl. Coolen, 2002, 26)

Beim kognitiven Modell bestimmen irrationale Vorstellung über Ernährung, Figur und Gewicht die Entwicklung der Essstörung. Diese verzerren durch Verselbständigungsmechanismen immer mehr die Selbsteinschätzung.

Diese Ansichten müssen dabei nicht mit logischen Überlegungen, Vernunft oder dem „gesunden Menschenverstand“ vereinbar sein.

Anorektische und bulimische Mädchen haben oft typische Denkweisen, die ihr ganzes Leben bestimmen. Perfektionismus und ein negatives Selbstbild sowie

die Unfähigkeit, die Dinge im richtigen Verhältnis zu betrachten sind signifikant. Gewicht und Figur haben maßgebende Bedeutung, was zur Folge hat, dass das gesamte Selbstwertgefühl davon abhängt. (vgl. Vandereycken & Meermann, 2000, 46)

Für die Behandlung einer Essstörung bedeutet dies, eine realistische Sicht auf sich selbst zu erlernen, die Kognitionen umzustrukturieren und so die Störung zu bekämpfen.

#### **4.2.9 Kritische Lebensereignisse als mögliche Ursache**

Traumatische Erlebnisse werden als bedeutsam für die Entstehung späterer Psychopathologien angesehen. Zum Beispiel wurde die Frage nach dem Zusammenhang zwischen früher Erfahrung von sexueller Ausbeutung und Gewalt und der zeitlich verzögerten Entwicklung von Essstörungen in den letzten Jahren verstärkt gestellt.

Verschiedene Studien „von Garfinkel (1995), Laws et al. (1996), Wonderlich et al. (1996) und Dasky et al. (1997) bestätigen den Zusammenhang zwischen der Entwicklung einer Essstörung und Erfahrungen sexueller Ausbeutung oder Gewalt.“ (Buddeberg-Fischer, 2000, 12) Insbesondere in Richtung von bulimischen Symptomen konnte ein Zusammenhang nachgewiesen werden.

## 5 Interaktion und Schule

### 5.1 Begriffsklärung Interaktion

Nach Bergius ist Interaktion „die gegenseitige Beeinflussung von Individuen innerhalb von und zwischen Gruppen und die dadurch entstehenden Änderungen des Verhaltens oder der Einstellungen, Meinungen etc...“ (Thomas, 1992, 54). Ein wichtiges Kennzeichen der sozialen Interaktion ist die Interdependenz (Wechselwirkung). Interdependenz bedeutet, dass die Interaktionspartner sich wechselseitig beeinflussen. Dadurch ist nicht klar erkennbar, was Ursache und was Wirkung ist.

Watzlawick u.a. haben 1969 erstmals eine Unterscheidung zwischen dem Begriff der Interaktion und dem Begriff der Kommunikation vorgenommen. Sie bezeichnen eine Mitteilung, eine „Message“, als eine Kommunikation. Auch sie beschreiben Interaktion als wechselseitige aktive Abfolge von Mitteilungen zwischen zwei oder mehreren Personen.

Homans geht von der Annahme aus, dass Menschen sich gegenseitig zu Aktivitäten anregen, indem sie soziale Anerkennung, Sympathie, Freundschaft etc. zum Tausch anbieten. Gewünschtes Verhalten wird durch das Anbieten materieller und immaterieller „Güter“ bewirkt.

Andere verstehen unter Interaktion ein dialektisches Verhältnis, in dem Menschen einander dadurch steuern und kontrollieren, dass sie einander „belohnen“ oder „bestrafen“. Diese Betrachtungsweise beruht auf der Überlegung, dass Menschen in gewisser Weise immer aufeinander angewiesen und daher auch in der Lage sind, Befriedigung zu gewähren oder auch zu verweigern. So können sie ihr Gegenüber steuern und kontrollieren, im Extremfall bis hin zur sozialen Manipulation. (vgl. Minsal, 1978, 15)

Goffmann stellt die Ich-Identität in den Mittelpunkt seiner Interaktionsdefinition. Die Ich-Identität hat die Aufgabe, eine Balance zwischen personaler und sozialer Identität zu finden. Mit personaler Identität meint er die biographischen

Erfahrungen eines Menschen. Soziale Identität bezeichnet die Gruppenkontexte, Strukturen und Erwartungszusammenhänge in denen ein Mensch steht.

„Im alltäglichen Handeln und im Umgang mit anderen Menschen müssen eigene Ansprüche und Ansprüche der Außenwelt vereinbart werden.“ (Zimmermann, 2000, 51)

Dabei beschreibt Zimmermann als wesentliche Fähigkeiten zur Balancefindung der Ich-Identität:

- Rollendistanz – die Fähigkeit, sich reflektierend und interpretierend mit den Erwartungen und Anforderungen von Rollen auseinander zu setzen.
- Empathie – die Fähigkeit, sich in andere hineinzufühlen, Motive des Gegenübers zu verstehen und Handlungen vorherzusehen.
- Ambiguitätstoleranz – die Fähigkeit, auszuhalten, dass nicht alle eigenen Vorstellungen und Bedürfnisse in die Interaktion eingebracht werden können. (Für das Individuum ist es wichtig zu lernen, dass zur Interaktion auch Ambivalenzen und Widersprüche gehören.) (vgl. Zimmermann, 2000, 51)

Warum gelingt zwischenmenschliche Interaktion?

Interaktion ist ein sozialer Prozess; der die Sprache als ein Mittel der Kommunikation nutzt. Interaktion ist nicht nur verbal, sondern findet in allen Bereichen des menschlichen Lebens statt.

Ein großer Teil der Interaktion vollzieht sich nonverbal, zum Beispiel über Körpersprache, Blickkontakt, Mimik und Gestik. Auch parasprachliche Elemente – wie etwa die Stimmhöhe und das Sprechtempo – fließen neben den verbalen Aspekten in die Interaktion mit ein.

Wenn sich in einer sozialen Situation ein Partner vom Gegenüber abwendet, hat dieses Verhalten Mitteilungsscharakter. Sender und Empfänger verfügen über einen zumindest teilweise gleichen Zeichenvorrat, der die Grundvoraussetzung für das Gelingen der Kommunikation ist. Die Kommunikation gilt als gelungen, wenn der Empfänger genau versteht, was der Sender ihm mitteilen will. So kann der Empfänger das Abkehren des Senders richtig als die

Aufforderung, ihn in Ruhe zu lassen, verstehen. Watzlawick u.a. nennen dies „die Unmöglichkeit, nicht zu kommunizieren“ (Watzlawick, 1969, 50 ).

Allerdings besteht „...keine einheitliche Vorstellung darüber, welche Empfänger und Sendefähigkeiten für eine erfolgreiche Kommunikation und Problemlösung wichtig sind“ (BZgA, 2000, 24).

Schulz von Thun geht davon aus, dass sich menschliche Eigenschaften im Wechselspiel mit anderen Menschen entwickeln, zeigen und sich auch verändern können. Er beschreibt in seinem „Vier-Ebenen-Modell“ den Informationsübermittlungsprozess einer Nachricht:

- *Sachebene*: Die Äußerung „Die Ampel ist rot.“ bedeutet dann nichts anderes, als dass die Ampel rot ist. Der Sprechende bei Schulz von Thun: „Sender“) sagt aus, worum es inhaltlich geht.
- *Beziehungsebene*: Die gleiche Äußerung würde hier vielleicht interpretiert als „Du bist nicht aufmerksam“. Mit dieser Ebene drückt der Sprechende aus, wie er die Beziehung zu dem Angesprochenen sieht.
- *Selbstoffenbarungsebene*: Hier würde diese Äußerung vielleicht die Angst des Beifahrers ausdrücken, der Fahrer könne die Ampel übersehen haben. Der Sprechende zeigt bewusst oder unbewusst die eigene Persönlichkeit.
- *Appellebene*: Der Sprechende würde ausdrücken wollen „Brems ab und halt an!“ Auf dieser Ebene wird mitgeteilt, was der Sprechende beim Hörenden erreichen will.

Auf Grund des oben vorgestellten Modells wird schnell deutlich, dass es im Bereich der Kommunikation und Interaktion auch viele Möglichkeiten für Missverstehen und Missdeutungen gibt. (vgl. Schulz von Thun, 1994, 34)

Personenwahrnehmung, implizierte Persönlichkeitstheorien, Eindrucksbildung, Attributionstheorien, Selbstattributionen, Eindruckssteuerung, die Möglichkeit der Entwicklung persönlicher Beziehungen, soziale Beeinflussung, Affiliation und Anziehung, alle diese Faktoren spielen eine Rolle in unserer Interaktion. (vgl. Forgas, 1995, 20-297)

Auch in einfachsten Interaktionen machen sich interpersonelle Einflüsse bemerkbar. So kann schon die bloße Anwesenheit eines Menschen zu einem Leistungsanstieg oder Leistungsabfall führen. Gerade in Gruppen entstehen Prozesse, in denen sich die Gruppenmitglieder gegenseitig beeinflussen.

Die meisten Menschen haben ein sehr feines Gespür für Erwartungen und Anforderungen solcher Gruppensituationen: Der Einzelne soll sich im Sinne der Gruppe verhalten. Dies ist einer der Grundpfeiler jeder höheren sozialen Organisation. (vgl. Forgas, 1995, 262)

Alle Interaktionen benötigen das richtige Maß. Grundsätzlich positive Kommunikationsmerkmale wie Lob können auch in ein ungünstiges Merkmal umschlagen – wird zu viel gelobt, ist dieses Lob nicht mehr viel wert. Ein Kind muss sich nicht anstrengen für ein Lob und bleibt so vielleicht unmotiviert und passiv und verzweifelt wenn es sich mehr anstrengen muss.

Das Problem bei der Erforschung von Interaktion ist ihre Komplexität und ihre Flüchtigkeit.

## **5.2 Interaktion in der Schule zwischen Schülern**

An den weiterführenden Schulen entstehen Schulklassen aus Schülerinnen und Schülern, deren Alter und Leistung ähnlich sind. Die Klassenzugehörigkeit ist nicht freiwillig, zugleich ist die Klasse als sozialer Raum für Erfahrungen sehr wichtig. Hier können und müssen Kinder und Jugendliche Beziehungen zu Gleichaltrigen eingehen, sich mit ihnen vergleichen und anfreunden, mit ihnen kooperieren oder konkurrieren.

Klaus Ulich beschreibt die Schulklasse als eine Zwangsgruppierung. Er begründet dies dadurch, dass

- „sie aus überwiegend organisatorischen Gründen gebildet ist und nicht, um die sozialen Bedürfnisse der Schüler zu befriedigen;
- ihre Ziele prinzipiell für alle Klassenmitglieder gleich sind, aber nicht kooperativ, sondern in einem Konkurrenzverhältnis erreicht werden (müssen);
- der einzelne Schüler zwar gemeinsam mit den anderen lernt, bei der Überprüfung des Lernerfolges jedoch in die "Einzelkämpfer"-rolle gezwungen wird (Ulich, D. 1977, 63).“

(Ulich, K. 2001, 51)

Für Kinder und Jugendliche ist es wesentlich, sich mit den Mitschülern arrangieren zu können. In einer Klassengemeinschaft, in der die Schüler gut integriert sind, gelingt dies deutlich leichter als in Klassen, in denen Leistungs- und Konkurrenzdruck sowie Aggressionen vorherrschen. (vgl. Ulich, K. 2001, 51)

Die Rollen der Schüler in ihrer Klasse sind häufig schnell festgelegt und dann kaum mehr zu verändern. Die Klasse dient als Vergleichsgruppe und ist gleichzeitig die Bezugsgruppe. (vgl. Jerusalem in: Ulich, K., 2001, 53)

„Ich komm nie raus aus meiner Rolle! Es wird sich wohl die ganze Schulzeit nicht ändern. Schule. Da gibt's die Streber und die Außenseiter. Die Chemie-Freaks und die Sport-Cracks. Da gibt's die "Schönen", die jeder anhimmelt und die immer voll aufgestylt in die Schule kommen, die Mitläufer, die halt auch da sind, aber die man eigentlich gar nicht bemerkt. Und da gibt's die Clique. Und jeder will in die Clique rein. Und ich, na ja, will's auch. Aber ich hab mein Image. Werde nie dazu gehören. Bin in meiner Rolle festbetoniert. Und keiner merkt, dass ich ja eigentlich gar nicht mehr so bin. Es interessiert die anderen ja auch gar nicht. Die Schule wechseln, das wäre die einzige Möglichkeit. Eine neue Klasse. Aber im Prinzip ist es ja überall gleich. In jeder Klasse gibt's die "Stars" und der Rest ist dafür da, die "Stars" anzubeten!“ (Ulich, K., 2001, 49)  
Eine Studentin zitiert in einer Seminararbeit diesen Tagebuchausschnitt, den sie als 16-jährige Schülerin geschrieben hat.

Interaktionsprozesse zwischen Schülerinnen und Schülern laufen inner- und außerhalb des Klassenraumes ab. Natürlich ist dies nur ein Ausschnitt der komplexen Sozialbeziehungen von Schülerinnen und Schülern.

Der Einfluss des Klassenverbandes erscheint jedoch sehr hoch.

So konnte zum Beispiel ein Zusammenhang zwischen Schülerleistung und Schülerstatus hergestellt werden. (Selg in: Minsel/Roth (Hrsg.), 1978, 116). Selg beschreibt hier Untersuchungen von Schmuck (1963) und Burnstein (1965) die gezeigt haben, dass „...Schüler mit gleicher Intelligenz (gemessen mit herkömmlichen Tests) unterschiedliche Schulleistungen aufweisen und



dass ihre Einschätzung auf einer Beliebtheitsskala mit ihren Schulleistungen höher korrelieren als mit ihrer Intelligenz. Nach einer gezielten Statuserhöhung der betreffenden Schüler stiegen auch die Schulleistungen an. Offensichtlich führt eine Statuserhöhung über die damit verbundene befriedigendere Interaktion zu einer positiveren Einstellung zur Schule und ihren Leistungsanforderungen.“ (Selg in: Minsel/Roth, 1978, 116)

Dies trifft den Bereich des Leistungsverhaltens – eine Übertragung in den Bereich der gesundheitlichen Entwicklung müsste geprüft werden.

Petillon hat besonders die Zeit des Schulanfangs untersucht. Hier kommt der Schulklasse eine erhebliche Bedeutung zu, denn für das einzelne Kind heißt es nun,

- "sich mit anderen zu vergleichen,
- Beziehungen aufnehmen und Zugehörigkeiten zu erleben, gemeinsam zu arbeiten und zu spielen
- neue Erfahrungen mit Normen, Anforderungen und Andersartigkeiten zu machen."

(Petillon, 1991 in Ulich, K. 2001, 54)

Petillon führte Interviews in 13 ersten und zweiten Schuljahren. Dabei wurden mit den Kindern die für sie wichtigen Sozialerlebnisse thematisiert. 81% der für die Kinder bedeutsamen emotionalen Erlebnisse beziehen sich auf den Kontakt mit Mitschülern, 6% der emotional bedeutsamen Sozialerlebnisse beziehen sich auf die Lehrer/innen und 13% auf Schule im Allgemeinen.

Schließlich stellt Petillon fest, dass das Wissen der Lehrer/innen über die sozialen Beziehungen und Probleme in der Klasse recht undifferenziert ist und dass Konflikte der Schüler und Schülerinnen oft nicht ernst genommen werden. (vgl. Petillon in: Ulich, K. 2001, 55)

Dies wird auch sichtbar in einer Untersuchung von Saldern (1991), in der er das Schulklima von Lehrkräften und Schülern beurteilen lässt und dann die Aussagen miteinander vergleicht. Die Lehrkräfte beurteilten das Sozialklima der Klasse durchweg günstiger als die Schülerinnen und Schüler. Auch halten die Lehrkräfte die Zufriedenheit der Schüler mit ihren Beziehungen untereinander für deutlich größer als die Schülerinnen und Schüler selbst.

(vgl. Ulich, 2001, 22)

Zu der von der Autorin besonders betrachteten Altersgruppe gibt es eine Studie von Furtner-Kallmünzer/Sardei-Biermann von 1982, die Ulich zusammenfasst: Aus insgesamt 29 Gruppendiskussionen mit Haupt- und Realschülern, Gymnasiasten und Gesamtschülern wurde empirisches Material qualitativ ausgewertet:

So erleben Schüler die Beziehungen zwischen Schülern als nachhaltig von Konkurrenzstrukturen beeinflusst, deren Bedeutung jedoch innerhalb der Klasse meist relativiert wird. „Eine subtile Ausdrucksform der Konkurrenzstruktur liegt darin, dass Schüler/innen Kritik und Verachtung der Mitschüler/innen vor allem bei eigenen "Fehlern" im Unterricht fürchten.“ (Ulich, K., 2001, 60) Die Klasse erfüllt Funktionen die von Anfang an in einer Klasse wirksam sind.

„Die koagierende Klasse schützt und unterstützt den Einzelnen, indem sie ihm soziale Anerkennung gewährt, aber auch konkrete Sicherheit bietet (z.B. Abschreiben dürfen, vorgesagt bekommen, gemeinsame Vorbereitung auf Klassenarbeiten.)“ (Selg in: Minsel/Roth, 1978, 112)

Zimmermann zitiert in diesem Zusammenhang W. Jackson, der feststellt, „...dass es in jeder Schule und in jeder Klasse in Wirklichkeit zwei Lehrpläne gibt, nach denen die Schüler unterrichtet werden. Den einen können wir den amtlichen Lehrplan nennen. Den anderen könnte man vielleicht als den nicht amtlichen oder sogar als heimlichen Lehrplan bezeichnen.[...] Dieser heimliche Lehrplan besitzt auch eine goldene Mitte: den Grundkurs in den sozialen Regeln, Regelungen und Routinen. Diesen Grundkurs haben sich Schüler wie Lehrer anzueignen, wenn sie ohne großen Schaden zu nehmen, ihren Weg durch die Institution, die da Schule heißt, machen wollen.“ (Jackson, 1975, in: Zimmermann, 2000, 116)

Ulich erweitert den Begriff des heimlichen Lehrplans auf alles, was das Leben in der Schule jenseits von Lehrplänen, Richtlinien oder Schulordnungen ausmacht und bei Schülern eine soziale Verhaltenskonformität hervorruft. Dazu zählen:

- Unterdrückung spontaner Bedürfnisartikulation und Einfälle
- Einordnung in die Gruppe

- Unterordnung unter die Zwecke der Institution
- Verinnerlichung von Geboten.

(vgl. Ulich ,1976, in: Zimmermann, 2000, 116)

Je besser der Schüler seinen eigenen Status wahrnehmen kann, desto angemessener verhält er sich zu seinen Mitschülern.

Schüler, die in den Augen ihrer Mitschüler positive Persönlichkeitseigenschaften besitzen, haben einen höheren Status als andere. Auf die Urteilsbildung haben Faktoren wie das äußere Erscheinungsbild und die Familiensituation Einfluss. Mit der Dauer des Bestehens einer Klasse wächst die Kohäsion. Dies ist nicht immer günstig, da sich so auch negative Strukturen, wie z.B. bestimmte Rollenzuweisungen verfestigen können.

In der schulpraktischen Arbeit kann auch beobachtet werden, dass das Anregen von Gruppenaktivitäten erstarrte Gruppenbildung und Feindschaften durchbrechen kann; es kann die Entstehung neuer Kontakte begünstigen und einer Klasse zu einem neuem Wir-Gefühl verhelfen. (vgl. Pallasch in: Minsel/Roth, 1978, 117)

Bales konnte belegen, dass der Erfolg einer Gruppe von zwei Faktoren abhängt:

- Wie gut löst die Gruppe die anstehenden Aufgaben (Aufgabenfunktion) und
- wie gut gelingt es ihr, eine zufriedene Gruppenatmosphäre zu schaffen (integrative oder sozio-emotionale Funktion).

Allerdings hat Bales sich nicht mit der schulspezifischen Interaktion beschäftigt. (vgl. Forgas, 1995, 264)

Ob sich dieser Zusammenhang auch auf die Schule übertragen lässt, ist fraglich. Denn hier lernt der einzelne Schüler zwar in der Gemeinschaft, wird jedoch zur Überprüfung des Lernerfolgs in die "Einzelkämpferrolle" gezwungen.

Bei einer ganzheitlichen Sicht auf Menschen liegt es nahe, dass eine zufriedene Gruppenatmosphäre auch das gesundheitliche Verhalten positiv beeinflussen kann.

„Im Verlauf der schulischen Sozialisation entwickeln sich Leistung, Lernfreude, Schülerpersönlichkeit, soziale Integration und gesundheitliches Risikoverhalten nicht unabhängig voneinander, sondern stehen in einem komplexen Beziehungsgefüge zueinander (Pekrun & Fend, 1991)“. (Mittag/Jerusalem, in: Röhrle/Sommer, 1999, 162)

### **5.3 Schutz- und Risikofaktoren im Schulalltag**

Der Fokus der aktuellen Forschung liegt heute in der Betrachtung der Schutzfaktoren, ausgehend vom salutogenetischen Modell nach Antonovsky. Schutzfaktoren sollen wünschenswertes Verhalten in unterschiedlichen Lebensbereichen ermöglichen, steigern oder erhalten. Jessor geht davon aus, durch genügende Bereitstellung von Schutzfaktoren die negativen Einflüsse von Risikofaktoren aufheben oder abpuffern zu können.

Dabei haben Schutzfaktoren unterschiedlich starken Einfluss, je nach Alter, Geschlecht und Kontext. Dies ergibt sich aus Untersuchungen von Bender/Lösel (1998) und Helfferich (1999). (vgl. BZgA, 2002, 14)

Ein Schutzfaktor im Kleinkindalter (z.B. ständiges Umsorgen durch eine enge Bezugsperson und deren ständige Anwesenheit) kann unter Umständen im Jugendalter sogar eine gegenteilige Wirkung entwickeln und so zu einem Risikofaktor werden (z.B. überbehütendes, überinvolviertes Verhalten, keinen Freiraum geben). (vgl. BZgA, 2002, 15)

Schutz- und Risikofaktoren kommen vor allem in Zeiten der Veränderung und der Wandlung zum Tragen. Die Adoleszenz ist eine Phase der Wandlung und Veränderung, so dass Schutz- und Risikofaktoren in dieser Zeit eine ganz besondere Bedeutung zukommt und „...dass in dieser Altersgruppe Risikoverhaltensweisen weniger als Gesundheits- denn als Sozialverhalten zu verstehen sind“ (Mittag & Jerusalem in: Röhrle/Sommer 1999, 163)

Dies würde bedeuten, dass zum Beispiel Diäten oder ähnlich riskante Verhaltensweisen von Mädchen zunächst gezeigt werden, um dazu zu gehören, sich nicht auszugrenzen. und sich auch die Essstörung im Raum der Schule mitentwickelt.

Schutz- und Risikofaktoren wirken auf die Persönlichkeit des einzelnen Jugendlichen und stehen in wechselseitiger Beziehung. Sie wirken weniger spezifisch, sondern generell günstig oder ungünstig auf die Entwicklung des Jugendlichen. Es ist also davon auszugehen, dass Mädchen mit Essstörungen auch Probleme in anderen Lebensbereichen haben. Dies könnte auch heißen, dass diese Mädchen in besonderer Weise in der Schule auffallen.

Was können hier schützende Faktoren sein, die unterstützend auf die Persönlichkeit des einzelnen Mädchens einwirken?

Die Frage, wo diese schützenden Faktoren für den Bereich von Schule zu suchen sind, kann von der Autorin nicht abschließend beantwortet werden. Für den Bereich Schule stehen die Forschungsarbeiten zum emotionalen Befinden der Schüler und Schülerinnen erst am Anfang. Pekrun spricht hier vom „blinden Fleck der Unterrichtsforschung“ (Pekrun, 1996, 230).

In der schulpraktischen Arbeit entwickelte sich aber die Projektidee Gesundheitsfördernder Schulen, die sich am Begriffsverständnis der Ottawa-Charta der World Health Organisation (WHO) von 1986 orientiert, welche eher von der spezifischen Krankheitsprävention wegführt hin zu gesundheitsfördernden Handlungsfeldern wie Umwelt, Ernährung und Bewegung. (vgl. Buddeberg-Fischer, 2000, 18)

Die Ziele einer gesundheitsfördernden Schule wurden von der WHO im Jahr 1997 wie folgt formuliert:

1. Durch Gebäude, Spielflächen, Schulmahlzeiten, Sicherheitsmaßnahmen usw. ein gesundheitsförderliches Arbeits- und Lernumfeld schaffen.
2. Das gesundheitliche Verantwortungsbewusstsein des Einzelnen, der Familie und der Gemeinschaft fördern.
3. Zur gesunden Lebensweise anhalten und Schülern wie Lehrern realistische und attraktive Gesundheitsalternativen bieten.
4. Es allen Schülern ermöglichen, ihr physisches, psychisches und soziales Potenzial auszuschöpfen und ihre Selbstachtung fördern.
5. Für die Förderung von Gesundheit und Sicherheit der gesamten Schulgemeinschaft (Kinder und Erwachsene) klare Ziele vorschreiben.
6. Gute Beziehungen zwischen Lehrern und Schülern und unter den Schülern selbst, sowie eine gute Zusammenarbeit zwischen Schule, Elternhaus und Ortsgemeinde schaffen.
7. Die Verfügbarkeit von Gemeinderessourcen zur Unterstützung der praktischen Gesundheitsförderung ausloten
8. Mit einer die Schüler aktiv einbeziehenden Didaktik ein kohärentes Curriculum für die Gesundheitserziehung planen.
9. Den Schülern das Wissen und die Fähigkeit mit auf den Weg geben, die sie brauchen, um vernünftige Entscheidungen treffen zu können.
10. Die schulische Gesundheitspflege im breiten Sinne als Bildungsressource begreifen, die den Schülern dazu verhelfen kann, sich zu effektiven Nutzern der Gesundheitsversorgung zu entwickeln.

(vgl. Paulus in: Röhrle/Sommer 1999, 122)

Diesen Gedanken folgt das Netzwerk „Gesundheitsfördernde Schule“. Paulus beschreibt diese als „auf dem Weg“, die traditionelle Gesundheitserziehung in der Schule zu überwinden und Gesundheitsförderung als tragfähiges Konzept der Schulentwicklung zu verstehen. Dies soll zur Demokratisierung in der Schule beitragen.

Die Übertragung in den normalen Schulalltag ist noch nicht gelungen. (vgl. Paulus in: Röhrle/Sommer, 1999, 133)

In Präventionskonzepten, die in Schulen Anwendung finden, werden, wie bei Mittag und Jerusalem, folgende Themenbereiche angesprochen:

- Selbstkonzept und Selbstwertgefühl
- Selbstwahrnehmung und Gefühle
- Wertvorstellungen und Lebensziele
- Selbstbehauptung und Konfliktfähigkeit
- soziale und kommunikative Fertigkeiten
- Entspannung und Stressbewältigung und die Vermittlung von Wissen und Informationen zu Wirkung und Ursachen von Sucht

(vgl. Mittag und Jerusalem in: Röhrle/Sommer, 1999, 169)

Diese Faktoren werden immer wieder genannt. So ist davon auszugehen, dass sie sich positiv auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen auswirken.

#### **5.4 Ergebnisse schulischer Projekte zur Prävention von Essstörungen**

Es gibt erste Evaluationsstudien aus dem Bereich der Schulen, in denen die Veränderung von Wissen und Einstellung gegenüber Essstörungen beschrieben wird. In Kanada wurde von der Bulimia-Anorexia-Nervosa-Association ein Präventionscurriculum entwickelt. Auch gibt es in den Vereinigten Staaten ein von Levine & Hill 1991 entwickeltes Konzept „A 5 day lesson plan on eating disorders: Grades 7-12“ für Schulen. Buddeberg-Fischer beschreibt es als fachlich fundiertes, sehr praxisnahes Unterrichtsmaterial.

„Huon (1994) berichtete von positiven Auswirkungen auf negative Einstellungen zum Körper und gestörtes Essverhalten durch Gruppendiskussionen mit weiblichen Jugendlichen. Insbesondere das Diätverhalten konnte durch die Korrektur von Fehleinschätzungen und -haltungen eingeschränkt werden.“ (vgl. Buddeberg-Fischer, 2000, 19)

In einer Präventionsstudie von Killen et al. (1993) wurden die Auswirkungen folgender Hauptfaktoren untersucht: Die Instruktion über schädliche Auswirkungen von ungesunden gewichtsreduzierenden Maßnahmen; die Vermittlung von unproblematischen gewichtsregulierenden Maßnahmen wie gesunde Ernährung und Sport und die Entwicklung von Bewältigungsstrategien, um verschiedenen soziokulturellen Einflüssen zu widerstehen. Sowohl bei Risikoschülerinnen als auch bei Nicht-Risikoschülerinnen fanden keine

Verhaltensveränderungen statt. Allerdings veränderte sich das Wissen über gestörtes Essverhalten bei den Risikoschülerinnen. (vgl. Buddeberg-Fischer, 2000, 20)

Buddeberg-Fischer stellt in ihrer Interventionsstudie ein sehr ausführliches Konzept zur Prävention von Essstörungen vor. Ziel war es hier Adoleszenten dafür zu sensibilisieren, dass auffälliges Essverhalten vor allem bei Frauen Zeichen einer bio-psycho-sozialen Reifungskrise sein kann und dass es in Belastungssituationen entweder in eine Essstörung und/oder in eine andere psychische Störung münden kann. Buddeberg-Fischer beschreibt hier eine signifikante Besserung. (vgl. Buddeberg-Fischer, 2000, 22)

Im deutschsprachigen Raum wurde 2001 von Köster, Dannigkeit und Tuschen-Caffier (Marburg/Siegen) ein Trainingskonzept zur primären Prävention von Essstörungen entwickelt und evaluiert. Dieses Konzept wandte sich an Schüler und Schülerinnen der sechsten Klasse, denen in einem fünfstündigen Programm sowohl Wissen als auch persönliche Kompetenzen vermittelt werden sollten. Mit Prä- und Postmessung sowie einem Follow-Up nach drei Monaten wurde überprüft, ob Veränderungen des Selbstwertempfindens, des Essverhaltens und des Wissens über gesunde Ernährung bei den Teilnehmern des Programms erreicht werden konnten. Ein signifikanter Zuwachs an Wissen wurde nachgewiesen, jedoch in den Bereichen Essverhalten und Selbstwertempfinden wurden keine Veränderungen festgestellt. (vgl. Köster/Dannigkeit/Tuschen-Caffier in: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 2001, 147-157)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass noch immer viele störungsspezifischen Konzepte durchgeführt werden. Hier wird häufig „nur“ Wissen vermittelt, jedoch sieht die Autorin darin ein recht kurzfristig gedachtes Konzept. Wesentlich sind Impulse, die von personenorientierten und strukturellen Elementen ergänzt werden. Buddeberg-Fischer belegt, dass das sensibilisieren und „ins Gespräch kommen“ über Probleme schon zu Verhaltensveränderungen führt. Längerfristig angelegte Konzepte wurden noch nicht geprüft, zumal hier der Nachweis von Erfolg schwierig bleibt.



## 6 Gesundheitsverhalten

Einen Blick auf die Frage wie sich gesundheitliches Verhalten entwickelt, ist wesentlich für Prävention und Forschung.

Im folgenden Kapitel werden nach einer kurzen Einführung zwei sich unterstützende Modelle vorgestellt.

### 6.1 Entwicklung theoretischer Ansätze zum Gesundheitsverhalten

Frühe Ansätze von gesundheitlicher Intervention in den 50er und 60er Jahren, arbeiteten über die Furcht vor negativen gesundheitlichen Konsequenzen, die ganz in Sinne des Behaviorismus zu einer Einstellungs-Verhaltensveränderung führen sollten. (vgl. Schwarzer, 1990, 7). Als optimal wurde eine mittlere Furchtintensität angenommen.

Unter dem Einfluss der „kognitiven Wende“ in den 60er Jahren rückte die Bedeutung von Kognition als handlungsleitende Determinante in den Vordergrund. So unterschied Leventhal 1970 in seinem „Parallel-Response-Modell“ zwischen Emotion und Kognition, indem er von zwei gleichzeitigen Reaktionen des Menschen auf einen Furchtappell ausgeht: In der Furchtkontrolle versucht der Mensch, seine negativen Emotionen zu kontrollieren, in der Gefahrenkontrolle ist er bemüht, sein Verhalten zu verändern, um auf die drohende Gefahr zu reagieren. Die Emotion Furcht wird hier nicht mehr als notwendig für eine Einstellungsänderung erachtet. Es geht vielmehr um die Bedeutung von sachlichen Informationen und konkreten Handlungsempfehlungen (vgl. Schwarzer, 1990, 7).

Jedoch konnte empirisch nicht nachgewiesen werden, dass Risikobewusstsein als einzige Einflussgröße entscheidend ist.

Ajzen & Fishbein entwickelten Anfang der 80er Jahre die sozialpsychologische Theorie der Handlungsveranlassung, sie legt den Schwerpunkt auf die Determinanten einer Intention, dagegen nicht auf das geplante Verhalten selbst. Hierbei wurde die Kognition der Schlüssel zur Verhaltensveränderung.

Auf der Suche nach weiteren Variablen, die menschliches Tun bestimmen, traten die Bewältigungsressourcen wie Selbstwirksamkeitserwartung, Optimismus, Selbstwertgefühl und sozialer Rückhalt stärker in den Vordergrund (vgl.

Schwarzer, 1990, 7). Es entstand unter diesem Einfluss Banduras Theorie der Selbstwirksamkeit. „Danach wird ein Gesundheitsverhalten vor allem dann in Gang gebracht, wenn die Person nicht nur über die nötigen Konsequenzerwartungen (outcome expectancies) verfügt, sondern gleichzeitig über entsprechende Kompetenzerwartungen (self-efficacy expectancies).“ (Schwarzer, 1990, 7).

Diese Theorien weiterentwickelnd, entstand das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handels von Ralf Schwarzer. Dieses Modell wird im Folgenden näher vorgestellt.

Schwarzer versucht hier, die in den verschiedenen Modellen ähnlich definierten Konstrukte in einen theoretischen Rahmen einzupassen, der die Stärken der älteren Modelle kombiniert (vgl. Fischer, 2001, 78). Das heißt, er kombiniert die aktuellen ressourcenorientierten Ansätze der Gesundheitsforschung mit der klassischen Furchtappellforschung und betrachtet dies dann aus Prozessperspektive.

## **6.2 Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handels**

„Health Process Action Approach“ (HAPA) – Modell von Ralf Schwarzer bietet eine dynamische und prozessorientierte Sicht, kombiniert mit einer ressourcenorientierten Betrachtungsweise auf gesundheitliches Verhalten.

Das Modell differenziert zwischen einer Motivationsphase und einer Volitionsphase, die sich durch jeweils unterschiedliche Bewusstseinslagen auszeichnen: In der Motivationsphase dominiert eine realitätsorientierte, abwägende kognitive Orientierung, ein „deliberative mindset“. Mit dem Eintreten in die Volitionsphase erfährt diese einen rapiden Einbruch und es herrscht ein „implemental mindset“. In diesen Phasen ist der Mensch weniger offen für Alternativen, er konzentriert sich vielmehr mit Ausdauer und Zuversicht auf das zu verfolgende Ziel.

In beiden Phasen bestimmen unterschiedliche Einflussfaktoren die Überlegungen und Handlungen des Menschen: In der Motivationsphase sorgen drei zusammenwirkende Faktoren für die Bildung gesundheitlicher Ziele („Goal“): Risikowahrnehmung („risk perception“), Handlungs-Ergebnis-Erwartungen („outcome expectancies“) und Selbstwirksamkeitserwartungen („self efficacy“).

Diese theoretischen Konstrukte haben sich als unverzichtbar herauskristallisiert.

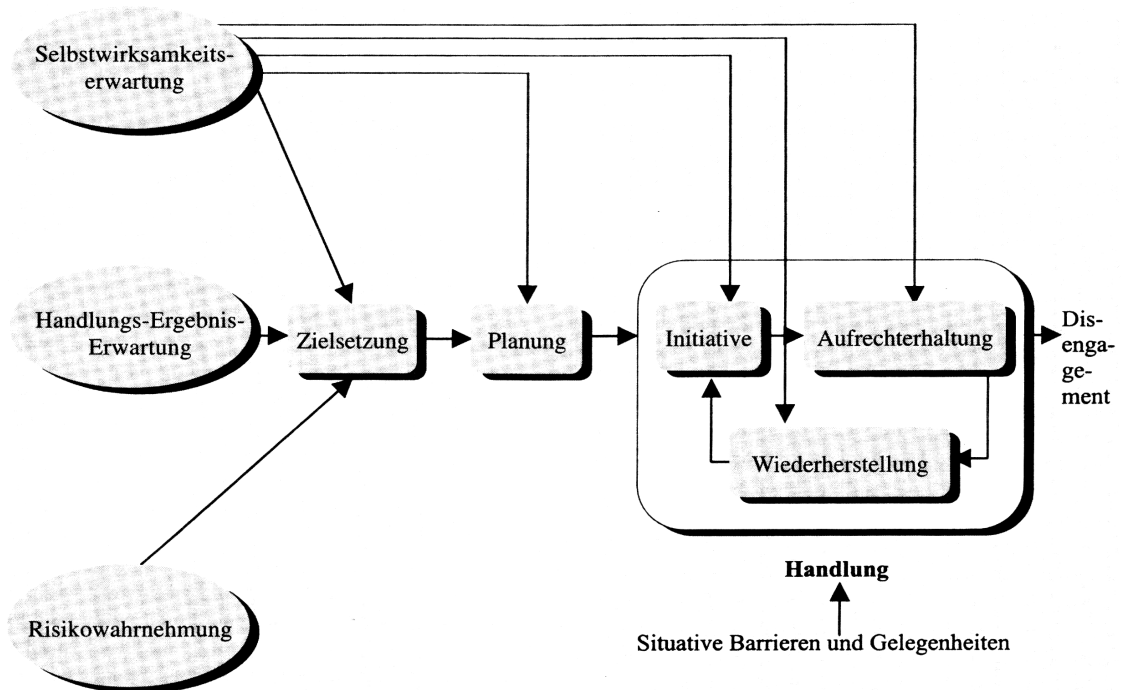


Abb. 1: Sozial-kognitives Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens von Ralf Schwarzer (HAPA-Modell)  
(Renner/Schwarzer in: Homfeldt/Laaser/Prümel-Philipsen/Ropbertz-Grossmann (Hrsg.), 2002, 295)

In der Volitionsphase spielt die Selbstwirksamkeitserwartung weiterhin eine wichtige Rolle, außerdem bestimmen Volitionsstärke, konkurrierende Intentionen sowie situative Faktoren die Planung, Initiierung, Aufrechterhaltung und gegebenenfalls Beendigung („Disengagement“) der beabsichtigten gesundheitlichen Handlung. (vgl. Renner/Schwarzer in: Homfeldt u.a.(Hrsg), 2002, 293-298)

### 6.2.1 Die Motivationsphase

Die Motivationsphase wird untergliedert in die :

#### 6.2.1.1 Risikowahrnehmung

Wer etwas vom Boden aufhebt, täglich zur Arbeit fährt und dienstags immer zum Sport geht führt impulsive, aufgezwungene oder gewohnheitsmäßige Handlungen aus, die wenig Überlegungen benötigen. Vor einer eigentlichen Handlung kommt es zu einer Phase der Überlegung.

Die Motivationsphase ist die des „Wählens und Wollens“, in der man sich zwischen alternativen Handlungszielen entscheidet. Hier stellt sich nun die Frage, wie sich der Mensch für ein bestimmtes Ziel entscheidet. Ein solcher Wunsch kann sowohl aus der kognitiven Einschätzung des Zustandes, den es zu erreichen gilt resultieren, als auch aus der emotionalen.

Die Motivationsphase ist natürlich von der persönlichen Wahrnehmung des Einzelnen abhängig. Oftmals zeigt sich hier eine verzerrte Sicht der Wirklichkeit, die sich sowohl auf die Eintrittswahrscheinlichkeit als auch auf den Schweregrad der negativen Folgen richtet. Gerade bei Personen, die gut über die Risiken eines bestimmten Verhaltens informiert sind, zeigt sich dieses Verhalten. Es handelt sich dabei um kognitive Strategien, die subjektiv empfundene Bedrohung abzumildern und eine positive Sicht der eigenen Gesundheit beizubehalten. Diese Verhaltensweise wird auch als „defensiver Optimismus“ bezeichnet.

#### **6.2.1.2 Selbstwirksamkeitserwartungen**

Die Selbstwirksamkeitserwartung wird auch als „funktionaler Optimismus“ (Bandura 1997) bezeichnet. Sie drückt die Überzeugung eines Menschen gegenüber seinen eigenen Handlungskompetenzen und seinen Ressourcen angesichts einer Problemlage aus. Menschen mit einer hohen Kompetenzerwartung, d.h. mit hohem funktionalen Optimismus, können Risikoverhalten leichter dauerhaft abbauen. Daher scheint es sinnvoll, das Vertrauen in die eigenen Ressourcen in der Risikokommunikation zu stärken (Bandura 1997).

Noch ist unklar, ob defensiver und funktionaler Optimismus miteinander korrelieren. Erste Befunde deuten darauf hin, zumal beide Merkmale eine Form von „positiver Illusion“ darstellen. Wichtig ist dies als ein wesentlicher Punkt, der auch in der Präventionsarbeit Umsetzung finden sollte.

#### **6.2.1.3 Handlungs-Ergebnis-Erwartungen**

Die dritte Komponente im Prozess der Intentionsbildung sind Handlungs-Ergebnis-Erwartungen. Dies sind die erwarteten Konsequenzen, die Menschen bestimmten Handlungen beimessen.

Zum einen müssen solche Ursache-Wirkungszusammenhänge bekannt sein, um überhaupt gesundheitsbezogene Intentionen zu fassen. Zum anderen findet in dem Prozess der Entscheidungsfindung eine Abwägung der subjektiv als

positiv oder negativ empfundenen Konsequenzen statt, deren Ergebnis Inhalt und Stärke die Intention beeinflusst. Hierbei werden nicht nur gesundheitliche Auswirkungen miteinander verglichen, sondern „multiple Konsequenzen in verschiedenen Lebensbereichen“ (Schwarzer et. al., 1996b, 63). Bei diesen Abwägungen handelt es sich um „rather diffuse mental representations, loaded with emotions“ (Schwarzer, 2000, 4).

Ungeklärt ist, in welchem genauen kausalen Zusammenhang und in welcher Interaktion die drei beschriebenen Faktoren stehen. Schwarzer nimmt an, dass eine gewisse Risikowahrnehmung oft der Ausgangspunkt für gesundheitsbezogene Überlegungen darstellt, dass aber im weiteren Verlauf auch die beiden anderen Konstrukte wichtiger werden. (vgl. Schwarzer, 2000, 5)

### **6.2.2 Die Volitionsphase**

Volitionale Prozesse sind zum Beispiel: Bildung von Ausführungsintentionen, Initiierung von Handlungen oder die Wiederaufnahme nach Unterbrechung (vgl. Heckhausen, 1996, 54).

#### **6.2.2.1 Handlungsplanung**

Bei der Bildung von Ausführungsintentionen kommt es, wie in der Motivationsphase, zu einer Aufwands- und Effektkalkulation, deren Ergebnis wiederum von den erwarteten Konsequenzen einzelner Handlungsalternativen abhängt. Das heißt, es wird ein gesundheitliches Verhalten geplant und eventuell sogar durch bestimmte Handlungen fixiert. (Renner & Schwarzer, 2000, 76)

Heckhausen bezeichnet diese Pläne, Vorsätze und Strategien als „metavolitionale Vorkehrungen“ (zitiert nach Allmer, 1997, 79), die ungefähr die Wirkung des „Knotens im Taschentuch“ haben – der von innen nach außen verlagerten Kontrolle.

#### **6.2.2.2 Handlungsinitiierung und -aufrechterhaltung**

Ob nach der Bildung von Ziel und Ausführungsintentionen eine Handlung aktiviert wird oder nicht, hängt von der Volitionsstärke ab, das heißt vom Grad der Selbstverpflichtung einer Person gegenüber ihrer Intention. Es kommt darauf an, ob die aktuelle Situation im Vergleich zu künftigen Situationen und

der Günstigkeit der konkurrierenden Zielintentionen als vorteilhaft empfunden wird

Nun ist es wichtig, gesundheitliches Verhalten durch „Intentions- und Handlungsabschirmung (Allmer, 1997) aufrecht zu erhalten: Treten Handlungserschwernisse, wie z.B. situative Verlockungen oder Misserfolge auf, muss die Handlung vor einem Abbruch „abgeschirmt“ werden. Bei auftretenden konkurrierenden Zielintentionen muss die ursprüngliche Intention beibehalten werden. Auch chronische Ziele können Ausführungen behindern. Bei essgestörten Mädchen wird sich eine gesundheitliche Handlung solange nicht langfristig verwirklichen können, solange nicht die Zielintention der Essstörung erkannt und behandelt wurde.

In der „postaktionalen Phase“ werden bewusst oder unbewusst der tatsächliche Wert des erreichten Ziels mit dem erwarteten Wert verglichen. Da es sich bei gesundheitlichem Verhalten nicht um eine einmalige Handlung sondern um eine Ansammlung immer wiederkehrender Handlungen und Unterlassungen handelt, findet dieser Bewertungsprozess laufend statt. Bei dieser Reflexion wird dann auch wiederum die Volitionsstärke beeinflusst.

(übersetzt, zusammengefasst, bearbeitet und ergänzt von B. B.-B.

vgl. <http://userpage.fu-berlin.de/~health/hapa.htm>, 02.01.03)

(vgl. Renner/Schwarzer in: Homfeld u.a.(Hrsg.), 2002, 293-298 und: Schwarzer, 1990 und: Schwarzer, 2000)

### 6.3 Differenziertes Modell präventiven und gesundheitlichen Handelns

Zusätzlich zum Modellansatz von Schwarzer wird hier das Modell von Bernd Röhrle vorgestellt.

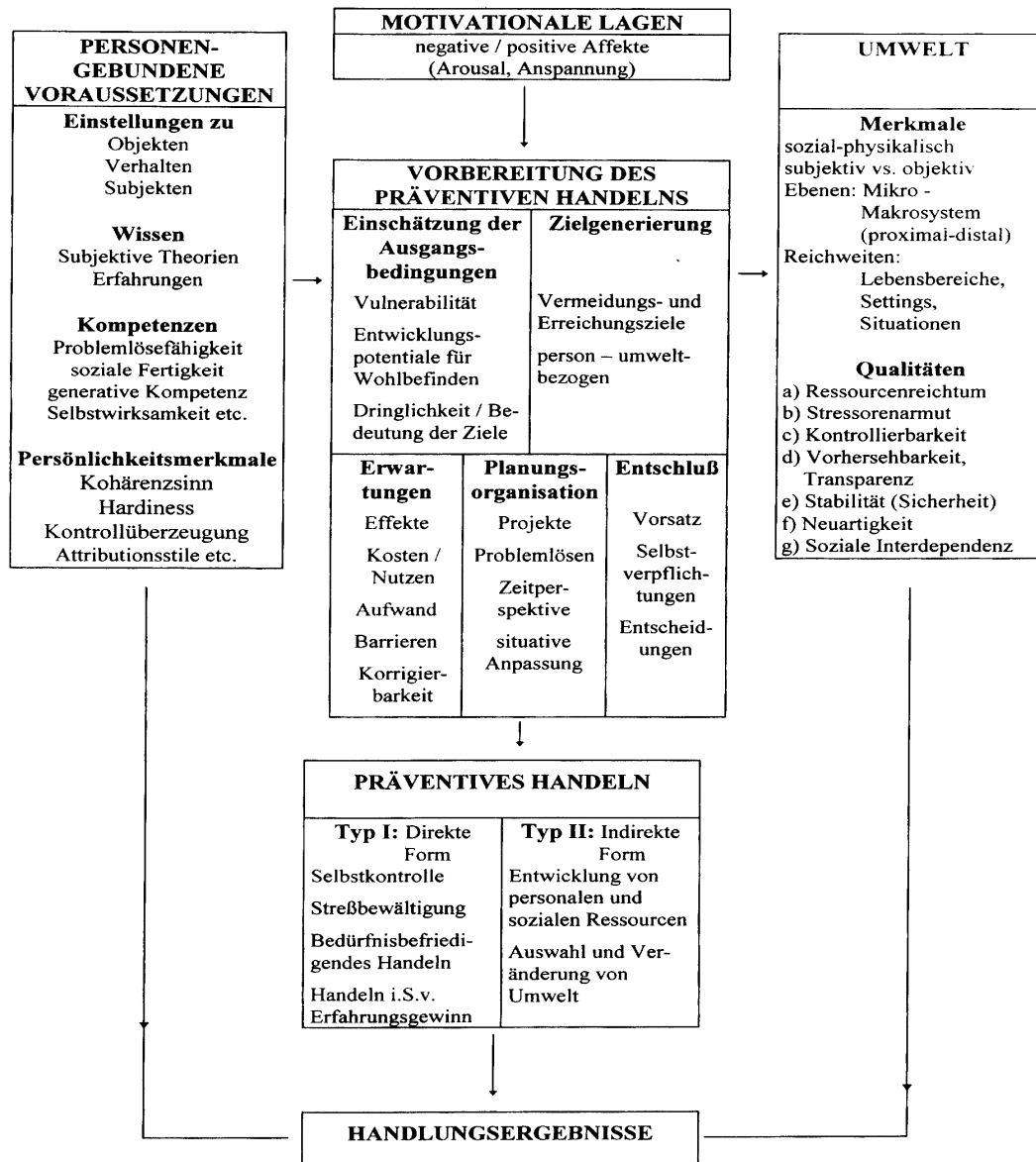


Abb. 2 Differenziertes Modell präventiven und gesundheitsförderlichen Handelns von Bernd Röhrle

(Röhrle in: Röhrle/Sommer (Hrsg.), 1999, 67)

Zu den konkreten inneren Abläufen im Modell von Schwarzer wurde noch der Bereich der Umwelt und die personengebundenen Voraussetzungen in Beziehung gesetzt. Dieses ist der Autorin wichtig, um Kinder und Jugendliche in ihrem Lebenskontext zu sehen. Für die Prävention von Essstörungen ist ein

sehr komplexer Ansatz wesentlich, denn dieser muss das multifaktoriell bedingte Störungsbild berücksichtigen.

Das „... Modell eignet sich, um verschiedene Modelle präventiven bzw. gesundheitsförderlichen Handels zu reduzieren und zeigt zugleich eine Vielzahl von genutzten und hilfreichen Möglichkeiten zur Gestaltung von präventiven bzw. gesundheitsförderlichen Maßnahmen.“ (Röhrle, in: Röhrle/Sommer, 1999, 68)

Hier wird nun deutlich wie komplex und umfangreich gesundheitliches Handeln ist.

## **7 Zusammenfassung des Theorieteils**

Im Theorieteil wird deutlich, wie viele Facetten die Sozialisation von Mädchen bietet und auf welchen Hintergründen sich eine Essstörung ausbilden kann. Dabei wurde hier der Schwerpunkt auf die Analyse der für diese Arbeit relevanten Bereiche der Adoleszenz gelegt.

Essstörungen gehören heute zu häufigsten psychosomatischen Erkrankungen bei weiblichen Jugendlichen und jungen Frauen in den westlichen Industrieländern, es ist aber auch eine Zunahme in bestimmten Gebieten der östlichen Industrienationen zu erfahren.

Das Spektrum der aktuellen Essstörungen ist groß; zahlreiche Ansätze gehen von einem multifaktoriellen Zusammenwirken aus. Auffällig ist, dass in einem Großteil der vorliegenden Erklärungsversuche auf die Verunsicherung der Identität Bezug genommen wird. Persönlichkeitsmerkmale von Mädchen mit gestörtem Essverhalten sind nach Herpertz: emotionale Labilität, Impulsivität beziehungsweise Zwanghaftigkeit und ein geringes Selbstwertgefühl.

Es ist eine Störung die sich auf einem soziokulturellen Hintergrund darstellt. Dieser Hintergrund ist auch der Spiegel für die Entwicklung unseres gesundheitlichen Handels, wie die Modelle von Schwarzer und Röhrle anschaulich darstellen konnten.

Es hat sich gezeigt, dass Mädchen und Jungen unterschiedlich im Umgang mit ihrem Körper sind und auch sonst unterschiedliche Handlungsstrategien nutzen. Wesentlich für die Arbeit in Schulen und anderen Einrichtungen ist es, dass es möglich sein sollte, geschlechtsspezifisch zu Themen zu arbeiten.



Wesentlich erscheint der Autorin aber der Schritt der Verknüpfung von weiblicher und männlicher Interaktion. Einzelne Themen können in der Interaktion zwischen den Geschlechtern besonders gut beleuchtet werden, dies entspricht auch unserem gesellschaftlichen System in dem wir leben.

Es ist notwendig über bestimmte geschlechtsspezifische Sozialisationsbedingungen nachzudenken.

Auch ist deutlich geworden, welche Wichtigkeit gleichgeschlechtliche Kontakte für Mädchen haben. Eine genauere Analyse für das Verhalten von Mädchen untereinander und die Konfrontation mit eigenem Verhalten stellt eine Hilfe für die Auseinandersetzung in der Adoleszenz dar.

Viele Verhaltensweisen werden durch Lernen am Modell übernommen und weitergelebt ohne eine Reflexionsebene durchlaufen zu haben. Hier gibt es gerade im Bereich der Essstörungen besonders das eigene Verhalten im Bezug auf Ernährung, Bewegung und Rollenbilder, die bewusst gemacht werden können.

Darüber hinaus spielt der tagtägliche Umgang der Schülerinnen und Schüler und Lehrerinnen und Lehrer eine wesentliche Rolle für die Entwicklung des Menschen. Die Lebensphase der Jugend ist für Mädchen eine bewegte Zeit. Große körperliche, emotionale, kognitive und soziale Veränderungen müssen bewältigt werden. Ein wesentlicher Aspekt für ein gutes Gelingen dieser Phase ist eine Unterstützung durch Familie, Freunde, Schule und sonstige vertraute Menschen. In unserem „System der Zweigeschlechtlichkeit“, so Hagemann-White, gibt es große Unterschiede in der Sozialisation der Geschlechter.

Zimbardo bringt dies auf den Punkt:

„Das Ergebnis der geschlechtsspezifischen Sozialisation ist, dass Jungen und Mädchen in unterschiedlichen psychologischen Umwelten aufwachsen. Das formt ihre Weltbilder und ihre Umgangsweisen mit Problemen.“ (Zimbardo in: Röhrle/Sommer zitiert von Kolip, 1999, 79)

In Schulen scheint es schwierig, den Kernbereich der sozialen Interaktion zwischen Schülerinnen und Schülern untereinander, der Interaktion mit der Lehrperson und der Vermittlung von Wissen miteinander zu verknüpfen.

Die eigenen sozialen Kompetenzen, Fertigkeiten und Ressourcen im Klassenverband bewusst einzubringen wäre zwar für viele Schülerinnen und Schüler

wünschenswert, ist aber in der Lehrpraxis nur selten möglich. Dies kann auch erklären warum es recht wenig Literatur zu diesem Thema gibt.

Trotzdem sind die Ideen der Gesundheitsförderlichen Schulen ein wichtiger Impuls, langfristig neue Schwerpunkte zu legen. Ein wertschätzendes und unterstützendes Schul- und Klassenklima trägt sicherlich dazu bei, Jugendliche zu gesunden Menschen heranwachsen zu lassen und gleichzeitig auch der Gesundheit der Lehrerinnen und Lehrer gut zu tun.

Hier scheint mir ohne große finanzielle Aufwendung einfach durch das sichtbar-machen und damit auch bewusst-machen schon einiges an Veränderungen möglich. Außerdem ist in einem unterstützenden Klima auch die Möglichkeit des Lernens wesentlich effektiver, wie nachzulesen war.

Ob und wie sich bestimmte Interaktionsmerkmale auf Mädchen in Klassenverbänden auswirken, und inwieweit dies speziell für Mädchen mit gestörtem Essverhalten sichtbar zu machen ist, möchte ich im empirischen Teil meiner Arbeit nachgehen.

Auf Grund der Komplexität von Interaktionen, wird es kaum möglich sein, umfassende empirische Ergebnisse zu bekommen.

Wie erleben essgestörte Mädchen ihre Klasse? Die hier vorliegende Untersuchung wird sich mit dem Einfluss bestimmter Interaktionsmerkmale auf das gesundheitliche Verhalten in Bezug auf das Essverhalten konzentrieren. Die Klassenstimmung als soziales Stützpotential zu nutzen, ist natürlich immer mit der Schwierigkeit verbunden, dass die Wahrnehmung und Bewertung von sozialer Unterstützung subjektiv verzerrt ist. Dies bedeutet, dass Präventionskonzepte sowohl an der Persönlichkeit jedes Einzelnen ansetzen, aber auch durch vielfältige Maßnahmen, die sich auf die Umwelt konzentrieren, ergänzt werden müssen.

In den üblichen Möglichkeiten der Recherche wurden keine Texte, die Essstörungen auf dem Hintergrund schulischer Interaktion beleuchten, gefunden. Auch eine Medline-Recherche für deutschsprachige Texte wurde ohne Erfolg beendet. So ist davon auszugehen, dass dieses Thema im Deutschsprachigen Raum noch keine Beachtung fand.

## **8 Forschungsablauf der Untersuchung**

### **Wirkung von ausgewählten Interaktionsmerkmalen innerhalb der Schule auf Mädchen im Hinblick auf die Entwicklung einer Essstörung**

#### **8.1 Vorbereitung der Untersuchung**

„Im Verlauf der schulischen Sozialisation entwickeln sich Leistung, Lernfreude, Schülerpersönlichkeit, soziale Integration und gesundheitliches Risikoverhalten nicht unabhängig voneinander, sondern stehen in einem komplexen Beziehungsgefüge zueinander“. (Mittag/Jerusalem, in: Röhrle/Sommer, 1999, 162) Pekrun betont die Wichtigkeit emotionsauslösender Wahrnehmungen und Kognitionen, die zum Verhalten in bestimmten Zusammenhängen führen und für eine gesunde Entwicklung mitverantwortlich sind. (vgl. Pekrun, 1988, 293) Dies deckt sich mit den theoretischen Ansätzen von Bandura, Schwarzer und anderen.

Mädchen sind in komplexe soziale Gefüge eingebunden.

In den zahlreichen Untersuchungen wird deutlich, wie stark der Einfluss von Peergruppen im Jugendalter ist. (vgl. Punkt 2.2.) Der Stufenverband ist eine Gruppe in der sich die Schülerinnen tagtäglich bewegen und bewerten. Dieses hat natürlich großen Einfluss auf ihr Verhalten im Allgemeinen und auch auf das Gesundheitsverhalten.

Lassen sich Interaktionsmerkmale herausfiltern, die Mädchen ohne gestörtes Essverhalten von Mädchen mit gestörtem Essverhalten unterscheiden?

Im Mittelpunkt stehen in der Schule vielfach Fragen, die sich mit dem bestmöglichen Lehr-Lernbedingungen beschäftigen. Erweitert man aber das Verständnis von Schule, so ist damit eine wichtige Sozialisationsinstanz unserer Kinder und Jugendlichen gemeint. Lehrer und Schüler erleben gemeinsam viele Stunden des Tages und lernen nicht nur über den Unterricht voneinander. Besondere Beachtung bedarf auch das Verhältnis der Schüler untereinander. Hier werden, wie schon im Theorieteil aufgezeigt, viele Normen und Werte von Einem zum Anderen weitergegeben, aber auch das Selbstbild

entwickelt sich durch die Auseinandersetzung mit den Gleichaltrigen. Wichtig ist es, sich dieses bewusst zu machen.

Der große Kontext in dem sich die Untersuchung bewegt, macht es schwierig, Kausalaussagen zu treffen. Hinzu kommt, dass Interaktionen natürlich auch flüchtig sind. Beschreibungen solcher Interaktion können eigentlich nur von den Beteiligten selber oder von Beobachtern im Nachhinein gemacht werden. Dies bedeutet immer, eine persönliche Sicht der Dinge zu beschreiben.

In der vorliegenden Arbeit wird dies bedacht, jedoch findet die Autorin die Perspektive auf die Interaktionen in der Schule wesentlich und wird sich daher auf dieses einlassen.

## **8.2 Planung und Durchführung der Untersuchung**

### **8.2.1 Das Untersuchungsziel**

In der folgenden Untersuchung gehe ich der Frage nach, wie die Interaktion im Klassenverband und in der Schule von den befragten Mädchen erlebt wird.

Ziel der Untersuchung ist die Betrachtung unterschiedlicher Interaktionsmerkmale bei Mädchen im Alter von 13 bis 17 Jahren im Kontext Schule. Hierbei sollen Mädchen mit auffälligem Essverhalten und Mädchen ohne auffälliges Essverhalten verglichen werden.

Mit den Ergebnissen der Untersuchung soll herausgestellt werden, ob es Interaktionsmerkmale gibt, die – gezielt unterstützt – positive Auswirkungen auf die Zeit der Adoleszenz in der Schule haben könnten. Außerdem soll diese Arbeit die sozialen Beziehungen innerhalb des Klassenverbandes ein wenig ins Blickfeld rücken.

### **8.2.2 Fragestellungen und Hypothesen**

Die Schule ist für unsere Kinder und Jugendlichen eine wichtige Lebenswelt, die nicht nur Wissen vermittelt, sondern auch Werte und Normen transportiert. Die Entwicklung einer eigenen Identität steht in der Phase der Adoleszenz im Mittelpunkt. Hinzu kommt, dass die Lebensperspektive der Schüler zur Zeit eher schwierig ist. Die schnellen Veränderungen unserer Zeit, Arbeitslosigkeit, Ausbildungsplatzmangel und auch die allgemeine Umweltsituation sind schwierige Themen, auf die Jugendliche vorbereitet werden müssen. Kinder

und Jugendliche stehen mit diesen Themen aber nicht alleine, sondern sind eingebettet in Familien, Klassen- und Schulgemeinschaften.

Der Umgang der Schüler miteinander ist ein wesentlicher Beitrag für eine gesunde Entwicklung des Einzelnen.

In der deutschsprachigen Literatur gibt es nur wenige Arbeiten die sich mit der Interaktion in der Schule zwischen Schülern konkret beschäftigen. Pekrun bezeichnet diesen Sachverhalt 1998 als „...blinden Fleck in der Unterrichtsforschung“. Er bezieht sich hierbei auf die Schüleremotionen im Allgemeinen.

Auch Autoren wie Schwarzer, Jerusalem und Mittag beschäftigen sich mit diesem komplexen Thema. Insgesamt ist zu sagen, dass die Forschungen in diesem Bereich noch am Anfang stehen.

In Bezug auf Essstörungen konnten im deutschsprachigen Raum keine Arbeiten zur Interaktion in der Klasse gefunden werden. Hieraus ergab sich der Forschungsbedarf.

Folgende Fragestellungen entwickelten sich aus der Betrachtung der theoretischen Grundlagen:

- ⇒ Lassen sich Essstörungen als „Interaktionsmuster“ abbilden?
- ⇒ Hat die Schulform eine Auswirkung auf die Entwicklung einer Essstörung?
- ⇒ Hat die Beziehung zu den Klassenkameraden eine Auswirkung auf das Essverhalten?
- ⇒ Sind „Beziehung zu den Klassenkameraden“, „Wohlfühlen“, „Angstfreiheit“ und „Wertschätzung“ Schutzfaktoren in Bezug auf Essstörungen?
- ⇒ Gibt es einen Einfluss von Mobbing und Bullying in der Klasse auf die Entwicklung von Essstörungen? Hat die Beziehung zu der/dem Klassen/Stufenlehrer/in Einfluss auf die Entwicklung einer Essstörung?
- ⇒ Spiegelt sich in der vorliegenden Untersuchung die Aussage, dass Mädchen mit gestörtem Essverhalten auch einen niedrigen Wert in der Selbstwirksamkeitserwartung haben?

Aus diesen Fragen lassen sich die folgenden Hypothesen ableiten:

1. Mädchen, die Symptome einer Magersucht zeigen, zeigen ein anderes Interaktionsverhalten als Mädchen ohne gestörtes Essverhalten.
2. Mädchen, die Symptome einer Ess-Brechsucht zeigen, zeigen ein anderes Interaktionsverhalten als Mädchen ohne gestörtes Essverhalten.
3. Mädchen, die Symptome einer Esssucht zeigen, zeigen ein anderes Interaktionsverhalten als Mädchen ohne gestörtes Essverhalten.
4. Mädchen, die Symptome einer Magersucht haben, zeigen ein anderes Interaktionsverhalten, als Mädchen Symptomen einer Ess-Brechsucht oder Mädchen mit Symptomen einer Esssucht
5. Die Schulform hat Einfluss auf die Häufigkeit des Auftretens von Essstörungen allgemein.
6. Bestimmte Essstörungen sind an bestimmten Schulformen häufiger zu finden.
7. Mädchen, die gestörtes Essverhalten haben, haben weniger Freundinnen in ihrer Klasse.
8. Wohlfühlen in der Klasse ist ein Schutzfaktor in Bezug auf Essstörungen.
9. Angstfreiheit in der Klasse ist ein Schutzfaktor in Bezug auf Essstörungen.
10. Wertschätzung in der Klasse ist ein Schutzfaktor in Bezug auf Essstörungen.
11. Mädchen, die eine Essstörung haben, werden häufiger in der Klasse gemobbt als andere Mitschülerinnen.
12. Mädchen, die eine Essstörung haben, machen häufiger in ihrer Klasse Gewalterfahrungen als andere Mitschülerinnen.
13. Ist die Beziehung zur Klassenlehrerin/Klassenlehrer hoch, sind die Mädchen seltener von Essstörungen betroffen.
14. Mädchen mit gestörtem Essverhalten haben eine niedrige Selbstwirksamkeitserwartung.

### 8.3 Erhebungsmethode

Die Entscheidung über einen Forschungsansatz sollte nur in Verbindung mit der Zielsetzung erfolgen. In der Sozialforschung sollen Phänomene der realen Welt möglichst objektiv beschrieben werden. Für die Untersuchung sozialer Realitäten stehen unterschiedliche Methoden zur Verfügung. (vgl. Wellhöfer, 1997, 16ff.) Eine der Methoden ist die Anwendung eines Fragebogens. Hier lassen sich in relativ kurzer Zeit viele Daten erfassen. Und so kann ein erster Überblick über ein Thema stattfinden. „Der Fragebogen darf nicht zu lang sein, seine Instruktionen und Fragen müssen für alle Befragten gleich lauten, die Sprache muss für alle Verständlich sein...“ (Wellhöfer, 1997, 131)

In den üblichen Verlagen wurde kein Messinstrument gefunden, dass sich für die Fragestellung der vorliegenden Untersuchung geeignet hätte.

Um sowohl Mädchen in Schulen als auch Mädchen in Kliniken befragen zu können, wurden von der Diplomandin zwei Fragebögen entwickelt. Jeder Fragebogen besteht aus fünf Teilen.

Der erste Teil des Fragebogens besteht aus neun Items, die allgemeine Angaben zur Person erfragen. Dies erleichtert für die Beantworterin den Einstieg in den Fragebogen.

Danach folgen 100 Items, die von der Diplomandin entwickelt wurden und die nach der Interaktion innerhalb der Klasse, bzw. der Schule fragen.

Bei der Entwicklung der Fragen wurde versucht, die folgenden Regeln der Fragebogenkonstruktion einzuhalten.

- Fragen sollten möglichst kurz und einfach formuliert und in ihrem Bedeutungsfeld eindeutig sein.
- Die Fragen sollten nicht „gestelzt“ wirken und müssen nicht druckreif durchformuliert sein.
- Die Befragte darf durch die Frage nicht überfordert sein.
- Suggestivfragen sind zu vermeiden.
- Die Fragen sollten interessant wirken und das Selbstbewusstsein der Befragten unterstützen.

(vgl. Wellhöfer, 1997, 131)

Der letzte, sehr wesentliche Punkt ist bei dem angesprochenen Thema eine schwierige Gratwanderung. Da die Fragen des Fragebogens einen wesentlichen Teil des Lebensfeldes der Befragten berühren, ist es wichtig, den Mädchen den Hinweis auf Beratungsstellen und sonstige Hilfsangebote zu geben. Gleichzeitig müssen Lehrer für eventuelle Reaktionen sensibilisiert werden.

Während der Recherche ist aufgefallen, dass es wenig Material und Untersuchungen zu Interaktionsmerkmalen im Klassenverband gibt. Die meisten Untersuchungen, die im Klassenverband stattgefunden haben, beschäftigen sich mit der Interaktion zwischen Lehrern und Schülern, treffen Aussagen zu den Positionen des einzelnen Schülers im Klassenverband oder beleuchten extremes Verhalten von Schülern z.B. Gewalt, Prüfungsangst etc..

Trotzdem ist aus der Literatur deutlich geworden, dass es einen Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Interaktion in der Klasse gibt. Diese Aussage wurde aber noch nicht in Verbindung mit Essstörungen gebracht. Um bestimmte Interaktionsmerkmale zusammen zu fassen, wurden zehn verschiedene Skalen entwickelt.

Die genutzten Skalen wurden aus dem Bereich der Familieninteraktion abgeleitet (BZgA, 2000, 13ff.). Es wurde sich an Interaktionsmerkmalen orientiert, die von Catarina Eickhoff und Jürgen Zinnecker als unterstützend und förderlich oder als ungünstig im Familiensystem beschrieben wurden.

Als förderlich und unterstützend wurden Zustimmung und Akzeptanz, positiver physischer Kontakt, Selbstöffnung, häufige spontane Übereinstimmung, Ermutigungen zur Autonomie, gemeinsames Lachen, konstruktive Konfliktlösung, Rückmeldungen, Zuhören, gleich verteilte Redeanteile beschrieben. Als ungünstige Interaktionsmerkmale finden sich negatives nonverbales Verhalten, starker Du-Bezug, seltene spontane Übereinstimmung, Überbehüten, nicht Zuhören, Ignoranz, ungleiche Redeanteile, unklare Äußerungen, Bildung von Koalitionen unter den Familienmitgliedern, Drohungen. (vgl. Eickhoff/ Zinnecker in: BZgA, 2000, 22ff.) Ebenso fanden die unter 4.3. von Mittag und Jerusalem aufgegriffenen Themen zur Suchtprävention in Schulen, Eingang in die Fragestellung.



Für die vorliegende Untersuchung scheinen folgende Teilbereiche interessant: Kooperation in der Klasse, Beziehungsmerkmale zu den Mitschülern, Konkurrenz in der Klasse, Wohlfühlen, Angstfreiheit, Wertschätzung, autonomes Verhalten, Bullying und Mobbing, Beziehungsmerkmale zur/m Klassenlehrer/in. Die Teilbereiche mit ihren Items werden im Einzelnen unter 7.3.1 vorgestellt.

Der dritte Teil des Fragebogens besteht für die in Schulen befragten Mädchen aus einem Instrument, dass aus dem Eating Disorder Inventory-2 (EDI) von Prof. Dr. Geissner für den deutschsprachigen Raum entwickelt wurde. Dieser besteht aus 42 Items, die nach verschiedenen Merkmalsausprägungen von Essverhalten und Körperzufriedenheit fragen.

Der Fragebogen der in Kliniken befragten Mädchen, besteht an dieser Stelle aus drei Items, die nach Art der Essstörung, nach Behandlung und nach Länge der Behandlung fragen.

Der vierte Teil ist ein Test zur „Allgemeinen Selbstwirksamkeit“. Dieser wurde von Matthias Jerusalem und Ralf Schwarzer entwickelt. Er besteht aus 10 Items, die nach der optimistischen Kompetenzerwartung, „also dem Vertrauen darauf, eine schwierige Lage zu meistern, wobei der Erfolg der eigenen Kompetenz zugeschrieben wird“ (Jerusalem/Schwarzer, <http://userpage.fu-berlin.de/health/germscale.htm>, 29.06.03) fragen.

Der fünfte Teil besteht aus zwei explorativen Fragen, die von den Schülerinnen frei beantwortet werden konnten.

Beide Fragebögen können im Anhang eingesehen werden.

### **8.3.1 Das Messinstrument**

Im Rahmen dieser Diplomarbeit wird das entwickelte Instrument zum ersten Mal eingesetzt.

#### **Fragebogenteil „a“**

Die ersten Fragen erleichtern den Einstieg in den Fragebogen und klären Grundvoraussetzung der Mädchen ab:

- Alter
- Stufe
- Schulform
- Schulwechsel
- Klassenlehrer/in / Stufenlehrer/in

#### **Fragebogenteil „b“**

##### **Fragen zur Interaktion in der Klasse**

Danach folgen 100 Items in einem sechsstufigen Antwortformat, die nach verschiedenen Teilbereichen der Interaktion in der Klasse beziehungsweise der Schule fragen. Die Items der Teilbereiche wurden unsortiert in den Fragebogen eingefügt. Diese Teilbereiche wurden einer Reliabilitätsanalyse unterzogen.

Es wird er „Standardized item alpha“ angegeben. Dieser gibt an wie hoch Cronbachs alpha sein würde, wenn die Items vor dem Aufsummieren standardisiert würden. Durch die Standardisierung erhalten die Items die gleiche Varianz. Es kann dann die vereinfachte Formel für Cronbachs alpha verwendet werden. (vgl. [www.wiwi.uni-wuppertal.de/kappelhoff/papers/reliability.pdf](http://www.wiwi.uni-wuppertal.de/kappelhoff/papers/reliability.pdf), 23.10.03)

Reliabilität bedeutet Zuverlässigkeit und ist neben Objektivität und Validität eines der wesentlichen Gütekriterien eines Forschungsinstrumentes. Die Zuverlässigkeit oder Messgenauigkeit beschreibt die Fähigkeit des Messinstrumentes, bei wiederholten Messungen, Beobachtungen, Untersuchungen usw. desselben Sachverhaltes dieselben Messwerte zu ermitteln. Die Prüfung der Reliabilität bedeutet noch nicht, dass das Testinstrument valide (gültig) ist. (vgl. Wellhöfer, 1997, 105)

Im Folgenden werden die Teilbereiche zur Interaktion in der Klasse vorgestellt.

**Kooperation in der Klasse:**

Kooperation setzt ein hohes Maß an Vertrauen und gegenseitiger Übereinstimmung in der Zielformulierung voraus. Der Einzelne profitiert vom weitergegebenen Wissen und den Erfahrungen der anderen, verknüpft das neue Wissen mit seinem eigenen und gibt die angereicherten Erkenntnisse an die Mitschüler weiter. Im Hintergrund steht der Gedanke des Synergieeffektes – das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile. (vgl. Heidack, 1989, 4)

„Synergie: Das Zusammenwirken von Faktoren, Stoffen oder Kräften (z.B. mehrere Wirtschaftsunternehmen) derart, dass die Gesamtwirkung größer ist als die Summe der Wirkung der Einzelkomponenten.“ (Meyers großes Taschenlexikon, 1995, Bd. 21, 262)

*b66 Ich fühle mich von meinen Klassenkameraden unterstützt*

*b20 Wir finden in unserer Klasse Lösungen, mit denen alle zufrieden sind*

*b42 Wenn ich etwas kann, helfe ich den anderen*

*b15 Wir helfen uns gegenseitig in der Klasse*

*b47 In unserer Klasse lernen wir auch voneinander*

*b87 In unserer Klasse hören wir uns gegenseitig aufmerksam zu*

*b59 In unserer Klasse sind wir alle einer Meinung*

*b79 In unserer Klasse lachen wir gerne gemeinsam*

*b72 In unserer Klasse wird auf Schwächere Rücksicht genommen*

Die Reliabilitätsanalyse ergab den „standardisierten Item alpha“ Wert von ,8245

**Beziehungsmerkmale zu Mitschülern:**

Die Beziehungsmerkmale in der Klasse sind entscheidend für die Intensität der Kontakte zwischen den Schülern. 81% der als emotional wesentlich empfundenen Ereignisse in der Schule, spielen sich, nach Pettillon, zwischen Schülern ab. Hier wird nach den von den Probandinnen empfundenen Kontakten und nach Offenheit gefragt. Desto mehr Kontakte angegeben werden und desto einfacher sich die Probandinnen im Miteinander erleben, um so höher ist der erzielte Punktwert.

- b69 Ich komme mit den meisten Mitschülern gut aus*  
*b6 Ich unternehme auch nach dem Unterricht Sachen mit meinen Mitschülern*  
*b93 Ich komme ohne Probleme ins Gespräch mit meinen Mitschülern*  
*b55 Ich habe eine richtig gute Freundin in meiner Klasse*  
*b56 Ich habe einen richtig guten Freund in meiner Klasse*  
*b16 Ich habe mehrere richtig gute Freundinnen in meiner Klasse*  
*b17 Ich habe mehrere richtig gute Freunde in meiner Klasse*  
*b78 Ich bin nur selten der Klassenmeinung*  
*b8 Ich erzähle meinen Freundinnen und Freunden in der Klasse offen wie es mir geht*

Wert der Reliabilitätsanalyse: ,8370

### **Konkurrenz in der Klasse:**

Konkurrenz kann Spaß machen, wenn diese als ein eher spielerisches Element erlebt wird. Die Gefahr ist jedoch groß, beim Messen auf die Defizite und Fehler stärker einzugehen als auf Stärken und Kompetenzen. In dieser Kategorie wird eher das Erleben von negativer Konkurrenz abgefragt.

- b34 Ich möchte gerne besser sein als meine Klassenkameraden*  
*b81 Die, die die besten Noten haben, sind die Beliebtesten in der Klasse*  
*b21 Mich ärgert es, wenn jemand bei mir abschreibt*  
*b7 In unserer Klasse haben einige wenige das Sagen*  
*b60 Wenn in unserer Klasse etwas gesagt wird, gibt es immer einige, die die Augen verdrehen*  
*b31 Es gibt immer jemanden, der neidisch ist auf gute Leistungen*  
*b75 Ich bin neidisch auf die guten Leistungen der anderen*  
*b18 Mir ist es wichtig, was meine Mitschüler über mich denken*  
*b72 In unserer Klasse wird auf Schwächere Rücksicht genommen*

Wert der Reliabilitätsanalyse: ,5907

**Wohlfühlen:**

Das Wohlfühlen in einer Klasse ist von zentraler Bedeutung. Die zwischenmenschliche Ebene spielt aber häufig in der Struktur von Klassenverbänden eine untergeordnete Rolle. Humor und gegenseitiges Vertrauen sind für das Wohlfühlen in der Klasse wesentliche Aspekte. Je höher der erzielte Wert ist, um so wohler fühlt sich die Probandin in ihrer Klasse.

*b43 Ich fühle mich in meiner Klasse alleine*

*b82 Wir haben viel Spaß in unserer Klasse*

*b76 Ich kann meine Wünsche in unserer Klasse äußern*

*b45 Ich fühle mich in unserer Klasse nicht verstanden*

*b90 Ich stehe oft mit meiner Meinung alleine in der Klasse*

Wert der Reliabilitätsanalyse: ,7778

**Angstfreiheit:**

Angemessene Angstreaktionen sind wichtig für unsere gesunde Entwicklung. In einer Klasse jedoch sollten Mädchen und Jungen in sozialen Situationen und Interaktionen möglichst angstfrei agieren können. Angst blockiert viele Handlungsmöglichkeiten des Menschen und ist dann nicht sehr hilfreich. Viele der Mädchen mit gestörtem Essverhalten zeigen auch Störungen im Bereich von Ängsten. Wie erleben die Mädchen sich in sozialen Interaktionen im Klassenverband?

*b71 Ich habe eine eigene Meinung, die ich vertrete*

*b10 Ich kann in unserer Klasse sagen was ich denke*

*b68 Ich habe keine Angst in meiner Klasse eine falsche Antwort zu geben*

*b83 Alle Meinungen werden respektiert in unserer Klasse*

*b88 Es gibt immer wieder Schüler, die von den Mitschülern fertig gemacht werden*

*b5 Wenn ich traurig bin, kann ich das in unserer Klasse auch zeigen*

Wert der Reliabilitätsanalyse: ,5981

**Wertschätzung**

Fühle ich mich in meiner Klasse angenommen, werde ich als Mensch geschätzt. Wie wird mit Mitschülern umgegangen. Das Selbstwertgefühl entwickelt sich im Kontext der sozialen Situation. Menschen, die Wertschätzung erfahren, können ein positives Selbstkonzept entwickeln. Auch hier bedeutet ein hoher Wert eine hoch erlebte Wertschätzung der Probandin.

*b9 Ich fühle mich in meiner Klasse als Außenseiter*

*b60 Wenn in unserer Klasse etwas gesagt wird, gibt es immer einige, die die Augen verdrehen*

*b72 In unserer Klasse wird auf Schwächere Rücksicht genommen*

*b95 Die Meinung des Einzelnen wird in unserer Klasse respektiert*

*b11 Wenn jemand etwas erzählt, hören die Anderen auch zu*

*b63 Wenn ich ein Problem habe, gehen meine Freundinnen und Freunde in meiner Klasse auch auf mich ein.*

*b73 In unserer Klasse kann jeder sagen was er denkt*

*b79 In unserer Klasse lachen wir gerne gemeinsam*

Wert der Reliabilitätsanalyse: ,7392

**Förderung autonomen Verhaltens:**

Autonomes Verhalten ist eine Entwicklungsaufgabe in der Pubertät. Autonomes Verhalten muss eingeübt werden, Kinder und Jugendliche verbringen viele Stunden ihres Tages in der Schule. Hier findet ein großer Teil ihrer emotionalen, kognitiven und sozialen Entwicklung statt. Inwieweit werden Kinder und Jugendliche im Schulalltag ermutigt, Ideen zu entwickeln und umzusetzen und hier für sich und ihre Angelegenheiten und Dinge Verantwortung zu tragen?

*b94 Wir haben ein Mitspracherecht zu den Themen, die wir im Unterricht lernen*

*b58 Wir werden in unserer Klasse nach unserer Meinung gefragt, wenn es um die Planung des Schuljahres geht*

*b14 Wir gestalten unseren Klassenraum in der Schule mit*

*b19 Wir gestalten die Themenschwerpunkte des Unterrichts mit*

*b67 Wir organisieren selber Teile unserer Ausflüge*

*b86 Wir haben eine aktive Schülermitverwaltung*

*b30 Bei wichtigen Fragen, die die Weiterentwicklung unserer Schule betreffen werden wir miteinbezogen (z. B. Ganztagschule ja oder nein, Ausbau des Schulgebäudes, Gestaltung des Pausenraums, Anschaffung bestimmter Lehrmittel etc.)*

*b22 Unser/e Klassenlehrer/Klassenlehrerin/Stufenlehrer/Stufenlehrerin gibt uns auch Gruppenarbeiten*

*b65 Unserem/r Klassenlehrer/Klassenlehrerin/Stufenlehrer/Stufenlehrerin ist es wichtig, dass ich selbständig arbeite*

Wert der Reliabilitätsanalyse: ,8132

### **Bullying & Mobbing:**

Mobbing ist ein Verhalten, das die Betroffenen psychisch unter starken Druck setzt. Schlechte Nachrede, beleidigen und intrigieren sind nur einige mögliche Variationen.

Bullying bedeutet Gewalterfahrungen. Gewalt ist nach Olweus ein gelerntes aggressives Verhaltensmuster. Opfer von Gewalt reagieren überwiegend ängstlich und verunsichert. Dies kann mittel- oder langfristig zu Passivität, Rückzug und „Schweigen“ führen. (vgl. Hanewinkel in Röhrle/Sommer, 1999, 138). Die Items des Teilbereichs wurden in Anlehnung an das Testinstrument, „Modulansatz zur Selbstevaluation von Schulentwicklungsprojekten“ (MSS), entwickelt. MSS ist ein Instrument, das von der Universität Salzburg entwickelt und eingesetzt wird.

### Mobbing und Bullying als Opfer:

*b48-54 Ich wurde in meiner Klasse schon angegriffen, bedroht, geschlagen, beschimpft, erpresst, beleidigt, gezwungen*

Wert der Reliabilitätsanalyse: ,8752

Mobbing und Bullying als Täterin

*b35-41 In unserer Klasse habe ich schon jemanden angegriffen, bedroht, geschlagen, beschimpft, erpresst, beleidigt, gezwungen*

Wert der Reliabilitätsanalyse: ,8776

Mobbing und Bullying als Beobachterin

*b23-29 Ich habe in meiner Klasse schon beobachtet, dass andere angegriffen, bedroht, geschlagen, beschimpft, erpresst, beleidigt, gezwungen wurden*

Wert der Reliabilitätsanalyse: ,8523

Allgemeines Mobbing

*B70 In unserer Klasse werden Mitschüler ausgeschlossen*

*B13 Wenn ein Schüler nicht der Klassenmeinung ist, wird er ausgeschlossen*

*B91 Ich hatte schon einmal Probleme mit meinen Mitschülern oder Mitschülerinnen*

*B57 Mitschüler lästern/haben gelästert über mein Äußeres*

Wert der Reliabilitätsanalyse: ,6241

**Beziehungsmerkmale zum/r Klassenlehrer/Klassenlehrerin/  
Stufenlehrer/Stufenlehrerin**

Bei der Erforschung schützender Faktoren für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen beschreibt Bowlby die „Significant caring adults“. „Sichernde, stützende, soziale Beziehungen sind [...] von Babyzeiten an als zentraler, protektiver Faktor zu sehen.“ (Bowlby in: Petzold (Hrsg.), 1993, 389).

Viele Stunden des Tages verbringen Lehrer gemeinsam mit den Kindern und Jugendlichen. Der Kontakt zum Lehrer hat wesentlichen Einfluss auf Wohlfühlen, Motivation, Lernsituation und Klassenstimmung. Auch Kolip (2001) weist auf die Wichtigkeit der Unterstützung durch Lehrkräfte hin.



*b84 Von meinem/r Klassenlehrer/Klassenlehrerin/Stufenlehrer/Stufenlehrerin fühle ich mich unterstützt*

*b62 Mein/e Klassenlehrer/Klassenlehrerin/Stufenlehrer/Stufenlehrerin ist ein Vorbild für mich*

*b12 In unsrer Klasse ist unser/e Klassenlehrer/Klassenlehrerin/Stufenlehrer/Stufenlehrerin beliebt*

*b33 Unser/e Klassenlehrer/Klassenlehrerin/Stufenlehrer/Stufenlehrerin behandelt mich fair und gerecht*

*b80 Unser/e Klassenlehrer/Klassenlehrerin/Stufenlehrer/Stufenlehrerin nimmt meine Meinung ernst*

*b89 Unser/e Klassenlehrer/Klassenlehrerin/Stufenlehrer/Stufenlehrerin spricht mich auch persönlich an*

*b46 Unser/e Klassenlehrer/Klassenlehrerin/Stufenlehrer/Stufenlehrerin interessiert sich auch für mich als Mensch*

*b2 Unser/e Klassenlehrer/Klassenlehrerin/Stufenlehrer/Stufenlehrerin macht mit uns auch viele Aktionen außerhalb der Schule (z.B. Theaterbesuche, Projektarbeiten, Ausstellungsbesuche, Erlebnispädagogische Projekte...)*

*B92 Manche Lehrer sagen manchmal gemeine und verletzende Sachen über Mitschüler*

Wert der Reliabilitätsanalyse: ,8279

Einige Items gehören verschiedenen Teilbereichen an. b72 und b60 wurden sowohl in der Kategorie Wertschätzung als auch in der Kategorie Konkurrenz ausgewertet. b73 findet sich in den Bereichen Wertschätzung und Wohlfühlen. b79 gehört den Kategorien Wohlfühlen, Kooperation und Wertschätzung an. Diese Items haben sowohl eine Aussagekraft für die eine als auch für die andere Kategorie.

Die folgenden Items wurden aus den zunächst dafür vorgesehenen Teilbereichen herausgenommen, da sie der Bedingung der Skala nicht wirklich schlüssig folgten. Zum Beispiel ist die Frage nach Klassenlehrerin oder Klassenlehrer nur eine Häufigkeitsbeschreibung.

*ag Ich habe eine Klassenlehrerin/Stufenlehrerin*

*af Ich habe einen Klassenlehrer/Stufenlehrer*

Auch die folgenden Items wurden aus der Auswertung innerhalb einer Skala herausgenommen, weil hier das Problem auftritt, dass die Mädchen zum Beispiel an fächerübergreifenden Angeboten nicht teilnehmen können, wenn diese nicht angeboten werden.

*b1 An unserer Schule werden fächerübergreifende Angebote gemacht, z. B.: Theater, Projekte.*

*b74 An fächerübergreifenden Angeboten nehme ich gerne teil.*

*b99 Mir macht es Spaß, in der Schule mitverantwortlich zu sein, z.B. Planung von Ausflügen, Schülermitverwaltung, Streitschlichter etc.*

Der Item *b77 „Jeder in unserer Klasse kann sagen was ihm wichtig ist“* musste leider ganz aus der Analyse herausgenommen werden, da er im Fragebogen für Mädchen mit gestörtem Essverhalten nicht abgefragt wurde. Beim Kopieren der Datei und dem erneuten Einfügen mit Hilfe von Windows scheint dieser Item verloren gegangen zu sein.

Ebenso wurden einige Items nach der Reliabilitätsanalyse herausgenommen, um so die Zuverlässigkeit des Testinstrumentes zu erhöhen.

*„Meine Rolle in der Klasse ist die gleiche wie vor 6 Monaten“* (Prof. Dr. M. Klein), ist ein Item der sich mit der Zeitdimension befasst und wird deshalb einzeln ausgewertet.

Alle Items können als einzelner Item verwendet werden, aber auch in den bestimmten Teilbereichen als Faktor zur Berechnung einer Summe genutzt werden.

Die Fragebögen, die an Kliniken ausgeteilt wurden, beinhalten drei Items die Fragen zur Essstörung stellen.

*f1 Welche Essstörung hast Du?*

*f2 Bist Du wegen deiner Essstörung in Behandlung?*

*f3 Seit wann?*

**Fragebogenteil „c“:**

*Essverhalten und Körperbild (EDI bearbeitet und übersetzt von Prof. Dr. Edgar Geissner)*

Dieses Instrument besteht aus 42 Items, die nach Einstellung und Verhalten zum Körper sowie nach dem Essverhalten fragen. Die Items werden in fünf Antwortformaten abgefragt. Um die Items für diese Arbeit besonders nutzen zu können, wurden bestimmte Items bestimmten Symptomen eines Störungsbildes zugeordnet. Die Items wurden auf der theoretischen Grundlage des DSM IV ausgewählt.

Die folgenden Items wurden aufgrund der theoretischen Grundlagen zum Thema Magersucht ausgewählt.

- ca Ich fürchte mich davor Übergewicht zu haben*
- cb Ich vermeide es zu essen, wenn ich hungrig bin*
- cd Ich verteile mein Essen in kleine Stücke*
- cf Ich vermeide speziell kohlenhydratreiche Nahrung*
- cg Ich denke, dass andere es gerne sähen, wenn ich mehr essen würde*
- cj Mich beschäftigt der Wunsch dünner zu sein*
- ck Wenn ich in Bewegung bin, denke ich an die verbrauchten Kalorien*
- cl Andere Menschen sind der Meinung ich sei zu dünn*
- cm Ich beschäftige mich mit dem Gedanken, Fett am Körper zu haben*
- co Ich vermeide Nahrungsmittel die Zucker enthalten*
- cr Ich habe das Gefühl, dass die anderen mich zum Essen drängen*
- cs Ich verwende zu viel Zeit und zu viel Gedanken an das Essen*
- cv Ich habe es gern, wenn mein Magen leer ist*
- cf2 Ich habe fürchterliche Angst an Gewicht zuzunehmen*
- ck2 Ich habe ständig den Wunsch dünner zu sein*
- cn2 Wenn ich ein Pfund zunehme, habe ich Angst, dass es so weiter geht*

Wert der Reliabilitätsanalyse: ,8768

Diese Items reichen zur zuverlässigen Diagnose einer Magersucht nicht aus, daher wird in der Arbeit von Symptomen einer Magersucht gesprochen.

Ebenso wurden die folgenden Items auf der theoretischen Grundlage des DSM IV ausgewählt. Sie beschreiben Symptome einer Ess-Brechsucht.

*ch Ich erbreche nach dem Essen*

*ci Nachdem ich gegessen habe fühle ich mich deswegen schuldig*

*cq Ich kontrolliere mein Essverhalten*

*ct Ich fühle mich unwohl, wenn ich Süßigkeiten gegessen habe*

*cx Nach dem Essen habe ich den Drang, mich zu übergeben*

*cb2 Ich stopfe mich mit Essen voll*

*cc2 Ich denke über Diäten nach*

*ch2 Ich messe dem Körpergewicht viel Bedeutung bei*

*ci2 Ich kenne Fressanfälle bei denen ich meinte nicht mehr aufhören zu können*

*cm2 Ich esse gezügelt in Gegenwart anderer und stopfe mich voll, wenn sie weg sind*

*co2 Ich denke daran Erbrechen auszuprobieren, um Gewicht zu verlieren*

Wert der Reliabilitätsprüfung: ,8292

Als drittes Störungsbild wurden Mädchen mit Symptomen einer Esssucht mit folgenden geprüften Items erfasst.

*cc Ich hatte Fressanfälle, bei denen ich nicht mehr aufhören konnte zu essen*

*ci Nachdem ich gegessen habe fühle ich mich deswegen schuldig*

*cu Mein Essverhalten beschäftigt mich*

*ca2 Ich esse wenn ich beunruhigt bin*

*cb2 Ich stopfe mich mit Essen voll*

*ce2 Ich fühle mich schuldig, wenn ich zuviel gegessen habe*

*ci2 Ich kenne Fressanfälle, bei denen ich meinte, nicht mehr aufhören zu können*

Wert der Reliabilitätsprüfung: ,8385

**Fragebogenteil „d“:**

*Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)*

*(Matthias Jerusalem & Ralf Schwarzer)*

Kurzbeschreibung von Jerusalem und Schwarzer:

„Selbstbeurteilungsverfahren mit 10 Items zur Erfassung von allgemeinen optimistischen Selbstüberzeugungen. Er misst die optimistische Kompetenzerwartung, also das Vertrauen darauf, eine schwierige Lage zu meistern, wobei der Erfolg der eigenen Kompetenz zugeschrieben wird.“ (Jerusalem & Schwarzer, <http://userpage.fu-berlin.de/health/germscal.htm>, 29.06.2003)

Das Instrument ist eine eindimensionale Skala von 10 einzelnen Items. Die Items sind gleichsinnig gepolt und werden vierstufig beantwortet.

Stimmt nicht(1), stimmt kaum(2), stimmt eher(3), stimmt genau(4)

Jeder Item für sich bringt eine intern-stabile Zuschreibung der Erfolgserwartung zum Ausdruck.

*d1 Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.*

*d2 Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.*

*d3 Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.*

*d4 In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.*

*d5 Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut zurechtkommen kann.*

*d6 Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten vertrauen kann.*

*d7 Was immer auch passiert, ich werde schon klarkommen.*

*d8 Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.*

*d9 Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.*

*d10 Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.*

„Das Instrument ist auf der Grundlage des Selbstwirksamkeitskonzepts (perceived self-efficacy) entstanden, das Bandura erstmalig 1977 formuliert hatte und das einen wesentlichen Aspekt seiner sozial-kognitiven Theorie (Bandura, 1997) ausmacht. Es ist eigentlich als ein situationsspezifisches Konstrukt gedacht, wobei der Grad an Spezifität jedoch sehr variieren kann. Allgemeine SWE stellt dazu einen extremen Pol dar und beruht auf der Annahme, dass Menschen ihre Erfolgs- und Misserfolgserfahrungen sich selbst zuschreiben und danach generalisieren können. Dabei finden nicht nur induktive Prozesse (von spezifisch zu allgemein), sondern auch deduktive Prozesse (von allgemein zu spezifisch) statt. Die Skala misst die subjektive Überzeugung, kritische Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können. Dabei wird an neue oder schwierige Situationen gedacht sowie an Barrieren, die es zu überwinden gilt. SWE soll die konstruktive Lebensbewältigung vorhersagen (Jerusalem, 1990; Schwarzer, 1994)“ (Jerusalem/ Mittag, <http://userpage.fu-berlin.de/health/germscal.htm>, 29.06.2003)

## **8.4 Gewinnung der Untersuchungsgruppe**

### **8.4.1 Schule**

Es wurden je zwei Gesamt-, zwei Haupt-, zwei Realschulen und zwei Gymnasien für die Befragung kontaktiert.

In allen Schulen wurden telefonisch Gesprächstermine mit der Schulleitung vereinbart. Bei diesen Terminen wurde die Untersuchung kurz vorgestellt und das weitere Vorgehen flexibel abgesprochen. In einigen Schulen entschied der Schulleiter über die Beteiligung der Schule allein, in anderen Einrichtungen wurde im Lehrerteam gemeinsam entschieden, in den beteiligten Gesamtschulen wurde die Anfrage in den Schulkonferenzen beschlossen.

Um ein möglichst zufälliges Ergebnis bei der Klassenauswahl zu erzielen, wurde angedacht, jeweils die Klassen a, b und c, zu beteiligen. Dies erwies sich als nicht realisierbar. Die zufällige Zusammensetzung ergab sich vielmehr durch die Stundenplangestaltung der einzelnen Klassen. In einigen Schulen stellten die Beratungslehrer Kontakte zu Klassenlehrern her.

Die Schulen teilten ein kurzes Anschreiben und die Einverständniserklärung (siehe Anhang) an die Eltern aus. Mädchen die Interesse hatten, an der Untersuchung teilzunehmen, gaben die Einverständniserklärung zum Befragungstermin in der Schule ab. Nach einer Terminvereinbarung konnte die Diplomandin die Mädchen in ihrer vertrauten Umgebung befragen.

Durch großes Engagement der Lehrerinnen und Lehrer konnten die meisten Daten noch vor den Sommerferien erhoben werden. Im Rückblick wäre es jedoch von Vorteil, den Schulen etwas mehr Zeit einzuräumen, da etwa die Gesamtschulen für die Durchführung von Befragungen die Erlaubnis der Schulkonferenz benötigen.

#### **8.4.2 Kliniken und sonstige Einrichtungen**

In den Kliniken wurden die Erstkontakte mit dem zuständigen Chefarzt hergestellt, danach wurde per e-Mail oder postalisch eine Kurzinformation zur Untersuchung, der Fragebogen und die Freigabeerklärung von Prof. Dr. Klein (siehe Anhang) mit einem Anschreiben zugesandt.

Hiernach wurde weiter telefonisch Kontakt gehalten. Die Kliniken prüften, ob Mädchen, die für die Untersuchung in Frage kommen, im Haus und die Abteilungen bereit sind, einen weiteren Fragebogen auszugeben. Danach wurde das weitere Vorgehen flexibel abgesprochen. Insgesamt wurden 19 Kliniken angerufen. Davon waren 15 interessiert und forderten die Unterlagen zur weiteren Begutachtung an. Fragebögen konnte die Diplomandin dann noch in 13 Kliniken verschicken. Hohenbrunn und Bad Oeynhausen luden zur persönlichen Durchführung der Untersuchung ein.

Die Einladung nach Bad Oeynhausen wurde von der Diplomandin angenommen.

In Beratungsstellen und Mädchenhäusern wurde telefonisch angefragt. Das Mädchenhaus Köln wäre sogar bereit gewesen, auf seiner Homepage einen Vermerk zum Fragebogen zu machen. Jedoch wäre dies mit hohem, Arbeitsaufwand für die Mitarbeiterin verbunden gewesen. Die Vorbereitung zur Durchführung hätte damit die Phase der Datenerhebung überschritten. Auch hier wäre eine längerfristig angelegte Befragung günstiger gewesen und hätte zusätzlich einige Mädchen mit gestörtem Essverhalten in die Befragung mit einbeziehen können.

### **8.4.3 Probleme bei der Rekrutierung**

- Beratungsstellen gaben an, dass Mädchen, die sie aufsuchen, häufig kein oder ein geringes Störungsbewusstsein haben. Daher wurde der Kontakt zu weiteren Beratungsstellen nicht gesucht.
- Da sich der Befragungszeitraum für die Kliniken und sonstigen Einrichtungen auf die Schulferien in Nordrhein-Westfalen erstreckt, fanden einige Gruppenangebote nicht statt.
- In einigen Kliniken war das Telefon während der telefonischen Sprechzeit ständig besetzt, trotz Rückrufangebots fand dieses nicht statt.
- Manchmal hielten Chefärzte die Unterlagen lang in ihren Händen und gaben diese erst so spät an die Mitarbeiter weiter, dass die Zeit zur Durchführung der Befragung kürzer wurde oder ganz aus dem Zeitplan fiel.
- In einer Einrichtung sollte der Fragebogen durch den Verwaltungsrat genehmigt werden; dies hätte ein halbes Jahr benötigt. In gegenseitigem Einverständnis wurde drauf verzichtet.
- Einige Einrichtungen nahmen grundsätzlich keine Fragebögen an.
- Die Arbeitsbelastung in den Einrichtungen wurde als extrem hoch beschrieben und die Durchführung des Fragebogens würde zusätzliche Zeit binden.
- In einigen Einrichtungen war eine „Befragungsübersättigung“ zu bemerken. Auf der einen Seite wurde die Mehrarbeit für die Mitarbeiter thematisiert und auf der anderen die Zumutbarkeit für die Patientinnen.
- Auf Grund der Einführung von Qualitätssicherungskonzepten mochten einige Kliniken keine weiteren Aufgaben annehmen.
- In einigen Einrichtungen befanden sich keine Mädchen mit Essstörungen im gesuchten Alter.
- Kliniken die sich beteiligen wollten, schickten Unterlagen nicht zurück.
- Bei vielen Einrichtungen ergaben sich mehrere der oben aufgeführten Probleme.



## **8.5 Ablauf der Befragung**

### **8.5.1 Schule**

In den Schulen wurden alle Schülerinnen durch die Klassenlehrer oder Klassenlehrerinnen/Stufenlehrer oder Stufenlehrerinnen über die Befragung informiert. Dank der Lehrer und Lehrerinnen war es möglich, die Befragung während der regulären Schulzeit durchzuführen. In den meisten Klassen wurde dies noch kurz vor den Ferien ermöglicht. In einem kurzen Kontakt zur/m Klassenlehrer/in war es der Diplomandin wichtig, auf vielleicht ausgelöste Reaktionen nach der Bearbeitung des Fragebogens aufmerksam zu machen. Hier wurde ein großes Interesse der meisten Lehrer deutlich.

Zur vereinbarten Stunde wurden die Klassen von der Diplomandin besucht. In der Einleitung zur Befragung wurde deutlich gemacht, zu welchem Zweck solche Befragungen überhaupt durchgeführt werden. Es wurde betont, dass dieser Fragebogen freiwillig und anonym sei, dass es jedoch, sollte man sich beteiligen, wesentlich sei, den Fragebogen so ehrlich wie möglich zu beantworten. Die Mädchen wurden aufmerksam gemacht, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gebe, da es ja um ihre Gefühle, Meinungen, Einstellungen und Verhaltensweisen gehe. Der zeitliche Rahmen war mit den Lehren so abgesprochen, dass kein Mädchen in Zeitdruck geraten konnte. Außerdem wurde den Mädchen gesagt, dass etwa 200 Mädchen an der Befragung teilnehmen. Danach wurde die Fragebox vorgestellt, in die jedes Mädchen nach der Befragung seinen Bogen selber einwarf.

Wesentlich war noch der Hinweis, dass die Fragen ab Seite 2 den zeitlichen Rahmen der letzten 30 Tage meinten. Die Befragung wurde innerhalb der Schule in Klassenräumen oder sonstigen den Mädchen vertrauten Räumen durchgeführt.

Insgesamt nahmen an der Befragung in Schulen 219 Schülerinnen teil. Die Bearbeitungsdauer variierte zwischen 22 und 35 Minuten. Nur einige wenige Schülerinnen benötigten länger. Diese Zeit wurde ihnen ohne Druck gegeben. Die Mädchen waren fast alle stark motiviert. Die Stimmung war entspannt, aber konzentriert.

Den beteiligten Schulen wurden jeweils Adressen von Beratungsstellen für Essstörungen hinterlassen; diese wurde den Mädchen und den Lehrerinnen und Lehrern weitergegeben.

Während einer Befragung kam es bei einem Mädchen zu einem Kreislaufkollaps. Das Mädchen wurde von den anwesenden Ersthelferinnen und mir zunächst versorgt. Dabei wurde der Diplomandin schnell klar, dass es sich hier wahrscheinlich um ein Zusammenwirken verschiedener ungünstiger Faktoren handelte. Der Raum war extrem heiß, das Mädchen hatte vorher einen Joint geraucht und außerdem schien es besonders von Thema der Befragung bewegt zu sein. Außerdem hatte das Mädchen zu früheren Zeitpunkten schon epileptische Anfälle. Im Kontakt mit dem Mädchen wurde weiteres Vorgehen erarbeitet.

Die Schulleitung wurde informiert und das Mädchen ins Krankenhaus gebracht. Die Vermutung, dass hier eventuell auch die Fragen zur Essstörung ein auslösendes Moment gewesen sein könnten, bestätigten sich durch die Aussagen des Mädchens.

Dabei wurde der Diplomandin noch mal sehr bewusst, was Fragebögen in Menschen auslösen können. Dies hat die Diplomandin darin bestärkt, dass es sehr wichtig ist, die Befragung gut in die Lebenswelt (hier Schule) einzubetten. Das heißt für eine gute Versorgung der Mädchen ist es wichtig, Lehrkräfte für mögliche Reaktionen der Schülerinnen zu sensibilisieren. Bei fast allen Lehrern war großes Interesse zu spüren. Über die Einbindung der Eltern ist ebenfalls nachzudenken.

### **8.5.2 Kliniken**

In den Kliniken wurden die Patientinnen von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen über den Fragebogen informiert. Die Mitarbeiter erhielten eine schriftliche Kurzdarstellung der geplanten Untersuchung. (siehe Anhang)

Auch hier war die Teilnahme freiwillig. Die nach Absprache verschickten Fragebögen sollten in einem frankierten und adressierten Briefumschlag gesammelt und der Diplomandin zurückgeschickt werden. Leider wurde keiner der verschickten Fragebögen vor Ablauf der Erhebungsfrist (20.09.2003) zurückgesandt.

Die Klinik in Bad Oeynhausen lud die Diplomandin persönlich ein. Beim ersten Termin wurde die Untersuchung im Mitarbeiterteam vorgestellt. Nachdem die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Durchführung der Untersuchung zustimmten, wurde ein Kontakt mit den in Frage kommenden Mädchen hergestellt. In zwei sozialpädagogischen Gruppenstunden wurde die Untersuchung persönlich vorgestellt und die Mädchen bekamen von der Diplomandin die Einverständniserklärungen für die Eltern ausgehändigt. Danach wurde ein Termin zur Durchführung der Untersuchung vereinbart. Insgesamt wurden 13 Mädchen konkret angesprochen werden.

Der vereinbarte Termin in der darauffolgenden Woche lag in der Freizeit der Mädchen. Acht Mädchen nahmen an der Befragung teil. Die Einleitung und die Stimmung des Interviews ist mit dem in den Schulen vergleichbar gewesen. Für die Bearbeitung des Fragebogens war es wichtig, die Mädchen darauf aufmerksam zu machen, dass sie die Antworten auf ihre Klassen und Schulen in ihrem Zuhause beziehen; auch hier wurde auf den Zeitraum der letzten 30 Tage, die sie in ihrer Klasse verbrachten, fokussiert.

Am Nachmittag desselben Tages wurde in den sozialpädagogischen Gruppenstunden mit den Mädchen und der Sozialpädagogin noch mal über das Thema der Befragung diskutiert. Hierbei wurde die Gruppe, um die zur Zeit in Behandlung befindlichen Jungen und Mädchen erweitert, die nicht an der Befragung teilgenommen hatten.

Die Mädchen und auch Jungen zeigten großes Interesse. Es kam ein lebendiges Gespräch in Gang, wobei die Jugendlichen die Unterschiede der sozialpädagogischen Gruppe in der Klinik mit der Gruppe des Klassenverbandes verglichen. Für sie waren die wesentlichen Unterschiede Vertrauen, wirkliches Zuhören, Offenheit in der Klinikgruppe im Gegensatz zum Klassenverband.

Auch die Klinik in Hohenbrunn lud die Diplomandin persönlich ein, jedoch ist die Entfernung erheblich. Daher wurde die Einladung nicht angenommen.

Im Rückblick lässt sich sagen, dass das Thema und auch der Fragebogen in der Praxis auf großen Zuspruch getroffen ist. Jedoch scheint die persönliche Erhebung an Kliniken sehr sinnvoll. Ob der fehlende Rücklauf der verschickten Fragebögen durch die Struktur von Kliniken begründet ist, mit der besonderen Situation der Sommerferien oder der Arbeitsbelastung des Personals zusammenhängt, kann nur vermutet werden.

## 9 Ergebnisse

### 9.1 Reflexion des Messinstrumentes

Das Messinstrument wurde aus verschiedenen Teilen zusammengesetzt. Die Zusammensetzung erscheint der Autorin auch nach dem Einsatz des Instrumentes zweckmäßig. Es wurde ein Pretest gemacht, in dem das semantische Verständnis betrachtet wurde. Die Bearbeitungszeit im Pretest war 24 Minuten. Der Fragebogen wurde hier von einem deutlich jüngeren Mädchen ausgefüllt, um so möglichst viele Verständnisfehler zu entdecken. Nach dem Test wurde der Item 1e neu formuliert.

Die befragten Mädchen fanden die Items überwiegend einfach zu beantworten; sie gaben zudem an, den Fragebogen gerne beantwortet zu haben. Nur wenige Mädchen ließen Items offen. Ein leichter Unterschied zu den anderen Items war hier im Bereich der Fragen nach Essverhalten und Körperbild festzustellen. Hier gab es eine leichte Häufung nicht ausgefüllter Items.

Die Bearbeitungsdauer lag in den Schulen zwischen ungefähr 20 Minuten und einer guten dreiviertel Stunde.

Einige empfanden es als unangenehm, nach den Grund des Klassenwechsels gefragt zu werden. Hintergrund dieser Frage war die Überlegung, ob Mädchen mit Essstörungen im Vergleich zu Mädchen ohne Essstörungen häufiger die Klasse gewechselt haben. Dies könnte ein Grund für eventuell nicht so intensive Beziehungen zu den Mitschülern sein. Daher ist die Frage nach dem „warum“ zwar interessant, jedoch ist es zu empfehlen, diese in ein persönliches Interview einzubetten. Ein Item, der nach einer aktiven Schülermitverwaltung fragte, war für einige Schülerinnen ebenfalls ein Stolperstein, da sie den Begriff „Schülermitverwaltung“ nicht kannten.

Unterschiedliche Skalen, in denen nach der Interaktion in der Schule gefragt wurde, stellten sich als relevant für eine Störung des Essverhaltens heraus.

Allerdings empfiehlt sich eine gründliche Überarbeitung der Skalen, da diese kein eindeutiges Merkmal oder nur einen Teilaspekt eines Merkmals beschrieben. (vgl. Hein, 2001, 107)

So könnten bessere Werte bei der Reliabilitätsprüfung erreicht werden. Dabei ist zu bemerken, dass Zuverlässigkeit eine notwendige, aber keineswegs eine hinreichende Bedingung für Validität ist. Die Validität müsste wahrscheinlich durch zahlreiche Korrelationsbefunde gestützt werden. Dies hätte den Rahmen dieser Diplomarbeit bei weitem überschritten.

Die Symptome einer atypischen Essstörung wurden nicht herausgehoben, da dieses Störungsbild sowohl Ähnlichkeiten mit einer Magersucht, einer Ess-Brechsucht als auch mit einer Esssucht haben kann. Ebenso konnten die Subtypen der unterschiedlichen Störungsbilder nicht erfasst werden. Es ist also in der Untersuchung davon auszugehen, dass hier einige wenige Doppelungen auftreten, diese müssen dann entfernt werden. Außerdem sind die Übergänge zwischen den Essstörungen häufig fließend; dies wird aber in der vorliegenden Untersuchung nicht berücksichtigt, da die klaren Grenzen der Störungsbilder zur Abgrenzung erhalten werden müssen. Diese vereinfachende Vorgehensweise ist sicherlich ein Nachteil; jedoch notwendig, um eine erste Einschätzung der Situation vornehmen zu können.

Bei der Entwicklung eines nächsten Fragebogens wäre es der Diplomandin wichtig, die Skalen klarer zu beschreiben. Das heißt zum Beispiel, in der Skala „Wertschätzung“ tatsächlich nach dem Empfinden von Wertschätzung zu fragen und dies auf unterschiedliche Personen im Forschungsfeld zu beziehen. So könnten hinterher klarere Aussagen getroffen werden.

Die einzelnen im Fragebogen verwendeten Items sind interessant, aber auch sehr vielfältig.

Da dies eine erste Untersuchung zu diesem Thema ist, kann dies ein Vorteil sein, da so thematische Schwerpunkte zu erkennen sind und in einer nächsten Befragung aufgegriffen werden können.

## 9.2 Darstellung der für die Arbeit relevanten Daten

### 9.2.1 Die Untersuchungsgruppe

Um die Daten darzustellen, muss die Irrtumswahrscheinlichkeit beschrieben werden. Folgende Werte werden folgenden Bedeutungen zugewiesen:

Irrtumswahrscheinlichkeit	Bedeutung
$p \leq 0.001$	höchstsignifikant
$p \leq 0.01$	hochsignifikant
$p \leq 0.05$	signifikant
$p > 0.05$	nicht signifikant

Die Stichprobe bestand aus 227 Mädchen. 219 wurden in Schulen im Stadt- und Randgebiet Bergisch Gladbachs befragt, weitere acht Mädchen in der Klinik am Korso, Bad Oeynhausen. Die Klinik am Korso ist eine Klinik für Menschen mit gestörtem Essverhalten.

Die befragten Mädchen besuchten die 8 bis 10 Stufe der Regelschulformen in Nordrhein-Westfalen. Alle Schulen, die an der Untersuchung teilgenommen haben, liegen im Stadt- oder Randgebiet Bergisch Gladbachs, der Kreisstadt des Rheinisch Bergischen Kreises mit über 109 000 Einwohnern. Bergisch Gladbach verfügt über eine ausgezeichnete Infrastruktur und eine starke Anbindung an die Großstadt Köln. (vgl. [bergischgladbach.de/do/de/datenfakten.asp](http://bergischgladbach.de/do/de/datenfakten.asp), 17.09.2003)

Die Fragebögen für Mädchen, die sich zur Zeit in Behandlung befinden, wurden in Kliniken und Kinder- und Jugendpsychiatrien ausgeteilt; Deshalb kann keine Aussage zum weiteren Lebensumfeld dieser Mädchen gemacht werden, jedoch sind Schulstufe und Schulform entsprechend.

Die 219 in Schulen befragten Mädchen wurden hinsichtlich ihrer Zugehörigkeit zu einer der vier Gruppen untersucht:

1. Kontrollgruppe Mädchen ohne auffälliges Essverhalten, (MOAE)
2. Mädchen mit Symptomen einer Magersucht (MSMS)
3. Mädchen mit Symptomen einer Ess-Brechsucht (MSEBS)
4. Mädchen mit Symptomen einer Esssucht (MSES)

Eine zusätzliche Gruppe, die allerdings aus empirischer Sicht leider zu klein ist, um ausdrucksstarke empirisch gesicherte Aussagen zu ermöglichen, ist die Gruppe der Mädchen, die in Bad Oeynhausen befragt wurden (MKBO). Trotzdem werden die Ergebnisse dieser Gruppe erwähnt, da sie interessante Anstöße für die Interpretation der anderen Daten geben. Die Gruppe ist nicht in die allgemeinen Angaben eingerechnet und wird auch immer gesondert erwähnt, um so eine Verzerrung der Aussagen zu verhindern; Sie besteht aus 7 Mädchen mit Magersucht und einem Mädchen mit Ess-Brechsucht.

Der Anspruch auf eine gute Annäherung an die Gesamtpopulation ist in dieser Untersuchung nur mit Einschränkung gewährleistet. Die Zahl der Mädchen, die Symptome einer Essstörung aufweisen, bleibt relativ klein. Die Daten sind daher auch mit ihren Aussagen nur bedingt gültig.

7,8% der Mädchen zeigen eine hohe Merkmalsausprägung von Symptomen einer Magersucht. 4,5% der Mädchen zeigen Symptome einer Ess-Brechsucht und 6,8% der befragten Mädchen zeigen starke Merkmalsausprägungen von Symptomen einer Esssucht (vgl. Abb. 3).

Insgesamt zeigen also 19% der befragten Mädchen ein stark auffälliges Essverhalten.

### Häufigkeitsverteilung unterschiedlichen Essverhaltens der befragten Mädchen

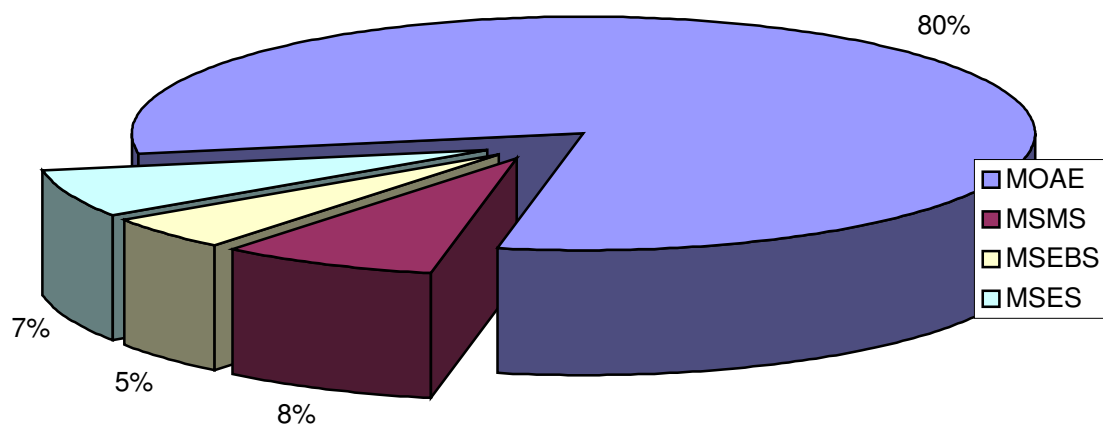


Abb. 3

Die Symptome einer atypischen Essstörung wurden nicht differenziert, da dies aufgrund des Untersuchungsaufbaus nicht möglich war. So entstanden sieben Dopplungen, da die atypischen Störungen sowohl Symptome einer Mager-sucht, einer Ess-Brechsucht als auch einer Esssucht aufweisen können. Durch Sichtung der Datenmaske wurden die doppelt genannten Probandinnen derjenigen Gruppe zugeteilt, bei der sie die meisten Items mit „immer“ beantwortet hatten.

Die Zahlen unterscheiden sich von den in der Literatur zu findenden Angaben. Die Abweichung lässt sich wie folgt begründen: in der vorliegenden Unter-suchung wurde nach den Symptomen gefragt; eine valide Diagnose wurde nicht getroffen. Zudem wurde lediglich eines und nicht mehrere Diagnose-instrumente eingesetzt.

Trotzdem spiegeln die Zahlen gerade im Bereich der SMS die Aussagen von Fachleuten der Praxis wieder, die die offiziell angegebenen Zahlen als zu niedrig empfinden. Diese Einschätzung ist empirisch jedoch nicht belegt. Die in der Literatur zu findenden Angaben sind schon einige Jahre alt und benötigen möglicherweise eine Aktualisierung.



Die Zahlen zu den Symptomen der SES bildeten sich in der Untersuchung etwas niedriger ab, als in den zu findenden empirisch belegten Angaben. Dies lässt sich möglicherweise mit der hohen Ablehnung von Esssucht in unserer Gesellschaft erklären, so dass betroffene Mädchen dieser Gruppe vielleicht eher sozial akzeptiertes Verhalten ankreuzten.

Die Ergebnisse der SEBS decken sich weitgehend mit den empirisch belegten Daten.

Insgesamt fürchten sich 46,3% aller befragten Mädchen „immer“ oder „oft“ davor, Übergewicht zu haben.

45,4% der Mädchen sind mit dem Wunsch dünner zu werden „oft“ oder „immer“ beschäftigt.

55,7% denken „oft“ oder „immer“ über Diäten nach.

Mit ihrer Figur „immer“ zufrieden waren 16,4% der befragten Mädchen.

40,8% der befragten Mädchen glauben, ihr Bauch sei zu dick, 48,4% fanden ihre Oberschenkel zu dick und 33,6% denken, ihre Hüften seien zu breit.

In diesem Zusammenhang ist interessanterweise zu bemerken, dass nur 14,2% die Angabe machten, den Kaloriengehalt der Nahrungsmittel die sie essen „oft“ oder „immer“ zu kennen.

### **9.2.2 Soziodemographische Merkmale der Stichprobe**

In dieser Untersuchung wurden ausschließlich Mädchen befragt. Die Mädchen waren zwischen 13 und 17 Jahre alt. Das Durchschnittsalter liegt bei 15,1 Jahren. In ungefähr diesem Alter treten – statistisch gesehen – die meisten Essstörungen erstmals auf.

Das Durchschnittsalter der Mädchen aus der Klinik am Corso betrug 15,25 Jahre.

Eine Gesamtschule besuchten 22% (49) der befragten Mädchen, 26% (59) besuchten eine Hauptschule, 17,2% (38) eine Realschule und 33,3% (73) besuchten ein Gymnasium. Die relativ geringe Zahl der Realschülerinnen ergab sich durch den Befragungszeitpunkt. Die Klassenstufe 10 der Realschulen waren so kurz vor den Sommerferien schon entlassen worden.

### Verteilung der Mädchen auf die verschiedenen Schulformen

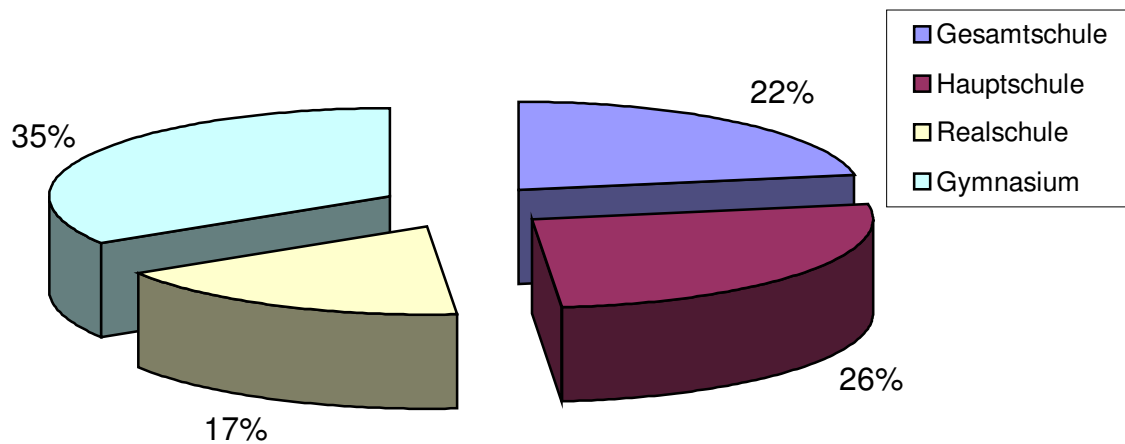


Abb. 4

Die Klassen der Mädchen wurden zu 42,1% von Lehrerinnen und zu 43,4% von Lehrern geleitet. In den Gesamtschulen werden die Klassen auch von Lehrerinnen und Lehrern gemeinsam begleitet, hierauf entfallen die restlichen 14,5%.

51,5% der Mädchen (117) gaben an, die Klasse seit dem Übergang auf die höhere Schule nicht gewechselt zu haben. 41% der Mädchen (99) haben die Klasse ein oder mehrmals gewechselt. 4,8% beantworteten die Frage nicht. 24,4% aller befragten Mädchen haben schon einmal eine Klasse wiederholt.

Von den Mädchen die Symptome einer Essstörung zeigten, besuchten 10 eine Gesamtschule, 9 eine Hauptschule, 13 eine Realschule und 10 ein Gymnasium (die Doppelungen wurden herausgerechnet).

Auffällig ist hier, dass die Realschule, die mit der deutlich kleinsten Untersuchungsgruppe vertreten ist, die meisten Nennungen bei den auf Essstörungen hindeutenden Symptomen aufweist.

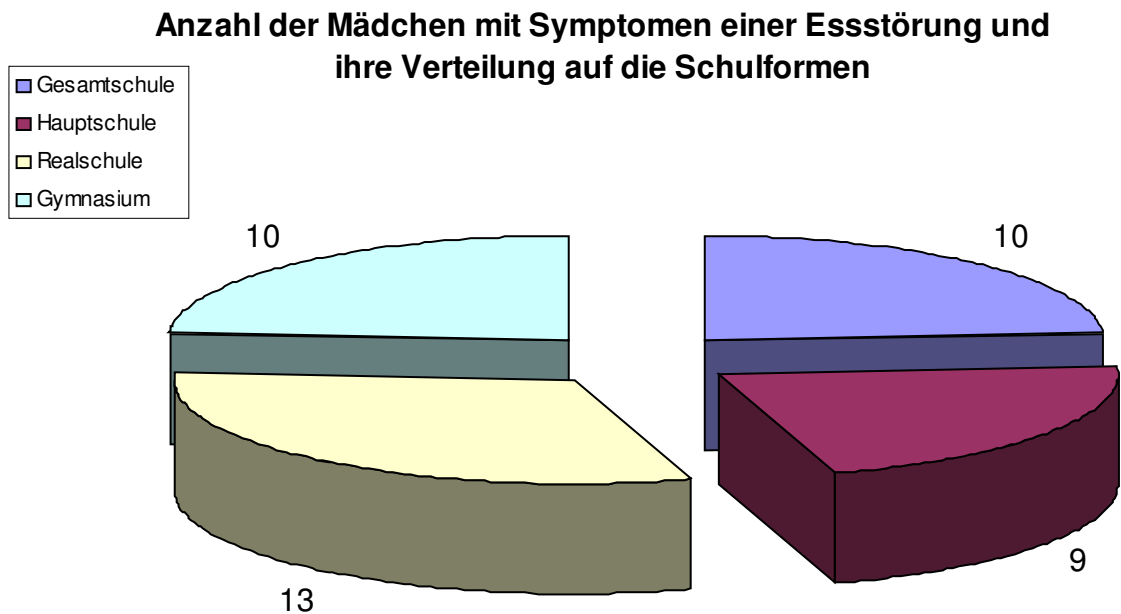


Abb. 5

Auf der Realschule fanden sich: 7 MSMS, 3 MSEBS, 3 MSES; auf dem Gymnasium fanden sich: 5 MSMS, 2 MSEBS, 3 MSES; auf der Gesamtschule fanden sich 2 MSMS, 2 MSEBS, 6 MSES und auf der Hauptschule fanden sich 3 MSMS, 3 MSBES und 3 MSES.

Von den Mädchen der Klinik am Korso besuchten sechs ein Gymnasium, eine die Realschule und eine die Gesamtschule. Vier Klassen wurden hier von einer Lehrerin geleitet, drei Klassen von einem Klassenlehrer; die Klasse der Gesamtschule wurde von einer Lehrerin und einem Lehrer geleitet. Hier zeigt sich, dass die Verteilungen in etwa ähnlich zur den restlichen Befragten sind. Bei den Mädchen der Klinik gaben alle an, dass sie ihre Klasse schon einmal gewechselt haben. Zwei der Mädchen haben schon einmal eine Klasse wiederholt.

### 9.2.3 Datenbetrachtung auf den Skalen zum Interaktionsverhalten in der Schule

Zunächst werden die Daten der unterschiedlichen Skalen der Untersuchung vorgestellt.

#### **Kooperation im Klassenverband**

Die Skala „*Kooperation*“ fragte nach der persönlich empfundenen Kooperationsbereitschaft in der Klasse. Die Probandinnen MKBO zeigt hier keinen signifikanten Wert, allerdings sollte der Wert von .089 Erwähnung finden. In einer nächsten Untersuchung könnte es sich lohnen, diese Skala nochmals zu prüfen. Sieben Probandinnen empfanden eine „geringe“ oder „mittlere“ Kooperationsbereitschaft.

Von den Probandinnen der Kontrollgruppe empfanden 111 von 172 die Kooperation in ihrer Klasse als „geringe“ oder „mittlere“ Kooperationsbereitschaft. 35% der Kontrollgruppe erlebten ihre Klasse mit einer „hohen“ Kooperationsbereitschaft.

#### **Beziehungsmerkmale zu den Klassenkameraden**

Die Skala „*Beziehungsmerkmale zu den Klassenkameraden*“ ergab für die Gruppe der MKBO einen hochsignifikanten Wert von .008. Diese Skala fragte nach den Kontakten zu den Klassenkameraden. Alle anderen Gruppen zeigten sich mit nicht signifikanten Werten. Wobei bei einigen der in dieser Skala abgefragten Items interessante Ergebnisse deutlich wurden. Diese sind unter Punkt 9.2.4. zu finden.

#### **Konkurrenz**

Die Probandinnen wurden nach ihrem Konkurrenzempfinden in ihren Klassen befragt.

In der Skala „*Konkurrenz*“ konnten für die Gruppen der Mädchen mit anorektischen Symptomen, mit bulimischen Symptomen und mit adipösen Symptomen keine Signifikanzen festgestellt werden. Die Mädchen der Klinik empfanden allerdings ihre Klasse als höchstsignifikant häufiger mit einer „geringen“ Konkurrenz als die Mädchen ohne auffälliges Essverhalten. Der Chi-Quadrat Test nach Pearson ergab einen Wert von  $p \leq .001$ ; damit ist dieser Wert als höchstsignifikant zu beschreiben.

### **Wohlfühlen**

In der Skala „*Wohlfühlen*“ wurden die Mädchen nach ihrem persönlichen Empfinden von Wohlfühlen in der Klasse befragt. Weder für die Mädchen mit Symptomen einer anorektischen Störung (.197), noch für die Mädchen mit adipösen Symptomen (.162), oder mit bulimischen Symptomen (.639) wurden Signifikanzen festgestellt. Allerdings zeigen die Werte der MSMS und der MSES eine sehr leichte Tendenz in Richtung „selten“ oder „manchmal“.

Die Mädchen der Klinik zeigen hier mit  $p \leq .01$  hochsignifikante Werte (.003). Es wird deutlich, dass sie sich „selten“ in ihrer Klasse wohlfühlen.

Von den Probandinnen der Kontrollgruppe fühlten sich etwa 50% „sehr“ wohl, die restlichen 50% fühlten sich „selten“ oder „manchmal“ wohl.

### **Angstfreiheit**

„*Angstfreiheit*“ beinhaltet zahlreiche Items, die nach der Möglichkeit fragen, Sachen, Meinungen und auch sich selber als Person einzubringen. In dieser Skala zeigen nur die Mädchen aus der Klinik einen Wert von .026, der damit als signifikanter Wert zu bezeichnen ist. Von Probandinnen der Kontrollgruppe erleben 121 die Klassensituation mit „niedriger“ oder „mittlerer“ Angstfreiheit. 42% der Probandinnen erleben die Klasse mit „hoher“ Angstfreiheit.

### **Wertschätzung**

In der Skala „*Wertschätzung*“ wurde das „sich angenommen fühlen“ abgefragt. Dabei zeigte sich für die Gruppe der MKBO mit .003 ein hochsignifikanter Wert. Drei der Mädchen erlebten „niedrige“ Wertschätzung, die restlichen fünf erlebten in ihren Klasse „mittlere“ Wertschätzung. Alle anderen blieben auf dieser Skala nicht signifikant.

### **Mobbing und Bullying Allgemein**

Die Skala „*Mobbing Allgemein*“ beschreibt für keine Gruppe signifikante Werte. ( $p > 0.05$ )

### **Mobbing und Bullying als Täterin**

In der Skala „*Mobbing und Bullying als Täterin*“ zeigten sich keine signifikanten Werte. Etwa 93% der befragten Mädchen gaben an keine aktive Rolle als Täterin im Bereich von Mobbing und Bullying in ihren Klassen einzunehmen.

### **Mobbing und Bullying als Beobachter**

Die Skala „*Mobbing und Bullying als Beobachter*“ fragte die Mädchen nach den von ihnen beobachteten Mobbing- und Bullying-Situationen. Hier fällt auf, dass die Gruppe der MSES einen hochsignifikanten Wert erreichte: 15 von 18 der befragten Mädchen dieser Gruppe beobachteten „häufig“ oder „manchmal“ Situationen, in denen andere gemobbt wurden oder Gewaltandrohung oder Gewaltausübung durch Mitschüler/innen hinnehmen mussten.

### **Mobbing und Bullying als Opfer**

In dieser Skala wurde nach eigenen Mobbing- oder Bullying-Situationen gefragt, in denen die Probandinnen als Opfer betroffen waren. In dieser Skala zeigte sich die Gruppe der MSES mit einem Wert von .006 als hochsignifikant. Insgesamt drei Probandinnen erlebten solche Situationen häufig oder einige Male. Die Probandinnen der Kontrollgruppe gaben mit 92,4% an „sehr selten“ als Opfer Mobbing- oder Bullying-Situationen zu erleben. Auch die Gruppe der MSMS fiel mit einem Wert von .011 als signifikant auf.

### **Autonomes Verhalten**

In der Skala „*Autonomie*“ wurde in verschiedenen Items abgefragt, wie die Möglichkeiten der Einübung von Autonomie erlebt werden. Keines der Untersuchungsgruppe essgestörter Mädchen zeigte signifikante Werte zur Kontrollgruppe. Allerdings sollte wahrgenommen werden, dass 123 Mädchen von 158 Mädchen der Kontrollgruppe die Möglichkeiten der autonomen Mitgestaltung an ihren Schulen mit „sehr selten“ oder „manchmal“ einschätzten.

### **Beziehungsmerkmale zum Klassenlehrer**

In der Skala „*Beziehungsmerkmale zum Klassenlehrer*“ wurde nach dem Erleben der Beziehung gefragt. Innerhalb der Skala gab es hier keine signifikanten Ergebnisse ( $p > 0.05$ ). Trotzdem sollen an dieser Stelle einige Daten

genannt werden, die in der Gesamtgruppe der Mädchen erhoben wurden. Bei 27,3% der Mädchen war die/der Klassenlehrer/in beliebt. Ein Vorbild war der/die Klassenlehrer/in bei 7,6% der Mädchen. Persönlich angesprochen fühlten sich 36,7% Ebenso 36,7% gaben an, dass der/die Klassenlehrer/in für sie als Mensch interessiert. In ihrer Meinung ernst genommen fühlen sich 54%, fair und gerecht behandelt fühlen sich 59,5%. 54,6% der Mädchen fanden, dass ihr/e Klassenlehrer/in keine verletzenden und gemeinen Äußerungen tun.

MSMS	0.598	0.864	0.501	0.629	0.011	0.272	0.257	0.670	0.803	0.041	0.261	0.197	0.657
MSEBS	0.623	0.823	0.720	0.988	0.435	0.970	0.808	0.661	0.366	0.712	0.596	0.639	0.302
MSES	0.749	0.135	0.308	0.008	0.006	0.858	0.338	0.204	0.343	0.003	0.282	0.162	0.628
MKBO	0.003	0.526	0.735	0.574	0.425	0.798	0.332	0.008	0.089	0.000	0.001	0.003	0.026
MOAE													
	Wert-schätz-ung	Mobb & Bull Allge-mein	Mobb & Bull als Täterin	Mobb & Bull Beo-bachter	Mobb & Bull als Opfer	Auto-No-mie	Bezie-hung zum Lehrer	Bezie-hung zur Klasse	Ko-operation	Selbst-wirk-sam-keit	Kon-Kur-renz	Wohl-Füh-len	Angst-frei-heit

Legende:

p <= 0.001:

Höchstsignifikant  
Signifikant

p <= 0.01:

p > 0.05:

Hochsignifikant  
Nicht Signifikant

Abb. 6 Signifikanzniveaus der Skalendaten

#### 9.2.4 Betrachtung der Daten verschiedener Items aus dem Bereich der Interaktion in der Schule mit signifikanten bis höchstsignifikanten Werten nach Gruppen sortiert

Zahlreiche Items ergaben „höchstsignifikante“ bis „signifikante“ Werte. Dies spiegelte sich aber nur teilweise in den Skalen wieder. So wurden zur differenzierten Betrachtung die Items mit „höchstsignifikanten“ bis „signifikanten“ Werten herausgeschrieben und nach Werten den entsprechenden Gruppen zugeordnet. Außerdem finden hier noch einige Items Erwähnung, die Tendenzen widerspiegeln.

ITEMS AUS DEM BEREICH DER INTERAKTION IN DER SCHULE, MIT SIGNIFIKANTEN BIS HÖCHSTSIGNIFIKANTEN WERTEN NACH GRUPPEN SOTIERT	Bewertung
<b>MÄDCHEN MIT SYMPTOMEN EINER ESSUCHT (MSES):</b>	<b>höchstsignifikant</b>
Wir helfen uns gegenseitig in der Klasse	.000
In unserer Klasse habe ich jemanden zu etwas gezwungen	.000
Ich habe mehrere richtig gute Freundinnen in meiner Klasse	.001
Wenn eine Schüler nicht der Klassenmeinung ist, wird er ausgeschlossen	.001
In unserer Klasse habe ich jemanden angegriffen	.001
	<b>hochsignifikant</b>
Ich habe in meiner Klasse beobachtet, dass andere zu etwas gezwungen wurden	.002
Mein/e Klassenlehrer/in behandelt mich fair und ungerecht	.002
Ich wurde in meiner Klasse bedroht	.003
Die, die die besten Noten haben sind die Beliebtesten in der Klasse	.004
Ich habe in meiner Klasse beobachtet, dass andere erpresst wurden	.006
Ich habe in meiner Klasse Angst ausgelacht zu werden (Klamotten, Figur, und so weiter)	.006
Ich wurde in meiner Klasse erpresst	.009
	<b>signifikant</b>
Alle Meinungen in unserer Klasse werden respektiert	.020
In unserer Klasse habe ich jemanden bedroht	.030
Ich fühle mich von meinen Klassenkameraden unterstützt	.032
Ich habe in meiner Klasse beobachtet, dass andere bedroht wurden	.037
Ich habe Angst ausgelacht zu werden	.040
Ich fühle mich in meiner Klasse aus Außenseiter	.041
<b>ITEMS DIE TENDENZEN AUFZEIGEN</b>	
Ich wurde in meiner Klasse geschlagen	.055
Ich wurde in meiner Klasse beschimpft	.058
Ich wurde in meiner Klasse zu etwas gezwungen	.058
Ich kann meine Wünsche in der Klasse äußern	.063

<b>MÄDCHEN MIT SYMPTOMEN EINER ESS-BRECHSUCHT(MSEBS)</b>	<b>höchstsignifikant</b>
Ich unternehme auch nach dem Unterricht Sachen mit meinen Mitschülern	.000
	<b>hochsignifikant</b>
Wenn ich traurig bin, kann ich das in meiner Klasse auch zeigen	.002
Wir helfen uns gegenseitig in der Klasse	.009
In meiner Klasse sind wir alle einer Meinung	.009



	signifikant
Wenn jemand etwas erzählt hören die Anderen auch zu	.023
Ich sage nur etwas, wenn ich mir ganz sicher bin	.029
Ich habe mehrere richtig gute Freunde in meiner Klasse	.050
ITEMS DIE TENDENZEN AUFZEIGEN	
Wenn ich ein Problem habe gehen meine Freundinnen in meiner Klasse auch auf mich ein	.063
In unserer Klasse lernen wir auch voneinander	.065

MÄDCHEN MIT SYMPTOMEN EINER MAGERSUCHT (MSMS)	höchstsignifikant
Ich unternehme auch nach dem Unterricht Sachen mit meinen Mitschülern	.000
	hochsignifikant
Wenn ich traurig bin kann ich das in meiner Klasse auch zeigen	.002
Wir helfen uns gegenseitig in der Klasse	.002
	signifikant
Ich habe mehrere richtig gute Freundinnen in meiner Klasse	.020
Mir ist es wichtig was Mitschüler über mich denken	.042
Ich wurde in meiner Klasse beschimpft	.050
ITEMS DIE TENDENZEN AUFZEIGEN	
Wenn in unserer Klasse etwas gesagt wird, gibt es immer einige die die Augen verdrehen	.053
Ich fühle mich von meinen Klassenkameraden unterstützt	.063
Wenn ein Mitschüler nicht der Klassenmeinung ist wird er ausgeschlossen	.074
Wir haben viel Spaß in unserer Klasse	.078
Von meinem/r Klassenlehrer/in/Stufenlehrer/in fühle ich mich unterstützt	.087
Ich sage nur etwas, wenn ich mir ganz sicher bin	.090
Ich wurde in meiner Klasse zu etwas gezwungen	.091
Ich habe Angst in meiner Klasse ausgelacht zu werden z.B. wegen Klamotten oder Figur	.100
Ich unserer Klasse lachen wir gemeinsam	.102

MÄDCHEN AUS DER KLINIK BAD OEYNHAUSEN	höchstsignifikant
Ich erzähle meinen Freundinnen in der Klasse offen wie es mir geht	.000
Ich habe eine richtig gute Freundin in meiner Klasse	.000
Ich fühle mich in unserer Klasse alleine	.000
Ich fühle mich in meiner Klasse nicht verstanden	.000
Ich habe Angst in unserer Klasse ausgelacht zu werden (Klamotten, Figur und so weiter)	.000
Ich habe Angst in meiner Klasse eine abweichende Meinung zu haben	.000
Ich habe Angst ausgelacht zu werden, wenn ich im Unterricht eine falsche Antwort gebe	.000

Ich wurde in meiner Klasse zu etwas gezwungen	.000
	hochsignifikant
Wenn ich ein Problem habe gehen meine Freunde in der Klasse auf mich ein	.002
Alle Meinungen werden respektiert in unserer Klasse	.003
Ich habe mehrere richtig gute Freundinnen in unserer Klasse	.003
Ich bin neidisch auf die guten Leistungen der Anderen	.003
Ich habe eine eigene Meinung, die ich vertrete	.004
Wenn ich traurig bin kann ich das in unserer Klasse auch zeigen	.004
Ich kann in unserer Klasse sagen was ich denke	.006
	Signifikant
Ich fühle mich in meiner Klasse als Außenseiter	.011
Ich möchte besser sein als meine Klassenkameraden	.013
In meiner Klasse kann jeder sagen was er denkt	.023
Meine Rolle in der Klasse ist die selbe wie vor 6 Monaten	.025
Ich unternehme auch nach den Unterricht Sachen mit meinen Mitschülern	.025
In unserer Klasse hören wir uns gegenseitig zu	.026
Mir ist es wichtig was die Mitschüler über mich denken	.026
Meine Beziehung ist wechselhaft und instabil	.030
Ich habe Angst vor schlechten Noten	.031
Ich fühle mich von meinen Klassenkameraden unterstützt	.036
Mich ärgert es, wenn jemand bei mir abschreibt	.037
Ich habe einen richtig guten Freund in meiner Klasse	.043
Wir haben viel Spaß in unserer Klasse	.045
ITEMS DIE TENDENZEN AUFZEIGEN	
In unserer Klasse wird auf Schwächere Rücksicht genommen	.057
Ich habe in meiner Klasse beobachtet, dass jemand zu etwas gezwungen wurde	.064

Abb. 7

### 9.2.5 Selbstwirksamkeitserwartung

Der Test zur Selbstwirksamkeitserwartung von Jerusalem und Schwarzer zeigt folgende Ergebnisse. Eine „hohe“ Selbstwirksamkeitserwartung hatten 42,2% der befragten Mädchen. 53,1% erwarben in der Auswertung einen Wert der einer „mittleren“ Selbstwirksamkeitserwartung entspricht. 4,2% der Mädchen erreichten einen Wert der einer „niedrigen“ Selbstwirksamkeitserwartung entspricht. Hierbei zeigen sich sowohl MSMS mit einem signifikanten Wert von .041 als auch MSES mit einem hochsignifikanten Wert von .003 und MKBO mit einem höchstsignifikanten Wert von .000. Alle diese Gruppen hatten eine

deutlich „geringere“ Selbstwirksamkeitserwartung als die Kontrollgruppe. 13 MSMS, 13 MSES und 6 MKBO zeigten eine „niedrige“ oder „mittlere“ Selbstwirksamkeitserwartung. Nur die MSEBS fielen auch in diesem Test nicht auf.

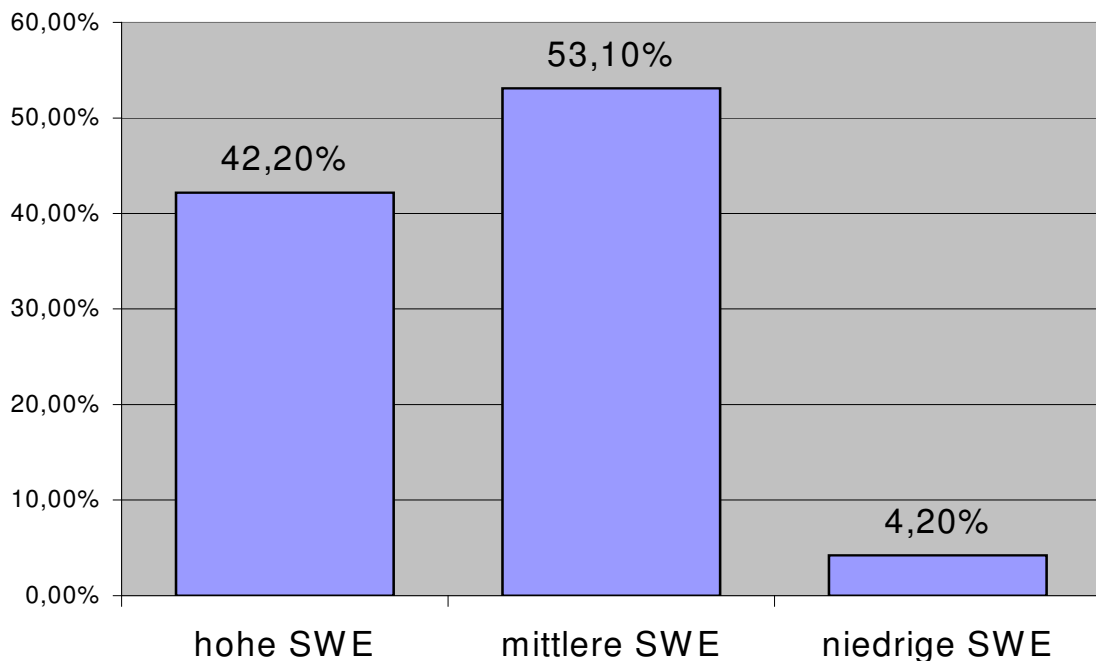


Abb. 8: Verteilung der unterschiedlichen Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung

Drei Probandinnen aus der Kontrollgruppe beschreiben sich mit einer „niedrigen“ Selbstwirksamkeitserwartung, zeigen aber kein auffälliges Essverhalten.

### 9.2.6 Offene Fragen des Fragebogens

Die Frage „Was ist dir in deiner Klasse an deinen Mitschülern am wichtigsten?“ wurde von den meisten Mädchen mit Vertrauen und Wertschätzung beantwortet. Auf die Frage „Welche Sachen würdest du am liebsten in deiner Schule machen?“ äußerten viele den Wunsch nach mehr Bewegungsangeboten und weiteren Angeboten im musischen Bereich.

## 9.3 Interpretation der Ergebnisse

Zur Interpretation der Ergebnisse möchte ich nochmals auf die relativ kleinen Zahlen der Probandinnen aus den problematischen Gruppen aufmerksam machen. Zudem wurden auch nur einige wenige Schulen befragt. Eine Weitergabe der Untersuchungsergebnisse sollte nicht ohne diesen Zusatz erfolgen. Trotzdem lohnt sich die Betrachtung der Ergebnisse.

Die Untersuchungsgruppe wurde bedingt vorselektiert, dass heißt sie entstand, wie schon unter Punkt 8.4 ff erläutert, durch Zwänge der Stundenplan-

gestaltung und der unterschiedlich ausgeprägten Bereitschaft der jeweiligen Klassenlehrer/innen zur Mitarbeit. Inwieweit die Bereitschaft der Klassenlehrer/innen ein Einflusskriterium ist kann hier nicht beantwortet werden.

Die Fragebögen wurden von den Mädchen des Klassenverbandes gleichzeitig und zeitgleich zum Unterricht, in einem separaten Raum ausgefüllt. Es ist davon auszugehen, dass die Mädchen eine Antwort geben mussten, die für sie selber noch akzeptabel erscheint. Dies kann zu der einen oder anderen Verzerrung führen. Ein Problem aller Befragungen, das sich jedoch nicht vermeiden lässt. Insgesamt scheinen die Ergebnisse aber ein hohes reflektiertes Umgehen mit sich selbst wiederzuspiegeln.

Zur allgemeinen Betrachtung des Themas „*Essverhalten, Körperzufriedenheit und Körperbild*“ kann gesagt werden, dass über die Hälfte der Mädchen sich mit dem Gedanken einer Diät beschäftigen. Fast die Hälfte sind unzufrieden mit Hüften, Bauch und Oberschenkeln. Nur knappe 17% sind mit ihrer Figur zufrieden. Wie eindeutig aus den oben genannten Zahlen hervorgeht, ist für Mädchen in den Jahrgangsstufen 8 bis 10 das Aussehen ein Thema, mit dem sich fast alle Mädchen intensiv beschäftigen. Die kritische Betrachtung des Themas fällt auf.

Nach dieser allgemeinen Betrachtung werden nun die unter Punkt 8.2.2 aufgestellten Untersuchungshypothesen geprüft. Es ergeben sich folgende Resultate:

*Mädchen, die Symptome einer Magersucht zeigen, zeigen ein anderes Interaktionsverhalten in der Klasse als Mädchen ohne auffälliges Essverhalten (H1).*

Auf den Skalenwerten zum Bereich der Interaktion im Klassenverband zeigten die Probandinnen mit Symptomen einer Magersucht keine signifikanten Unterschiede zu der Kontrollgruppe. Nur der Bereich von Mobbing und Bullying als Opfer zeigt einen signifikanten Wert. Mädchen mit MSMS sind signifikant häufiger Opfer von Mobbing und Bullying-Situationen als ihr Mitschülerinnen.

Bei der Betrachtung einzelner Items ist allerdings doch zu bemerken, dass sie höchstsignifikant seltener auch nach dem Unterricht noch Sachen mit ihren

Klassenkameraden unternehmen. Hochsignifikant war auch, dass sie seltener mehrere richtig gute Freundinnen in ihrer Klasse hatten, ebensowenig konnten sie in der Klasse zeigen, wenn sie traurig waren. Sie empfanden mehrheitlich, dass die Schüler in ihrer Klasse sich nicht gegenseitig helfen. Gleichzeitig war es ihnen wichtig, was Mitschüler über sie denken. Außerdem empfanden sie sich signifikant häufiger beschimpft als die Kontrollgruppe (vgl. Abb. 7).

Bei der Betrachtung dieser Ergebnisse fällt auf, dass Mädchen mit Symptomen einer Magersucht eher eine gute Freundin in der Klasse haben, sie aber keiner Peergruppe innerhalb der Klasse angehören. Dies bestätigt sich auch dadurch, dass MSMS nach dem Unterricht eher nichts mit ihren Mitschülern unternehmen. Innerhalb der Klasse scheinen diese Mädchen nur dadurch aufzufallen, dass sie nicht so stark in den Klassenverband integriert sind. Allerdings ist ihnen die Meinung der Mitschüler und Mitschülerinnen wichtiger als der Kontrollgruppe. Eine gegenseitige Hilfe in den Klassen wird von MSMS deutlich seltener als von der Kontrollgruppe wahrgenommen.

Eine Diskrepanz zeigt sich in der Abhängigkeit vom Urteil anderer Mitschüler bei gleichzeitig fehlendem Kontakt zu den Mitschülern. Ob der Kontakt zu den Mitschülern vermisst wird oder ob die Konzentration auf eine Person gewollt ist, kann aus den Daten nicht gelesen werden.

Das Gefühl von Traurigkeit kann von ihnen seltener in der Klasse gezeigt werden als von ihren Mitschülern.

Einige Ergebnisse einzelner Items zeigen einen Trend, der jedoch unter der statistischen Signifikanzgrenze bleibt. Trotzdem sollen diese erwähnt und interpretiert werden.

Sowohl die Unterstützung durch die Klassenkameraden als auch die Unterstützung durch die/n Klassenlehrer/in fallen hier auf. MSMS fühlen sich seltener unterstützt als die Kontrollgruppe. Dies lässt den Schluss zu, dass diese Mädchen zu dem Ergebnis kommen könnten „ich muss alleine mehr leisten als andere.“

Die Sorge wegen „Klamotten oder Figur“ ausgelacht zu werden, genauso wie die Feststellung, dass Klassenkameraden wegen einer anderen Meinung eher ausgeschlossen werden, ebenso wie der Item *„Wenn in unserer Klasse etwas gesagt wird, gibt es immer einige, die die Augen verdrehen“* zeigt, dass diese

Mädchen stark reflektieren, wie mit Antworten, Meinungen und äußerer Erscheinung von Mitschülern umgegangen wird. Sie machen sich in diesen Bereichen mehr Gedanken als die Kontrollgruppe. Dies legt die Vermutung nahe, dass sie auch ihr Verhalten mehr kontrollieren und versuchen den allgemeinen Vorstellungen der Mitschüler zu entsprechen. Diese Vermutung wird auch dadurch gestützt, dass diese Mädchen häufiger als ihre Mitschülerinnen erst dann etwas sagen, wenn sie ganz sicher sind.

Die MSMS erleben ihre Klassen als wenig humorvoll. Sowohl der Item *„Wir haben viel Spaß in unserer Klasse“* als auch der Item *„In unserer Klasse lachen wir gerne gemeinsam“* weisen hier diese Tendenz auf. Humor ist ein verbindendes Element zwischen Menschen und bedarf sowohl Vertrauen als auch Offenheit im Kontakt zum anderen. Kontrolle ist eher kontraproduktiv für Humor.

Die Überprüfung der Ergebnisse in einer größeren Stichprobe könnte zu einer klareren Aussage führen.

Extremer unterscheiden sich die Interaktionen der Gruppe der MKBO. Sie zeigen auf den Skalen „Beziehungsmerkmale zu dem Klassenkameraden“, „Konkurrenz“, „Wohlfühlen“, „Angstfreiheit“ und „Wertschätzung“ hochsignifikante bis signifikante Werte (vgl. Abb.6). Sie erleben mehr Konkurrenz in den Klassen, haben weniger Kontakte zu Mitschülern, fühlen sich weniger wohl und wertgeschätzt und haben mehr Angst als ihre Mitschüler. Dies bedeutet, dass sich das Interaktionsverhalten in der Klasse von Mädchen mit Magersucht in den genannten Bereichen deutlich von der Kontrollgruppe unterscheidet. Sie stellen sich isolierter und ängstlicher dar.

Bei der Betrachtung der einzelnen Items zeigen sich auch hier Besonderheiten im Kontakt zu den Freundinnen. In dieser Gruppe hatte nur ein Mädchen eine gute Freundin in der Klasse, die anderen sieben hatten keine gute Freundin in der Klasse. So können diese Mädchen in ihrer Klasse auch nicht erzählen wie es ihnen geht. Sie fühlen sich als Außenseiter, alleine und nicht verstanden. Gleichzeitig ist ihnen wichtig, was andere Mitschüler über sie denken. Hinzu kommt Angst davor wegen Äußerlichkeiten oder falscher Antworten in Unterricht ausgelacht zu werden. Die Angst vor schlechten Noten ist ausgeprägter als in der Kontrollgruppe. Dies spiegelt sich unter anderem in den

Aussagen wieder, dass die eigene Meinung eher selten vertreten wird, dass in der Klasse nicht jeder sagen kann was er denkt, dass Meinungen in der Klasse eher nicht respektiert werden. Von ihren Klassenkameraden fühlen sie sich eher nicht unterstützt, sondern erleben die Beziehungen als instabil und wechselhaft.

Die so viel deutlicheren Ergebnisse bei den Mädchen der MKBO könnten dadurch begründet sein, dass diese sich zur Zeit der Befragung außerhalb des Klassenverbandes befanden. Dies könnte ihnen ein klares und distanziertes Reflektieren der persönlichen Situation ermöglichen, zudem werden sie nach ihrem Aufenthalt in der Klinik vermutlich eine neue und vielleicht für sie bessere Position in der Klasse einnehmen. Außerdem waren sich die Mädchen sicher, innerhalb der Klinik die als belastend erlebte Situation im Klassenverbund mit Mitarbeitern/innen aufarbeiten zu können. Hinzu kommt die fortgeschrittene Erkrankung, bei der sich bestimmte Punkte in der Interaktion verstärken und so deutlicher zeigen. Auf der anderen Seite muss auch das Störungsbild mit seiner verzerrten Wahrnehmung im Blick bleiben. Trotzdem stellen sich die genannten Bereiche für die Mädchen mit Magersucht als problematisch dar.

Es bleibt also festzuhalten, dass sowohl Mädchen mit Symptomen einer Magersucht als auch Mädchen mit einer Magersucht weniger intensive Sozialkontakte innerhalb der Klasse haben. Gleichzeitig ist ihnen die Meinung der Mitschüler aber wichtig.

Die erste Hypothese kann somit bestätigt werden.

Die zweite Hypothese besagt, dass *Mädchen mit Symptomen einer Ess-Brechsucht (MSEBS) ein anderes Interaktionsverhalten zeigen als Mädchen ohne auffälliges Essverhalten (H2)*.

Bei den Mädchen dieser Gruppe konnten innerhalb der Skalen keine Unterschiede zu den Mädchen der Kontrollgruppe gefunden werden. Jedoch zeigen sich auch hier einzelne Items, die darauf verweisen, dass MSEBS den Kontakt zu ihren Mitschülern als problematisch empfinden. Traurigkeit kann schlechter gezeigt werden als in der Kontrollgruppe. Auch scheinen die Mädchen schlechter in den Klassenverband integriert zu sein. Jedoch weisen nur wenige Items einen Unterschied zur Kontrollgruppe auf. Insgesamt sind in nur 7 von

100 Items signifikante bis höchstsignifikante Unterschiede zu finden. Einige Tendenzen stützen die Interpretation, dass die Gruppe der MSBS mehr Ängste bei gleichzeitiger Kontaktproblematik hat. Interessant ist, dass einige signifikante Items sowohl bei der Gruppe MSMS als auch bei der Gruppe MSEBS ähnliche Ergebnisse zeigen.

Die zweite Hypothese kann ebenfalls bestätigt werden.

Allerdings sollte hier der Einwand bedacht werden, dass es wenige Unterschiede sind. Die Überprüfung der Ergebnisse in einer größeren Stichprobe wäre sinnvoll.

Die dritte Hypothese sagt aus, dass *Mädchen mit Symptomen einer Esssucht sich im Interaktionsverhalten im Klassenverband von Mädchen ohne auffälliges Essverhalten unterscheiden (H3)*.

Auf den Skalen „*Mobbing und Bullying als Beobachter*“ und „*Mobbing und Bullying als Opfer*“ zeigen die Mädchen der Gruppe MSES sehr signifikante Werte. Sie beobachten deutlich häufiger Mobbing- und Bullying-Situationen als ihre Mitschülerinnen. Eine besondere Sensibilität zeichnet sich hier ab. Möglicherweise entsteht diese Sensibilität aufgrund der eigenen Betroffenheit als Opfer in solchen Situationen. So wird das bekannte Gefühl eventuell schneller identifiziert als von der Kontrollgruppe. Zu prüfen wäre, ob diese Mädchen eine hohe Sensibilität und Mitschwingungsfähigkeit auch in anderen Lebensbereichen zeigen.

Auch die Betrachtung der einzelnen Items zum Thema Interaktion in der Klasse unterstützt den Eindruck, dass diese Mädchen mit den Themen „Mobbing“ und „Bullying“ häufiger befasst sind als die Kontrollgruppe. (vgl. Abb.7) Auch fühlen diese Mädchen sich von ihrer/m Klassenlehrer/in weniger fair und gerecht behandelt, als es die Mädchen der Kontrollgruppe taten. Implizierte Persönlichkeitstheorien, wie bei Forgas beschrieben, könnten auf Seiten der Lehrer eine tatsächliche Rolle spielen. Vielleicht werden aber auch von den Probandinnen Übertragungen aus anderen Lebensbereichen gemacht.

Hier fällt weiter auf, dass MSES zwei Items, die der Skala „*Mobbing und Bullying als Täterin*“ zugeordnet sind, höchst signifikant häufiger einräumten als die Kontrollgruppe: Sie haben in ihrer Klasse sowohl jemanden angegriffen, als auch jemanden zu etwas gezwungen. Um dies interpretieren zu können, bedarf



es einer intensiveren Befragung. Ursächlich für das Verhalten könnte möglicherweise sein, dass die Mädchen unter einem starken Druck stehen und/oder selbst erlebte Verhaltensmuster weitergeben.

Weitere Unterschiede zur Kontrollgruppe zeigen sich bei der Unterstützung durch Mitschüler, sie fühlen sich in der Klasse als Außenseiter und haben Angst in der Klasse wegen „Klamotten oder Figur“ ausgelacht zu werden.

In diesen Ergebnissen spiegelt sich ein anderes Interaktionsverhalten als bei Mädchen ohne Essstörungen.

Damit kann die dritte Hypothese bestätigt werden.

Die vierte Hypothese besagt, *Mädchen mit Magersucht zeigen ein anderes Interaktionsverhalten als Mädchen mit Ess-Brechsucht und als Mädchen mit Esssucht (H4).*

Es konnten Unterschiede und Ähnlichkeiten zwischen den Gruppen festgestellt werden.

In dieser Untersuchung ist deutlich geworden, dass bei allen Gruppen der intensive Kontakt zu den Mitschüler schwierig zu sein scheint. Die Mädchen der MSES fallen durch das spezielle Thema von Mobbing und Bullying auf. Sie unterscheiden sich hier von den Mädchen mit Symptomen einer Magersucht und von den Mädchen mit Symptomen einer Ess-Brechsucht.

Sinnvoll erscheint eine Befragung essgestörter Mädchen in Kliniken, da sich hier, wie die Gruppe der MKBO deutlich gezeigt hat, bestimmtes Interaktionsverhalten deutlicher abbildet.

Trotzdem kann diese Hypothese auf Grund der vorliegenden Ergebnisse bestätigt werden.

*Die Schulform hat einen Einfluss auf die Häufigkeiten des Auftretens von Essstörungen allgemein (H5).*

An allen Schulen zeigten sich Essstörungen. Da die Untersuchung aber nur in insgesamt acht Schulen durchgeführt wurde, muss gesagt werden, dass die vorgestellte Hypothese nicht genügend erforscht wurde, um eine Bestätigung oder eine Verwerfung der Hypothese vorzunehmen.

*Bestimmte Essstörungen sind an bestimmten Schulen häufiger zu finden (H6).*

Die Mädchen mit Symptomen einer anorektischen Störung waren besonders häufig in der Realschule oder dem Gymnasium zu finden. Ebenso wie 6 Mädchen von 18 mit adipösen Symptomen auf Gesamtschulen zu finden waren. Die Hauptschule zeigt jedes Störungsbild im mittleren Bereich. Die Mädchen mit bulimischen Symptomen zeigen sich in allen Schulformen mit etwa gleicher Verteilung.

Es wurden nur wenige Schulen in einem bestimmten Gebiet befragt. Die Zahl der Probandinnen mit gestörtem Essverhalten war zu klein um gültige Aussagen treffen zu können. Die Ergebnisse beziehen sich daher nur auf diese Schulen und können nicht verallgemeinert werden. Diese Hypothese konnte nicht ausreichend erforscht werden. Somit ist eine Verwerfung oder eine Bestätigung der Hypothese nicht möglich.

*Die Hypothese, dass Mädchen mit gestörtem Essverhalten weniger Freundinnen in ihrer Klasse haben als andere (H7), kann bestätigt werden.*

Bei allen Gruppen von Mädchen mit Essstörungen fiel auf, dass sie weniger mit den Klassenkameraden nach der Schule unternehmen. Für die Gruppen MSMS und MSES kann festgestellt werden, dass sie eher nur eine gute Freundin in der Klasse haben. Die Mädchen mit Ess-Brechsucht fielen zwar nicht auf durch den Kontakt zu Freundinnen oder einer Freundin in der Klasse, jedoch gaben sie signifikant häufiger als die Kontrollgruppe an, keine männlichen Freunde in der Klasse zu haben. Dies ist für Adoleszente in diesem Alter eher ungewöhnlich, da im Alter der Probandinnen, wie schon im Theorieteil beschrieben, die Entwicklung des Sexualtriebs i.d.R. schon eingesetzt hat.

Besonders auffällig im Kontakt zu Freundinnen sind die Mädchen aus der Klinik Bad Oeynhausen, sie gaben in der Mehrzahl an, weder eine feste Freundin, noch einen Freund in der Klasse zu haben. In dieser Gruppe wird das Fehlen einer Freundin besonders deutlich. Ob sich Freundinnen zurückgezogen haben oder ob diese Mädchen schon immer Probleme hatten, eine enge Bindung mit Gleichaltrigen einzugehen, kann aus den Daten nicht geschlossen werden. Auffällig ist, dass alle Mädchen aus der Klinik schon einmal die Klasse

gewechselt haben. So könnte angenommen werden, dass der Klassenwechsel in diesen Fällen ein Risikofaktor war.

Die Hypothese wird bestätigt.

*Wohlfühlen in der Klasse ist ein Schutzfaktor in Bezug auf Essstörungen (H8).*

In der Betrachtung der Daten fällt auf, dass keine der Gruppen von Mädchen mit Symptomen einer bestimmten Essstörung auf dieser Skala aufgefallen ist. Für eine differenzierte Betrachtung werden die Items der Skala auf signifikante Ergebnisse untersucht.

Wie unter der Hypothese 1 schon erwähnt, erleben die MSMS ihre Klassen als wenig humorvoll. Sowohl der Item „*Wir haben viel Spaß in unserer Klasse*“ als auch der Item „*In unserer Klasse lachen wir gerne gemeinsam*“ weisen hier diese Tendenz auf.

Für die MSES zeichnet sich ein Trend (.063) ab in denen sie angeben, dass es ihnen schwer fällt ihre Wünsche in der Klasse zu äußern.

Die anderen Items waren sowohl in dieser Gruppe, als auch den anderen Gruppen von Mädchen mit Symptomen einer Essstörung, unauffällig.

Es wurde nach Gefühlen wie „Einsamkeit“ und „Unverstandenheit“ gefragt. Möglicherweise ist es problematisch, diese in einem so ungeschützten Rahmen wie Schule ehrlich zu beantworten; dagegen spricht, dass es kaum auffällige Schwankungen bei diesen Items gab. Sie wurden weder häufiger noch seltener als andere beantwortet.

Nur die Gruppe der Mädchen aus der Klinik Bad Oeynhausen zeigten hier deutlich signifikante Ergebnisse für die Skala „*Wohlfühlen*“. Die Items „*Ich fühle mich in meiner Klasse alleine*“ und „*Ich fühle mich in meiner Klasse nicht verstanden*“ bildeten sich höchst signifikant ab. Auch der Item „*Wir haben viel Spaß in unserer Klasse*“ zeigte einen signifikanten Wert.

Einsamkeit, Verstehen und auch Humor sind besonders zu benennen. Das Wohlfühlen im Klassenverband scheint als Schutzfaktor eine Rolle zu spielen. Dies wird für die Klinikgruppe deutlich. Jedoch gibt es auch einzelne Hinweise für die Gruppe der MSMS und der MSES, die diese Hypothese bestätigen.

*Angstfreiheit in der Klasse ist ein Schutzfaktor in Bezug auf Essstörungen (H9).*

Zu dieser Skala sollte grundsätzlich gesagt sein, dass die Betrachtung dieser Ergebnisse nur unter Vorbehalt gesehen werden. Die Skala erreichte nur einen Wert von ,5981 in der Reliabilitätsanalyse.

Keine der Gruppen von Mädchen mit Symptomen einer Essstörung fallen in der Skala Angstfreiheit auf. Anders verhält es sich mit einzelnen Items der Skala.

Sowohl die MSMS als auch MSEBS können hoch signifikant seltener in ihrer Klasse zeigen wenn sie traurig sind. Dies kann auf dem Hintergrund der fehlende gleichaltrigen Vertrauensperson gesehen werden.

Die MKBO zeigen sich auch auf dieser Skala insgesamt signifikant.

So könnte auch hier davon ausgegangen werden, dass Angstfreiheit ein Schutzfaktor gegen die Entwicklung einer Essstörung sein kann.

*Wertschätzung in der Klasse ist ein Schutzfaktor in Bezug auf die Entwicklung einer Essstörung (H11).*

Auf der Skala „Wertschätzung“ zeigen nur die Mädchen aus der Klinik Bad Oeynhausen einen signifikanten Wert. Sie empfinden signifikant weniger Wertschätzung als die Kontrollgruppe. Es ist davon auszugehen, dass Wertschätzung ein Schutzfaktor in Bezug auf Essstörungen ist. Die Betrachtung der einzelnen Items zeigt unterschiedliche Ergebnisse verschiedener Gruppen. Alle Gruppe zeigen bei einzelnen Items signifikante Ergebnisse (vgl. Abb.7). Die Hypothese kann bestätigt werden.

*Mädchen die eine Essstörung haben, werden häufiger in der Klasse gemobbt als Andere (H11). Mädchen die eine Essstörung haben, machen häufiger Gewalterfahrungen in der Klasse als andere (H12).*

Die Gruppe der Mädchen mit Symptomen einer Esssucht beobachteten häufiger als ihre gleichaltrige Kontrollgruppe Vorfälle von Mobbing und Bullying. Wie oben schon deutlich gemacht wurde kann dies auf eine besondere Sensibilität für diese Vorgänge zurückzuführen sein, denn es ist auch deutlich geworden, dass Mädchen die Symptome einer Esssucht haben, signifikant häufiger als die Kontrollgruppe das Gefühl haben gemobbt zu werden und auch stärker als die Kontrollgruppe mit Gewaltsituationen konfrontiert sind. 3 von 18 Mädchen dieser Gruppe gaben an, eher häufiger geschlagen zu werden.

Ebenso wurden sie häufiger beschimpft, bedroht und erpresst. Möglicherweise schwingen sie in Situationen, in denen anderen so etwas geschieht, dann schnell mit. Mobbing und Bullying ist sicherlich für das Selbstwertgefühl eine große Kränkung. So könnte es sein, dass diese beiden Faktoren helfen, das Störungsbild Esssucht weiter aufrecht zu erhalten. Dies würde einen Teufelskreis beschreiben, der aus Essen und Abgelehnt-Sein besteht. Essen würde hier eigentlich das Bedürfnis nach Nähe und Zuwendung ersetzen. Auch wird in diesem Themenbereich deutlich, dass Mädchen mit einer Esssucht selber häufiger als die Kontrollgruppe aktiv als Täterin handeln. Aus der Befragung wird nicht deutlich, ob diese Handlungen als Reaktion auf eigenes Erlebtes geschehen und welche Personen hier verwickelt sind. Eine Spekulation könnte in die Richtung gehen, dass diese Mädchen sich in Mobbing- und Bullying-Situationen zur Wehr setzen. Eine andere Spekulation könnte sein, dass eigenes Erlebtes an Schwächere weitergegeben wird. Aufgrund der Daten kann hierzu keine Aussage gemacht werden.

Gesamt gesehen kann festgehalten werden, dass Mädchen mit Symptomen einer Esssucht häufiger als die Kontrollgruppe von Mobbing- und Bullying-Situationen betroffen sind.

Die anderen Mädchen mit Symptomen einer Essstörung sind nicht stärker als die Kontrollgruppe von Mobbing- und Bullying-Situationen betroffen.

*Mädchen die eine hohe Beziehung zur Klassenlehrerin haben, sind weniger von Essstörungen betroffen (H13).*

Diese Hypothese kann so für keine der Gruppen bestätigt werden. Allerdings zeigen die Ergebnisse der Befragung, dass viele der Mädchen nur einen relativ schwachen Kontakt zum/r Klassenlehrer/in haben. Ungefähr zwei Drittel der Mädchen fühlen sich persönlich eher nicht angesprochen und eher nicht unterstützt. 35,7% Mädchen sagen, dass ihr/e Klassenlehrer/in Interesse als Mensch an ihnen haben. 35,2% Mädchen empfinden dies manchmal so und 26,4% Mädchen empfinden dies eher nicht so. 54,6% der Mädchen gaben an dass ihr/e Klassenlehrer/in keine gemeinen oder verletzenden Sachen über Mitschüler sagt. Die restlichen 45,4% empfanden dies manchmal oder eher häufig. Für 7,1% der Mädchen ist der/die Klassenlehrer/in ein Vorbild. In ihrer

Meinung ernst genommen fühlten sich 54,0% der Mädchen. 59,5% der Mädchen fühlten sich von/m Klassenlehrer/in fair und gerecht behandelt.

Betrachtet man diese Ergebnisse, so wird schnell klar, dass die wenigsten Mädchen der 8. bis 10. Jahrgangsstufen einen vertrauensvollen Umgang mit ihren Lehrkräften haben.

*Mädchen mit gestörten Essverhalten haben eine niedrigere Selbstwirksamkeitserwartung (H14)*, diese Hypothese kann nur teilweise bestätigt werden.

Sowohl bei den Mädchen mit Symptomen einer Magersucht als auch bei den Mädchen mit Symptomen einer Esssucht, als auch bei den Mädchen aus der Klinik in Bad Oeynhausen findet sich eine signifikant niedrigere Selbstwirksamkeitserwartung als bei Mädchen der Kontrollgruppe. Dies bestätigt die in der Literatur zu findenden Beschreibungen von einer deutlich geringen Selbstwirksamkeitserwartung bei Mädchen mit Essstörungen. Für die Mädchen mit Symptomen einer Ess-Brechsucht kann dies in dieser Untersuchung nicht bestätigt werden.

Die „auffällige“ Unauffälligkeit der Mädchen mit Symptomen einer Ess-Brechsucht soll aber erwähnt werden. Möglicherweise zeigt sich hier auch der Effekt, dass diese Mädchen versuchen, ihre Probleme zu verbergen. Da im Fragebogen alle Items dieser Skala hintereinander abgefragt wurden, könnte für die Mädchen hier besonders klar geworden sein, auf welches Thema diese Fragen abzielten. Das Eingeständnis, nicht so von sich überzeugt zu sein, widerspricht dieser sonst eher „heimlichen Sucht“.

#### 9.4 Mögliche Einbindung der Ergebnisse in Präventionskonzepte der Schule

„Aufgabe der Schule ist es, durch Unterricht und Erziehung zur Entwicklung einer Persönlichkeit beizutragen, die auch in schwierigen Lebens- und Belastungssituationen bestehen kann. In diesem Sinne ist es das vorrangige Ziel der Suchtprävention in der Schule, solche Einstellungs- und Handlungsmöglichkeiten zu fördern, die zu konstruktiven Lösungen alltäglicher Lebensprobleme wie auch schwieriger Existenzfragen beitragen“ (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 3.7.1990 in: Coolen, 2002, 113).

Die Schule hat einen Erziehungs- und Bildungsauftrag, der die Gesundheitsförderung und die Vorbeugung gegenüber Suchtgefahren vorsieht.

Präventionsarbeit wird hier als integrierter Bestandteil des Gesamtkonzepts Schule verstanden.

In einer Untersuchung von Coolen zeigt sich die Unsicherheit vieler Lehrer, überhaupt mit dem Thema Essstörungen umzugehen. „Die Schule hat bislang nur einen geringen Stellenwert hinsichtlich der Information und Meinungsbildung zu essstörungsrelevanten Themen. Lehrer und Schulleiter unterschätzen die Körperunzufriedenheit und das Diätverhalten ihrer Schülerinnen. Dem deutlichen Bedarf an Prävention steht ein insgesamt Mangel an interdisziplinären Konzepten und Interventionen primärer und sekundärer Prävention gegenüber“ (Coolen, 2002, S 116).

Wesentlich ist dabei, den Blick nicht nur isoliert auf eine Problemlage zu richten, sondern das Gesamte zu sehen und zu versuchen, Strukturen zu verändern und eine Schule zu entwickeln, die den einzelnen Schüler in den Vordergrund stellt. „Nicht also Drogenberatung im Stundenplan oder beim Elternabend sind die entscheidenden präventiven Maßnahmen, sondern der pädagogische Impetus einer Schule“ (Bennack in: Niebaum, 2001, VII).

Im Rahmen des Schulunterrichts bieten sich Möglichkeiten gesundheitsförderliches Verhalten zu thematisieren und umzusetzen.

Lehrerinnen und Lehrer haben in ihrem Denken, Sprechen und Handeln starken Einfluss im Sinne eines Orientierungsmodells auf junge Menschen.

Erziehender Unterricht wird gefordert, aber es bleibt häufig bei der Wissensvermittlung. „Dabei wäre es wichtig, dass Lehrkräfte durch Aufbau von persönlichen Kontakten, durch Ermutigung und gezielte individuelle Förderung einen pädagogischen Bezug zum jungen Menschen aufbauen, ihm helfen, zu seinem ICH, zu seiner Identität zu kommen.“ (Badry/ Knapp in: Knapp (Hrsg.), 1996, 30)

In diesem Sinne zitiert Niebaum: „Bildung soll verstanden werden als Förderung und (Selbst) Hervorbringen der Fähigkeit und Bereitschaft zur Bewältigung der lebenslangen Aufgabe jeder Person durch freiheitliche, selbstbestimmte, eigentätige und reflexive Lernprozesse (in Sinne der humanen Hochform des „bildenden“ Lernens), in aktiver Auseinandersetzung des Subjekts mit seinen objektiven (natürlichen, ökonomischen, sozialen, politischen und kulturellen) Lebensverhältnissen eine möglichst ganzheitliche Entfaltung aller menschlichen Kräfte sowie ein möglichst umfassendes moralisches (gewissenszentriertes), mit- und selbstverantwortliches Handeln im Dienste der allgemeinen Lebensqualität und der individuellen (nicht egozentrischen) Selbstverwirklichung anzustreben, was nur im konfliktträchtigen Spannungsgefüge von Qualifikation und Humanität möglich ist“. (Haug in: Niebaum, 2001, 4).

Hierbei ist es der Autorin wichtig, den Aspekt der Interaktion zwischen Schülerinnen und Schülern mehr ins Blickfeld zu rücken.

Die Schule kann sich nicht als Institut für Wissensvermittlung verstehen, sondern ist ein wichtiges Erfahrungsfeld in dem Kinder und Jugendliche gefordert und gefördert werden sollen, um Kindern und Jugendlichen einen Raum zu bieten, an dem sie wachsen können. Es ist von großer Wichtigkeit, dass Lehrerinnen und Lehrer gemeinsames Lernen und Leben mit den Kindern, Jugendlichen und Eltern finden. So können die Kinder und Jugendlichen ihre sozialen, seelischen, geistigen und körperlichen Fähigkeiten voll entwickeln und ausschöpfen. Wesentlich hierfür ist die wechselseitige Unterstützung von Lehrern und Eltern. Die Vorgänge in der Adoleszenz werden häufig bemerkt. Wozu aber ein solches Verhalten notwendig ist, welche wesentlichen Entwicklungsaufgaben anstehen, dies bleibt sehr vielen Erwachsenen verborgen. Hier würde einfache Aufklärung und reflektiertes Betrachten mögliche positive Auswirkungen haben.



„Nicht die Folgen gesundheitsschädigenden Verhaltens sollen als Abschreckung zum Inhalt von Aufklärungs- und Informationsprozessen werden, sondern: Gesundheit, Gesunderhaltung, positives Denken, Handlungsfähigkeit, konstruktives Angehen von Problemen (kein Ausweichen z.B. durch Konsum von Nahrungsmitteln), Lernen von Verantwortung sich selbst gegenüber. Damit wird deutlich, dass zur Entwicklung einer gesunden Persönlichkeit außer der Erfüllung des lebenswichtigen Bedürfnisses nach angemessener Ernährung die folgenden elementaren Bedürfnisse der Jugendlichen und Kinder von Erwachsenen beachtet werden müssen:

- das Bedürfnis nach Schutz und nach Hilfe bei der Bewältigung existentieller Ängste,
- das Bedürfnis dazuzugehören und nach sozialer Bindung,
- das Bedürfnis nach einfühlendem Verstehen der Erwachsenen,
- das Bedürfnis nach Wertschätzung der Person (d.h. so wie das Kind ist),
- das Bedürfnis nach Anregung, Spiel und Leistung
- das Bedürfnis nach Freude beim Zusammensein mit anderen Menschen.“

(Badry/ Knapp in: Knapp (Hrsg.), 1996, 29/30)

Wesentlich erscheint der Autorin, die Beachtung dieser Bedürfnisse auch von Gleichaltrigen einzufordern.

Präventive Interventionen sollten zielgruppenspezifisch und nicht störungsspezifisch angelegt sein. (vgl. Buddeberg-Fischer, 2000, 135). Die Interventionen müssen in Wechselwirkung zu den verschiedenen Entwicklungsaufgaben von Mädchen in der Pubertät stehen.

Existentielle Fragen um Identität, Selbstwert und Rollenverhalten, Konflikte im Zusammenhang mit Autonomie- und Abhängigkeitswünschen, insbesondere der Ablösung von den Eltern, und Auseinandersetzung mit der körperlichen Reifung bilden in der Pubertät ein hohes Maß an zu bewältigenden Aufgaben. Werte werden hinterfragt. Freundschaften vertieft oder auch neu aufgebaut; dazu kommen Auseinandersetzung mit dem anderen Geschlecht, wesentliche Entscheidungen, wie die Berufswahl oder die Ziele im Leben. „Wenn Heranwachsende mehr gesundheitsrelevante Handlungskompetenz erlangen, werden sie weniger Gefühle von Überforderung und Ohnmacht entwickeln. Es

ist zu vermuten, dass dadurch auch die Entwicklung psychosomatischer Symptombildungen einschließlich Störungen des Essverhaltens günstig beeinflusst werden kann.“ (Buddeberg-Fischer, 2000, 135)

In Untersuchungen konnten bei Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen prämorbid, d.h. vor der Essstörung auftretende, psychische Störungen erfasst werden. In einer Langzeitstudie von Herpertz-Dahlmann u. a. im Jahr 1996 hatte die Hälfte der Patienten vor Ausbruch der Essstörung schon eine ärztliche Behandlung auf Grund einer psychischen Störung gesucht.

„Viele Patienten in dieser Untersuchung litten unter Angststörungen, insbesondere Trennungsangst, die die Bewältigung neuer sozialer Situationen im Vergleich zu gesunden Kindern erschwert hatte. Diese Ergebnisse zeigen nicht nur eine Gewichtsproblematik, sondern auch eine emotionale Störung, die sich vor allem in Angst und depressiven Störungen ausdrückt“. (Herpertz-Dahlmann, in: Gastpar/Remschmidt/Senf (Hrsg.), 2000, 37)

Die Veränderung des Verhaltens, des Denkens, der Emotion und der Regulation psychobiologischer Funktionen stehen bei der Erkrankung an einer Essstörung im Mittelpunkt. (vgl. Schweiger/Fichter in: Gaspar/Remschmidt/Senf (Hrsg.), 2000, 157)

Im Bereich der schulischen Präventionskonzepte gegen Essstörungen ist es notwendig, aufgrund der vielfältigen Einflussfaktoren, die eine Essstörung bedingen, unterschiedliche Ansätze zu verfolgen. Und erste Signale richtig zu erkennen und zu deuten.

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse der Untersuchung ist es nach Meinung der Autorin notwendig, die bereits bestehenden Ansätze von Präventionskonzepten um die Dimension der Interaktion im Klassenverband zu erweitern, da diese nachweislich Einfluss auf die Entwicklung, Aufrechterhaltung oder Auslösung einer Essstörung haben.

## 10 Zusammenfassung und Diskussion

Hurrelmann beschreibt Gesundheit als den "Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereich ihrer Entwicklung in Einklang mit eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet." (Hurrelmann in: Buddeberg-Fischer, 2000, 18)

Anliegen dieser Diplomarbeit war es, Mädchen in der Adoleszenz mit der speziellen Problematik einer Essstörung in den Mittelpunkt der Betrachtung zu stellen. Es wurde versucht das Störungsbild mit seinen Ausprägungen und seinen Erklärungsansätzen zu beschreiben.

Im Lebensumfeld Schule bewegen sich unsere Kinder und Jugendlichen viele Stunden des Tages. Es wurde der Frage nachgegangen, ob dieses wesentliche Lebensfeld Auswirkungen auf diese spezielle Problematik hat.

Zur Eingrenzung des Themas konzentriert sich die Diplomandin sich auf die Interaktion von Schülern und Schülerinnen. Gibt es möglicherweise verstärkende und aufrechterhaltende Faktoren innerhalb des Schulbereichs bezogen auf dieses Störungsbild? Kann Prävention bereits an diesen Faktoren ansetzen?

Dazu wurde untersucht wie Mädchen die Interaktion mit ihren Mitschülerinnen und Mitschülern erleben; dies hat im deutschsprachigen Raum bislang noch wenig Beachtung gefunden.

Um hier eine erste Analyse in diesem Bereich durchzuführen, wurde ein Fragebogen entwickelt. Dieser erhob Daten zur Person, zur Interaktion zwischen Schülerinnen und Schülern, zum Essverhalten, zum Körperbild, zur Selbstwirksamkeitserwartung und zu Wünschen der Schülerinnen bezogen auf die Schulkameraden und das Angebot der Schule. Die Befragung wurde in acht Schulen mit jeweils drei Klassen und in einer Klinik durchgeführt.

Im Bereich der Kliniken wurde das Thema der Untersuchung als relevant eingestuft und die Durchführung begrüßt, trotzdem war es dort ohne persönliches Erscheinen nicht möglich, Daten zu erheben. Dies ist sehr zu bedauern, da die Befragung der kleinen Untersuchungsgruppe der Klinik Bad Oeynhausen doch sehr deutliche Ergebnisse aufzeigte. Wünschenswert wären weitere Untersuchungen in Kliniken.

Die Ergebnisse des praktischen Teils deuten darauf hin, dass Mädchen, die Symptome einer Essstörung zeigen, auch im Klassenverband auffallen. Natürlich ist bei den Ergebnissen eine Verzerrung möglich, da es sich um (subjektive) Selbstaussagen handelt. Jedoch ist das subjektive Empfinden für die Emotionen und Kognitionen zu bestimmten Themen entscheidend.

Die Untersuchung ergibt für die Gruppen „Mädchen mit Symptomen einer Magersucht“ und „Mädchen mit Symptomen einer Esssucht“ im Bereich von "Freundschaft" deutliche Defizite.

Bei den Mädchen mit einer diagnostizierten Essstörung, treten besonders in den Bereichen „Wohlfühlen“, „Wertschätzung“ und „Angstfreiheit“ zusätzlich Unterschiede zu den Mitschülerinnen auf. Sie fühlen sich im Vergleich weniger wohl- und wertgeschätzt, gleichzeitig zeigen sie mehr schulsituationsbezogene Ängste

Mädchen mit Symptomen einer Esssucht unterschieden sich zudem im Hinblick auf Mobbing und Bullying deutlich von der Kontrollgruppe. Sie beobachteten und erlitten Mobbing und Bullying häufiger, wurden aber auch häufiger als Täterinnen aktiv.

Keine wesentlichen Unterschiede im Interaktionsverhalten der Kontrollgruppe ergaben sich für die Mädchen mit Symptomen einer Ess-Brechsucht. Lediglich für den Kontakt zu Mitschülern nach dem Unterricht zeigt sich ein signifikanter Wert. Wie schon unter 9.3 beschrieben könnte dieses mit dem Krankheitsbild zusammenhängen. Die Besonderheit dieses Störungsbildes ist die hohe Anpassung an sozial erwartete Normen. Die Mädchen sind besonders bemüht, nicht aufzufallen, wie zum Beispiel auch das körperliche Erscheinungsbild zeigt.

So wurden hier möglicherweise eher sozial erwünschte Angaben gemacht.

In unserer Gesellschaft laufen große Veränderungen in einem hohen Tempo ab. Dies ruft Ängste und Unsicherheit hervor. So ist es wichtig, in Phasen, in denen man sich selber am wenigsten versteht, emotionale und kognitive Unterstützung bei vertrauten Menschen zu finden. Je enger dieses Netz geknüpft ist, um so weniger ist Raum zum Fallen.

Die Tendenz der Vereinzelung zieht sich durch alle Lebensbereiche; ob dies letztendlich eine für uns gesunde Entwicklung ist, bleibt offen. Wie sehr Menschen unter sozialer Isolation leiden, können persönliche Gespräche verdeutlichen. Auch empirische Untersuchungen stützen die Einschätzung, dass gute zwischenmenschliche Beziehungen als bedeutsam empfunden werden.

Im Gespräch mit Jugendlichen aus der Klinik in Bad Oeynhausen wurde deutlich, wie belastend sie den Kontakt zu ihren Mitschülern empfanden. In den Klassen vermissten sie Vertrauen und Offenheit, es fehlte ihnen das gemeinsame Tun und die Möglichkeit, sich so zu zeigen wie sie wirklich sind, sich nicht immer nur stark fühlen zu müssen und Ähnliches.

Auffällig war, dass diese Themen auch von fast allen Mädchen in den Schulen aufgegriffen wurden. Zur Frage, was ihnen in ihrer Klasse am wichtigsten ist, zählten die meisten „Vertrauen“ und „ich möchte so sein können wie ich bin“ auf.

Die Realität scheint sich stark von den Wünschen zu unterscheiden, wie viele der Zahlen belegen konnten.

Der zwischenmenschliche Kontakt in den Schulen ist ein wesentlicher Wirkfaktor auf die gesunde Entwicklung der Menschen, die an diesem System beteiligt sind. Mädchen mit Essstörungen fallen in der Interaktion mit ihren Mitschülern auf.

Netze, die zur Entlastung des/r Einzelnen führen, helfen bestimmte Probleme abzuf puffern. Für die Mädchen mit gestörtem Essverhalten ist die Unterstützung von Freundschaften ein wesentlicher Punkt. Die Förderung der emotionalen Reifung muss ebenso im Mittelpunkt von Schulen stehen wie die Wissensvermittlung.

Für die meisten Mädchen in der Adoleszenz sind Figur und äußeres Erscheinungsbild wesentlich für ihr allgemeines Wohlfühlen. 83% der Mädchen

gaben an, mit ihrer Figur nicht zufrieden zu sein. 19% der Mädchen zeigen Symptome einer Essstörung.

Im Hinblick auf diese hohen Prozentzahlen und die vorgestellten Ergebnisse der Untersuchung wird die Frage nach präventiven Maßnahmen zwingend.

Aus Sicht der Autorin müssen die folgenden grundsätzlichen Aspekte eine besondere Beachtung in der Präventionsarbeit von Schulen im Hinblick auf Essstörungen finden:

- Themen, wie die Entwicklung von Körper, Geist und Seele in den Schulen in noch intensiverer Form als bislang aufgreifen.
- Möglichkeiten des Ausprobierens und Einübens angemessener individueller Umgangsformen im sozialen Kontext anbieten, um so die psychosoziale Kompetenz zu fördern.
- Anerkennung der Persönlichkeit jedes einzelnen Schülers und die Unterstützung der emotionalen Reifung des Einzelnen, dazu gehört auch die Herausbildung einer moralischen Kompetenz.

Es bieten sich große Ressourcen, wenn es möglich ist,

- die Klassengemeinschaften zu stärken,
- Respekt und Offenheit zu fördern,
- Strukturen von Solidarität und Gemeinschaft mit Schülern, Eltern und Lehrern zu entwickeln und
- Fachkräfte der Jugendhilfe einzusetzen, die gemeinsam mit Lehrern soziale Prozesse in der Klasse begleiten und unterstützen.

Sowohl Schüler als auch Eltern und Lehrer sind in der Zeit der Adoleszenz besonders gefordert. Die Auseinandersetzung mit Fragen dieser Lebensphase ist Voraussetzung für ein verstehendes Miteinander. Eine Forderung an die Eltern und ist es, sich immer wieder klar zu machen, welche Fragen und Probleme, aber auch welche Hoffnungen und Wünsche ihre Kinder bewegen. Der reflektierte Umgang mit dem eigenen Körper und der eigenen Seele sollten Grundlage für die Weitergabe bestimmter Werte an unsere Kinder sein. Nicht alle sind in der Lage oder es gewohnt, eigene Handlungen kritisch zu hinterfragen. So ist es wesentlich, hier die Hilfe von Lehrern, aber auch

anderen Hilfsstrukturen unserer Gesellschaft in Anspruch zu nehmen. Oftmals bedarf es nur einen Impuls, um Veränderungen wirksam herbeizuführen. Das selbstreflektierte mit sich Umgehen setzt die Diplomandin bei Lehrern und Lehrerinnen als selbstverständlich voraus.

Sinnvoll wäre es, wenn Suchtberater oder Mitarbeiter anderer Institutionen der Jugendhilfe, Prozesse kontinuierlich im Klassenverband begleiten würden. Dies könnte Lehrer dabei unterstützen, ihre Sichtweise wesentlicher Entwicklungsprozesse im Kindes- und Jugendalter zu erweitern. Unter der Perspektive der Förderung emotionaler Reifung bekommen auch bereits bestehende Konzepte neue Anregungen.

Vor der Einführung der Ganztagschulen sollten solche Gedanken Einfluss auf die Konzeptentwicklung neuer Schulformen haben. Die Berücksichtigung der gesunden emotionalen und sozialen und kognitiven Entwicklung unserer Kinder und Jugendlichen sollte dringend im Vordergrund der Überlegungen stehen.

## 11 Literatur

**Badry, E., Knapp, R.:** Gesundheitserziehung und Suchtvorbeugung als Teilaufgabe von Erziehung. In: Knapp (Hrsg.): Vorbeugung gegenüber Suchtgefahren. Neuwied. 1996.

**Bäuerle, D.:** Sucht & Drogen-Prävention in der Schule. München 1996.

**Bäuerle, D. (Hrsg.):** Der suchtgefährdete Schüler. Eine neue Herausforderung für Lehrer, Eltern und Schüler. Regensburg. 1993.

**Braun, K.-H.; Wetzel, K.:** Sozialpädagogisches Handeln in der Schule. Einführung in die Grundlagen und Konzepte der Schulsozialarbeit. Neuwied. 2000.

**Brezinka, W.:** Grundbegriffe der Erziehungswissenschaft. Konstanz 1990.

**Buddeberg-Fischer, B.:** Früherkennung und Prävention von Essstörungen. Essverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen. Stuttgart 2000.

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.):** Geschlechtsbezogene Suchtprävention. Praxisansätze Theorieentwicklung Definitionen. Köln. 1998.

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.):** Schutz oder Risiko? Familienumwelten im Spiegel der Kommunikation zwischen Eltern und Kindern. Köln. 2000.

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.):** Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention. Dokumentation. Berlin. 2002.

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.):** Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile. Eine empirische Studie. Köln. 2003.

**Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.):** Teenex- ein Programm zur primären Suchtprävention im Jugendalter. Stuttgart; Berlin und Köln 2000.

**Combe, A./ Helsper, W.:** Was geschieht im Klassenzimmer? Perspektiven einer Hermeneutischen Schul- und Unterrichtsforschung. Zur Konzeptualisierung der Pädagogik als Handlungstheorie. Weinheim. 1994.

**Coolen, K.:** Analysen zur Notwendigkeit präventiver Intervention bezüglich Essstörungen bei Mädchen an weiterführenden Schulen und Möglichkeiten zur Weiterentwicklung von Prävention. Diplomarbeit. Köln. 2002.

**Cuntz, U., Hillert, A.:** Essstörungen. Ursachen Symptome Therapie. München. 1998.

**Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren E.V. (Hrsg.):** Essstörungen. Eine Information für Ärztinnen und Ärzte. Wermelskirchen. 1997.

**Deutsche Shell (Hrsg.): Jugend 2002.** 14. Shell Jugendstudie. Frankfurt am Main. 2002.

**DeZwaan, M.:** Diagnostik und psychiatrische Komorbidität der Essstörungen. In: Gaspar, M., Remschmidt, H., Senf, W.: Essstörungen: Neue Erkenntnisse und Forschungsperspektiven. Sternenfels. 2000.

**Dreher, E., Oerter, R.:** Jugendalter. In: Oerter, R., Montada, L.: Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim . 1998.

**Duden:** Fremdwörterlexikon. 6. überarbeitete und erweiterte Auflage. Augsburg. 1999.



**Eickhoff, C.:** Schutz oder Risiko? Familienumwelten im Spiegel der Kommunikation zwischen Eltern und ihren Kindern. Eine Studie von c. Eickhoff und J. Zinnecker. Im Auftrag der BZgA. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 11. Köln. 2000.

**Faulstich- Wieland, H.:** Individuum und Gesellschaft. Sozialisationstheorien und Sozialisationsforschung. München. Wien. Oldenburg. 2000.

**Fehrmann, P. :** Die Psyche isst mit. Wie sich Ernährung und Psyche beeinflussen. München. 2002.

**Fend, H.:** Identitätsentwicklung in der Adoleszenz: Lebensentwürfe, Selbstfindung und Weltaneignung in beruflichen, familiären und politisch- weltanschaulichen Bereichen. Bern. Stuttgart. Toronto. 1991.

**Figura, E.:** Essstörungen im Spiegel weiblicher Identitätsbildung. Dokumentation des Mädchenhaus Köln e.V.. Köln. 1997.

**Fischer, V.:** Suchtprävention bei Jugendlichen. Theoretische Aspekte und empirische Ergebnisse. Regensburg. 2001.

**Flaake, K., King, V. (Hrsg.):** Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen. Frankfurt am Main. 1992.

**Forgas, J.P.:** Soziale Interaktion und Kommunikation: eine Einführung in die Sozialpsychologie. Weinheim. 1995.

**Gaspar, M., Remschmidt, H., Senf, W. (Hrsg.):** Essstörungen: Neue Erkenntnisse und Forschungsperspektiven. Sternenfels. 2000.

**Gerlinghoff, M., Backmund, H.:** Was sind Essstörungen?. Ein kleines Handbuch zur Diagnose, Therapie und Vorbeugung. Weinheim. 2000.

**Gerlinghoff, M., Backmund, H., Mai, N.:** Magersucht und Bulimie. Verstehen und bewältigen. Weinheim. 1999.

**Gerlinghoff, M., Backmund, H.,:** Essen will gelernt sein. Ess- Störungen erkennen und behandeln. Weinheim und Basel. 2000.

**Giesecke, H.:** Was Lehrer leisten. Porträt eines schwierigen Berufs. Weinheim und München. 2001.

**Grundmann, A.:** Drogenkonsum und Suchtprävention bei Jugendlichen. Sinngehalt von Prävention und Intervention an einem ausgewählten Beispiel. Frankfurt a. M. 1998.

**Habermas, T.:** Essstörungen der Adoleszenz. In: Oerter, R., Montada, L.: Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim . 1998.

**Habermas, T.** Liegt's wirklich an der Werbung?. In: Gaspar, M., Remschmidt, H., Senf, W.: Essstörungen: Neue Erkenntnisse und Forschungsperspektiven. Sternenfels. 2000.

**Hagemann-White, C.:** Sozialisation: weiblich-männlich?. Alltag und Biografie von Mädchen. Opladen. 1984.

**Hein, A.:** Ressourcenorientierte Untersuchung erwachsener Kinder aus alkoholismusbelasteten Familien. Diplomarbeit. Köln. 2001.

**Herpertz, S.:** Risikogruppen bei Essstörungen. In: Gaspar, M., Remschmidt, H., Senf, W.: Essstörungen: Neue Erkenntnisse und Forschungsperspektiven. Sternenfels. 2000.

**Herpertz-Dahlmann, B.:** Spezielle Probleme von Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen. In: Gaspar, M., Remschmidt, H., Senf, W.: Essstörungen: Neue Erkenntnisse und Forschungsperspektiven. Sternenfels. 2000.

**Homfeldt, H.G., Laaser, U., Prümel- Philippsen, U., Robertz-Grossmann, B. (Hrsg.):** Studienbuch Gesundheit. Soziale Differenz-Strategien-Wissenschaftliche Disziplinen. Neuwied. 2002.

**Horstkemper, M.:** Schule, Geschlecht und Selbstvertrauen. Eine Längsschnittstudie über Mädchensozialisation in der Schule. München. 1987.

**Höge, H.:** Schriftliche Arbeiten im Studium. Ein Leitfaden zur Abfassung wissenschaftlicher Texte. 2. Aufl.. Stuttgart. 2002.

**Hurrelmann, K.:** Einführung in die Sozialisationstheorie. Weinheim u. Basel. 2002.

**Jahn, M.:** Jugend und Sucht. Aufklären Verhüten Erkennen Helfen. Wien. 2001

**Jerusalem, M., Schwarzer, R.:** Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung. [Internet]. Verfügbar unter: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/germscal.htm>. [29.06.2003].

**Kammerer, B., Riemann, K. (Hrsg.):** Jump. Ein Brückenschlag zwischen Suchtprävention und Jugendhilfe. Freiburg i. B. 1997.

**Kappelhoff:** Beispiel zur Reliabilitätsanalyse einer Likertskala. [Internet]. Verfügbar unter: [www.wiwi.uni-wuppertal.de/kappelhoff/papers/reliability.pdf](http://www.wiwi.uni-wuppertal.de/kappelhoff/papers/reliability.pdf). [23.10.03]

**Keller, S.:** Motivation zur Verhaltensveränderung. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg im Breisgau. 1999.

**Kindler, W.:** Gegen Mobbing und Gewalt!. Ein Arbeitsbuch für Lehrer, Schüler und Peergruppen. Leipzig. 2002.

**Knapp, R.(Hrsg.):** Vorbeugung gegenüber Suchtgefahren. Neuwied, 1996.

**Kolip, P.:** Geschlecht und Gesundheitsverhalten im Jugendalter: Theoretische Konzeptionen und gesundheitswissenschaftliche Konsequenzen. In: Röhrle, B., Sommer, G.: Prävention und Gesundheitsförderung. Freiburg. 1999.

**Köster, G., Dannigkeit, N., Tuschen-Caffier, B.:** Prävention von Essstörungen. Wirksamkeit eines Trainingsprogramms an Schulen. In Zeitschrift für Gesundheitspsychologie. 9. 147-157. Göttingen. 2001.

**Krebs, B.:** Essstörungen bei Frauen im historischen Wandel. In: Landesstelle gegen Suchtgefahren in Baden-Württemberg (Hrsg.): Essstörungen. Ansätze zu interprofessioneller Hilfe. Stuttgart. 2000.

**Kühne-Vieser, K., Thuma-Lobenstein :** Sozialisation: weiblich. Theorien zur geschlechtsspezifischen Sozialisation. Mössingen. Talheim. 1993.

**Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.):** Body & Soul. Mädchen und Gesundheit. Köln, 2001.

**Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg (hrsg.):** Essstörungen. Ansätze zu interprofessioneller Hilfe. Stuttgart. 2000.

**Loviscach, P.:** Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Sucht. Eine Einführung. Freiburg i. B. 1996.

**Lösel, F.; Bender, D.:** Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklungspsychologie: Zur Kontroverse um patho- versus salutogenetische Modelle. in: Mandl, H (Hrsg.): Bericht über den 40. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie 1996 in München. Göttingen, 1997.

**Meyers:** Meyers grosses Taschenlexikon in 24. Bänden. 5. überarbeitete Auflage. Mannheim, Leipzig, Wien und Zürich. 1995.

**Michl, W.:** Positionen und Provokationen zur Erlebnispädagogik. in: Jugend & Gesellschaft, H.1 1998.

**Minsel, B.:** Begriffsklärung- Soziale Interaktion. In: Minsel, B.; Roth, W.K. (Hrsg.): Soziale Interaktion in der Schule. München, Wien und Baltimore, 1978.

**Minsel, B.; Roth, W.K. (Hrsg.):** Soziale Interaktion in der Schule. München, Wien und Baltimore, 1978.

**Mittag, W., Jerusalem, M.:** Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. In: Röhrle, B., Sommer, G. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Freiburg. 1999.

**Niebaum, I.:** Leitlinien einer schulischen Suchtprävention. Grundlagen der Schulpädagogik Bd. 40. Hohengehren. 2001.

**Nolda, S.:** Interaktion in pädagogischen Institutionen. Qualitative Sozialforschung 8. Opladen. 2000.

**Oerter, R., Montada, L.:** Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim . 1998.

**Paulus, P. (Hrsg.):** Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln. 1992.

**Paulus, P.:** Die gesundheitsfördernde Schule als pädagogischer Schulentwicklungsansatz. In: Röhrle, B., Sommer, G. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Freiburg. 1999.

**Pekrun, R.:** Emotion, Motivation und Persönlichkeit. Fortschritte der psychologischen Forschung. Weinheim u. München. 1996.

**Petzold, H. G., Goffin, Joy J. M., Oudhof, J.:** Protektive Faktoren und Prozesse- die „positive“ Perspektive in der longitudinalen „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in der Praxis der Integrativen Therapie. In: Frühe Schädigung - späte Folgen?: Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 1, Petzold, Hilarion G. (Hrsg.): Paderborn 1993.

**Pudel, V., Westenhöfer, J.:** Ernährungspsychologie. Eine Einführung. Göttingen. 1998.

**Reiger, H.:** Face-to-face Interaktion. Ein Beitrag zur Soziologie Erving Goffmans. Frankfurt am Main. 1997.

**Renner, B., Schwarzer, R.:** Gesundheitspsychologie. In: Homfeldt, H.G., Laaser, U., Prümel-Philippsen, U., Robertz-Grossmann, B. (Hrsg.): Studienbuch Gesundheit. Soziale Differenz-Strategien-Wissenschaftliche Disziplinen. Neuwied. 2002.

**Rhyner, T., Zumwald, B. (Hrsg.):** Coole Mädchen- starke Jungs. Ratgeber für eine geschlechterspezifische Pädagogik. Bern, Stuttgart, Wien. 2002.

**Röhrle, B., Sommer, G. (Hrsg.):** Prävention und Gesundheitsförderung. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung Bd. 4. Tübingen. 1999.

**Sack, M., Henninger, S., Lamprecht, F.:** Veränderungen von Körperbild und Körpererleben bei essgestörten und nichtessgestörten Patienten im Verlauf der stationären Psychotherapie. In: Psyther Psych Med. 52. 64-69. Stuttgart und New York. 2002.

**Scheerer, M.:** special: Sucht. Reinbeck bei Hamburg 1995.

**Schwarzer, R.:** Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Göttingen 1990.

- Schwarzer, R.:** Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen. 1996.
- Schwarzer, R.:** Stress, Angst und Handlungsregulation. Stuttgart. 2000
- Schwarzer, R.:** Das HAPA-Modell. [Internet]. Verfügbar unter: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/hapa.htm>. [02.01.03.]
- Schweiger, U., Fichter, M.M.:** Psychobiologie der Essstörungen. In: Gaspar, M., Remschmidt, H., Senf, W.: Essstörungen: Neue Erkenntnisse und Forschungsperspektiven. Sternenfels. 2000.
- Selg, R.:** Soziale Interaktionsformen II. Schüler-Schüler Interaktion. In: Minsel, Roth, (Hrsg.): Soziale Interaktion in der Schule. Baltimore und Wien. 1978.
- Stark, W. (Hrsg.):** Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis. Freiburg im Breisgau. 1989.
- Stroebe W., Stroebe M.:** Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Ein sozialpsychologischer Ansatz. Eschborn bei Frankfurt a. M.. 1998.
- Schulz von Thun, F.:** Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Reinbek. 1994.
- Tillmann, K.-J. (Hrsg.):** Jugend weiblich Jugend männlich. Opladen. 1992.
- Timmermann, H., Wessela, E. (Hrsg.):** Jugendforschung in Deutschland. Eine Zwischenbilanz. Opladen. 1999.
- Tusch, M.:** Einführung in die Arbeit mit SPSS für Windows. Köln. 2002.
- Ulich, K.:** Einführung in die Sozialpsychologie der Schule. Weinheim, Basel. 2001.
- Vandereycken, W./ Meermann, R.:** Magersucht und Bulimie. Ein Leitfaden für Betroffene und Angehörige. Göttingen. 2000.
- Vandereycken, W./ van Deth, R./ Meermann, R.:** Hungerkünstler Fastenwunder Magersucht. Eine Kulturgeschichte der Essstörungen. München. 1992.
- Vopel, K.W.:** Themenzentriertes Teamtraining Teil 3. Interaktion im Team. Salzhausen. 1996.
- Watzlawick, P.:** Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern, Stuttgart, Wien. 1985.
- Wellhöfer, P.R.:** Grundstudium. Sozialwissenschaftliche Methoden und Arbeitsweisen. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart. 1997.
- Witteriede, H.:** Schul Soziale Arbeit und Gesundheitsfördernde Schule. Gesunde und erfolgreiche Lebensphase Schulzeit für alle Schülerinnen und Schüler. Baltsmannsweiler. 2003.
- Wulfhorst, B.:** Theorie der Gesundheitspädagogik. Legitimation, Aufgabe und Funktion von Gesundheitserziehung. Weinheim u. München. 2002.
- ZFG/ZFS (Hrsg.):** Körper und Geschlecht. Bremer-Oldenburger Vorlesungen zur Frauen- und Geschlechterforschung. Opladen. 2002.
- Zimmermann, P.:** Grundwissen Sozialisation. Opladen. 2000.

## 12 Anhang

1. <u>Adressen der Einrichtungen</u>	<u>2</u>
2. <u>Anschreiben an die Praxisstellen</u>	<u>3</u>
3. <u>Informationsschreiben für die Praxis</u>	<u>4</u>
4. <u>Anschreiben für Mädchen und Eltern</u>	<u>6</u>
5. <u>Einverständniserklärung der Eltern</u>	<u>7</u>
6. <u>Fragebogen für Mädchen mit Essstörungen</u>	<u>8</u>
7. <u>Fragebogen für Mädchen</u>	<u>13</u>
8. <u>Kodierungsschema</u>	<u>19</u>
9. <u>Auswertung des Testinstruments</u>	<u>25</u>
10. <u>Teilübersetzung EDI</u>	<u>28</u>
11. <u>Pretest</u>	<u>32</u>
12. <u>Reliabilitätsanalysen</u>	<u>38</u>

**Adressen der teilnehmenden Institutionen:**

Nicolaus Cusanus Gymnasium  
Reuterstrasse 51  
51465 Bergisch Gladbach

Gymnasium Odenthal  
Gemeinschaftshauptschule Odenthal  
An der Buchmühle 29  
51519 Odenthal

Marie-Curie-Realschule  
Ahornweg  
51469 Bergisch Gladbach

Realschule im Kleefeld  
Gemeinschaftshauptschule Im Kleefeld  
Im Kleefeld  
51467 Bergisch Gladbach

Integrierte Gesamtschule Paffrath  
Borngasse 86  
51469 Bergisch Gladbach

Gesamtschule Kürten  
Olpenerstr.4  
51515 Kürten

Klinik am Korso  
Dr. med Rau / Frau Dipl. Sozarb. Hurchzer  
Ostkorso 4  
32545 Bad Oeynhausen

**Adressen der angeschriebenen Institutionen:**

Elisabeth Klinik  
Kinder und Jugendpsychiatrie  
Herr Hermanns/Frau Eiselt  
Marsbruchstrasse 162a  
44287 Dortmund

Adipositas- Rehabilitations-Zentrum  
INSULA  
Frau Dr.med. Siegfried  
83489 Strub/Berchtesgaden

Paracelsus Wittekind Klinik  
Oberarzt Dr. Hoffmann  
Ämterweg 5  
49152 Bad Essen

**Adressen der angeschriebenen Institutionen:**

Märkische Klinik Gmbh  
Klinik Lüdenscheid  
Abtl, Kinder und Jugendpsychiatrie  
Klinikdirektor Dr. Franke  
Hofuhrstr. 25  
58509 Lüdenscheid

Kinderfachklinik Sassendorf  
Frau Lepever  
Postfach 1180  
59499 Bad Sassendorf

Spessart-Klinik Bad Orb  
Herr Thomas Kukula  
Würzburger Straße 7-11  
63619 Bad Orb  
e-Mail: spessartklinik.gf@t-online.de

Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke  
Dr. med. Michael Meusers  
Gerhard Kienle Weg 4  
58131 Herdecke

ZI-Mannheim  
Prof.Dr. Martin H. Schmidt  
Postfach 1221  
68072 Mannheim

Psychosomatische Fachklinik  
St. Franziska-Stift Bad Kreuznach  
Franziska-Puricelli-Str.3  
55543 Bad Kreuznach

Bonner Zentrum für Essstörungen  
Kaiserstr. 9  
53113 Bonn

Mädchenberatungsstelle des Mädchenhaus  
Köln e.V.  
Kaesenstr. 18  
50677  
e-mail: mädchenhaus@netcologne.de

Frauen helfen Frauen e.V.  
Berliner Str,4  
53879 Euskirchen

**Birgit Brochhagen-Beier**

Wipperfürther Strasse 185

51515 Kürten-Miebach

Telefon: 02207-2823

eMail: bbrochhage@aol.com

XXXXXXXXXX

XXXXXXXXXX

XXXXXXXXXX

XXXXXXXXXX

Telefonat vom XXX

Sehr geehrte XXXX

wie bereits telefonisch besprochen, übersende ich Ihnen hiermit die Fragebögen für Mädchen mit gestörtem Essverhalten. (Bearbeitungszeit ca. 35 min.)

Hier noch mal einige kurze Informationen zu meiner Anfrage.

Im Rahmen meiner Diplomarbeit führe ich für die Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen Köln eine Untersuchung durch. Ich habe einen Fragebogen entwickelt, der an etwa 250 Schülerinnen aller Schulformen in den Jahrgangsstufen 8-10 ausgeteilt wurde. Der Fragebogen besteht aus Fragen zur Person, zur Interaktion in der Schule, zum Störungsbild und zur Selbstwirksamkeitserwartung (SWE nach Jerusalem und Schwarzer).

In meiner Arbeit untersuche ich bestimmte Interaktionsmerkmale, um Erkenntnisse für den Präventionsbereich zu sammeln. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der beigefügten Kurzinformation.

Nun suche ich Mädchen mit gestörtem Essverhalten in entsprechendem Alter, die bereit sind, einen Fragebogen auszufüllen.

Jeder bearbeitete Bogen ist für mich wertvoll.

Dass der Fragebogen anonym ist, versteht sich hier von selbst.

Eine Rücksendung der bearbeiteten Fragebögen sollte bis zum 15.09.03 erfolgen.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Ich freue mich über die Zusammenarbeit und danke für die Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

---

Birgit Brochhagen-Beier

Anlagen

**Birgit Brochhagen-Beier**

Wipperfürther Strasse 185  
51515 Kürten  
Tel. 02207-2823

**Kurzinfo** für XXXXX

Katholische Fachhochschule Abt. Köln –

Diplomarbeit im Fach Sozialpädagogik:

*„Mädchen mit gestörtem Essverhalten im Kontext schulischer Interaktion.“*

Empirische Untersuchung der Auswirkungen von ausgewählten Interaktionsmerkmalen innerhalb der Schule auf die Entwicklung von Mädchen im Hinblick auf Essstörungen.“

Interaktionsprozesse zwischen Schülerinnen und Schülern laufen innerhalb und außerhalb des Klassenraumes ab. Dies ist nur ein kleiner Ausschnitt der komplexen Sozialbeziehungen der Mädchen. Unsere Kinder und Jugendlichen verbringen viele Stunden ihres Tages in der Schule. Sie ist eine der zentralen Lebenswelten.

In unterschiedlichen Untersuchung wird deutlich, wie stark der Einfluss von Peergruppen im Jugendalter ist. Der Stufenverband ist eine Gruppe in der sich die Mädchen täglich bewegen und bewerten.

Bislang wurde der Bereich von Schule in Bezug auf Essstörungen wenig beleuchtet.

Jedoch stehen hier wesentliche Fragen um Identität, Selbstwert und Rollenverhalten, Konflikte im Zusammenhang mit Autonomie- und Abhängigkeitswünschen, insbesondere von den Eltern, und die Auseinandersetzung mit der körperlichen Reifung, mit Freundschaften, dem anderen Geschlecht und auch Entscheidungen wie die Berufswahl an.



Mit entsprechenden Handlungskompetenzen ausgerüstet, werden die Anforderungen zu bewältigen sein. Hierbei kann ein Klassenverband ermutigen und unterstützen, aber auch verunsichern und manipulieren.

Gibt es Interaktionsmerkmale die Mädchen in dieser Phase unterstützen?

Unterscheiden sich die Kognitionen, zur Interaktionen im Klassenverband, von Mädchen mit Essstörung und von denen ohne?

Untersuchungsziele:

1. die Betrachtung unterschiedlichen Erlebens der Interaktion bei Mädchen im Alter zwischen 13 und 17 Jahren im Kontext der Schule
2. Vergleich von Interaktionsmerkmalen bei Mädchen mit und Mädchen ohne Essstörung
3. gibt es Interaktionsmerkmale, die gezielt unterstützt, positive Auswirkungen auf die Zeit der Adoleszenz in der Schule haben
4. die sozialen Beziehungen innerhalb des Klassenverbandes sollen ins Blickfeld gesetzt werden
5. neue Impulse für die Präventionsarbeit in Schulen

Methode:

Ich habe einen Fragebogen entwickelt, der an 250 Schülerinnen aller Schulformen in den Jahrgangsstufen 8-10 ausgeteilt wurde. Außerdem an 7 Kliniken. Bearbeitungsdauer ca. 35 Min.

Der Fragebogen der für Ihre Patientinnen eingesetzt werden soll besteht aus Angaben zur Person, zum Interaktionsverhalten in der Schule, zur Essstörung und wird ergänzt von einer Skala zur Selbstwirksamkeitserwartung, die von Jerusalem und Schwarzer entwickelt wurde.

Die abgefragten Kategorien sind: Beziehungsmerkmale zu Mitschülern und Lehrern, Mobbing, Kooperation, Konkurrenz, Angstfreiheit, Wohlbefinden, Wertschätzung und autonomes Verhalten.

**Birgit Brochhagen-Beier**

Wipperfürther Strasse 185

51515 Kürten

Tel.: 02207-2823

Liebe Schülerinnen, sehr geehrte Eltern,

um gute Ideen und Konzepte zur abgestimmten Gesundheitsvorsorge entwickeln zu können, ist es wichtig Fragen zu stellen.

Im Rahmen meiner Diplomarbeit führe ich für die Katholische Fachhochschule Nordrhein Westfalen in Köln eine Studie zum Thema „Gesundheitliches Verhalten in der Schule“ durch.

Hierzu habe ich einen Fragebogen entwickelt, der an 200 Schülerinnen der Jahrgangsstufen 8-10 aller Schulformen ausgeteilt wird. Der Fragebogen ist kein Test, sondern fragt nach persönlichen Einstellungen und Meinungen der Schülerinnen.

Der Fragebogen ist anonym.

Es wäre sehr schön, wenn Ihr/Sie mich hierbei unterstützen würdet/en. Um bei der Fragebogenaktion mitmachen zu können, ist es notwendig, die Einverständniserklärung der Eltern unterschrieben wieder mitzubringen.

Ich bedanke mich im Voraus für die Mithilfe.

Mit einem freundlichen Gruß

Birgit Brochhagen-Beier



## **Einverständniserklärung**

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass Daten über mein Kind \_\_\_\_\_ ausschließlich im Rahmen der wissenschaftlichen Studie „Gesundheitliches Verhalten in der Schule“ durch die Katholische Fachhochschule Nordrhein Westfalen in Köln erhoben und elektronisch in verschlüsselter und anonymisierter Form gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Die Daten werden nur für wissenschaftliche Zwecke verwertet. Die verschlüsselten Daten dürfen nicht die Identität des Einzelnen erkennen lassen. Eine Weitergabe der Daten an Dritte geschieht nicht.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

<b><u>1</u></b>	<b><u>EINLEITUNG</u></b>	<b><u>1</u></b>
<b><u>2</u></b>	<b><u>EINE EINFÜHRUNG IN DEN THEORETISCHEN TEIL DER ARBEIT</u></b>	<b><u>4</u></b>
<b><u>3</u></b>	<b><u>SOZIALISATION VON MÄDCHEN IN VORADOLESZENZ UND ADOLESZENZ</u></b>	<b><u>9</u></b>
<b>3.1</b>	<b>ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGISCHE ASPEKTE BEI MÄDCHEN IN VORADOLESZENZ UND ADOLESZENZ</b>	<b>10</b>
3.1.1	FRÜHADOLESZENZ	10
3.1.2	ADOLESZENZ	11
<b>3.2</b>	<b>PEERGRUPPEN</b>	<b>15</b>
<b>3.3</b>	<b>FREUNDSCHAFTEN</b>	<b>17</b>
<b>3.4</b>	<b>SCHULISCHE KOEDUKATION</b>	<b>18</b>
<b><u>4</u></b>	<b><u>ESSSTÖRUNGEN</u></b>	<b><u>21</u></b>
<b>4.1</b>	<b>ESSSTÖRUNGEN – DIAGNOSEKRITERIEN NACH DSM IV</b>	<b>21</b>
4.1.1	MAGERSUCHT (ANOREXIA NERVOSA):	22
4.1.2	ESS-BRECHSUCHT (BULIMIA NERVOSA):	23
4.1.3	ESSSUCHT (ADIPOSITAS/BINGE-EATING-DISORDER)	24
4.1.4	ATYPISCHE ESSSTÖRUNGEN (NICHT NÄHER BEZEICHNETE)	25
<b>4.2</b>	<b>ÄTIOLOGIE VON ESSSTÖRUNGEN</b>	<b>26</b>
4.2.1	SOZIOKULTURELLE EINFLÜSSE	26
4.2.2	IDENTITÄTSTHEORETISCHER ANSATZ	28
4.2.3	STRESSTHEORETISCHE SICHT	28
4.2.4	KONSTITUTIONSTHEORIE	30
4.2.5	NEUROBIOLOGISCHE FAKTOREN	31
4.2.6	PSYCHOANALYTISCHE OBJEKTBEZIEHUNGSTHEORIE	32
4.2.7	SYSTEMTHEORETISCHER ANSATZ	33
4.2.8	KOGNITIVE LERNTHEORIE	34
4.2.9	KRITISCHE LEBENSEREIGNISSE ALS MÖGLICHE URSACHE	35

<b><u>5</u></b>	<b><u>INTERAKTION UND SCHULE</u></b>	<b><u>36</u></b>
5.1	BEGRIFFSKLÄRUNG INTERAKTION	36
5.2	INTERAKTION IN DER SCHULE ZWISCHEN SCHÜLERN	39
5.3	SCHUTZ- UND RISIKOFAKTOREN IM SCHULALLTAG	44
5.4	ERGEBNISSE SCHULISCHER PROJEKTE ZUR PRÄVENTION VON ESSSTÖRUNGEN	47
<b><u>6</u></b>	<b><u>GESUNDHEITSVERHALTEN</u></b>	<b><u>49</u></b>
6.1	ENTWICKLUNG THEORETISCHER ANSÄTZE ZUM GESUNDHEITSVERHALTEN	49
6.2	DAS SOZIAL-KOGNITIVE PROZESSMODELL GESUNDHEITLICHEN HANDELS	50
6.2.1	DIE MOTIVATIONSPHASE	51
6.2.1.1	Risikowahrnehmung	51
6.2.1.2	Selbstwirksamkeitserwartungen	52
6.2.1.3	Handlungs-Ergebnis-Erwartungen	52
6.2.2	DIE VOLITIONSPHASE	53
6.2.2.1	Handlungsplanung	53
6.2.2.2	Handlungsinitiierung und -aufrechterhaltung	53
6.3	DIFFERENZIIERTES MODELL PRÄVENTIVEN UND GESUNDHEITLICHEN HANDELNS	55
<b><u>7</u></b>	<b><u>ZUSAMMENFASSUNG DES THEORIETEILS</u></b>	<b><u>56</u></b>
<b><u>8</u></b>	<b><u>FORSCHUNGSABLAUF DER UNTERSUCHUNG</u></b>	<b><u>59</u></b>
8.1	VORBEREITUNG DER UNTERSUCHUNG	59
8.2	PLANUNG UND DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG	60
8.2.1	DAS UNTERSUCHUNGSZIEL	60
8.2.2	FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN	60
8.3	ERHEBUNGSMETHODE	63
8.3.1	DAS MESSINSTRUMENT	66
8.4	GEWINNUNG DER UNTERSUCHUNGSGRUPPE	78
8.4.1	SCHULE	78
8.4.2	KLINIKEN UND SONSTIGE EINRICHTUNGEN	79
8.4.3	PROBLEME BEI DER REKRUTIERUNG	80

<b>8.5</b>	<b>ABLAUF DER BEFRAGUNG</b>	<b>81</b>
8.5.1	SCHULE	81
8.5.2	KLINIKEN	82
<b>9</b>	<b><u>ERGEBNISSE</u></b>	<b><u>84</u></b>
<b>9.1</b>	<b>REFLEXION DES MESSINSTRUMENTES</b>	<b>84</b>
<b>9.2</b>	<b>DARSTELLUNG DER FÜR DIE ARBEIT RELEVANTEN DATEN</b>	<b>86</b>
9.2.1	DIE UNTERSUCHUNGSGRUPPE	86
9.2.2	SOZIODEMOGRAPHISCHE MERKMALE DER STICHPROBE	89
9.2.3	DATENBETRACHTUNG AUF DEN SKALEN ZUM INTERAKTIONSVERHALTEN IN DER SCHULE	92
9.2.4	BETRACHTUNG DER DATEN VERSCHIEDENER ITEMS AUS DEM BEREICH DER INTERAKTION IN DER SCHULE MIT SIGNIFIKANTEN BIS HÖCHSTSIGNIFIKANTEN WERTEN NACH GRUPPEN SORTIERT	95
9.2.5	SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG	98
9.2.6	OFFENE FRAGEN DES FRAGEBOGENS	99
<b>9.3</b>	<b>INTERPRETATION DER ERGEBNISSE</b>	<b>99</b>
<b>9.4</b>	<b>MÖGLICHE EINBINDUNG DER ERGEBNISSE IN PRÄVENTIONSKONZEPTE DER SCHULE</b>	<b>111</b>
<b>10</b>	<b><u>ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION</u></b>	<b><u>115</u></b>
<b>11</b>	<b><u>LITERATUR</u></b>	<b><u>120</u></b>
<b>12</b>	<b><u>ANHANG</u></b>	<b><u>1</u></b>