

Sozialpädiatrische Behandlung frühkindlicher Fütter- und Essstörungen – pflegerische Aspekte

Christine Huber



Die Sozialpädiatrie orientiert sich als Querschnittswissenschaft der Kinder- und Jugendheilkunde an den individuellen Bedürfnissen des Kindes und den Stärken des sozialen Umfeldes. Sie befasst sich mit den Bedingungen kindlicher Gesundheit und Entwicklung sowie deren Störungen und Auswirkungen. Daraus resultiert, dass die Familie im Zentrum der sozialpädiatrischen Behandlung steht. In einer disziplinübergreifenden Zusammenarbeit werden die Ressourcen des Kindes und seiner Familie gestärkt und Probleme interdisziplinär behandelt.

Im Kinderzentrum München bestehen die Teams der Klinik für Sozialpädiatrie und Entwicklungsrehabilitation aus Kinderarzt, Psychologe und Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern. Je nach den individuellen Bedürfnissen des Kindes wird das Team von weiteren Therapeuten unterstützt.

Einen Bereich der vielfältigen Entwicklungsstörungen bzw. -auffälligkeiten bilden Fütter- und Essstörungen. Ausgehend vom Fütter- und Essverhalten des Kindes besteht das gemeinsame Ziel darin, die Nahrungsaufnahme qualitativ und quantitativ zu verbessern. Dabei werden die Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes und seiner Familie berücksichtigt.

Ein weiteres Ziel besteht darin, die intuitiven Fähigkeiten der Eltern für den Entwicklungsprozess ihres Kindes zu stärken. Dies bietet dem Kind eine sichere Basis, um seine Fertigkeiten im eigenen Tempo auszubauen.

Der Alltag betroffener Familien ist oft vollständig auf die Nahrungsaufnahme des Kindes ausgerichtet. Für die ganze Familie wird Essen nicht selten zum Muss und Zwang. Nahrungsmengen und Körpergewicht rücken in den Vordergrund, das Familienleben reduziert sich auf Zahlen. Angst und Ohnmacht bestimmen den Familienalltag. Nicht selten bringt dieser Prozess die Familie an ihre Grenzen und verhüllt die elterliche Intuition für eine normale Essentwicklung. Somit besteht ein weiteres therapeutisches Ziel darin, dass die Fa-

milie das Essen wieder als Genuss empfinden und die gemeinsame Mahlzeit positiv-kommunikativ erleben kann.

Stationäre Aufnahme

Die Fütter- und Esstherapie im Kinderzentrum München beinhaltet eine intensive Elternanleitung. Diese findet in einem gemeinsamen Wohn- und Spielbereich sowie in so genannten Beobachtungsräumen statt. Das Patientenspektrum reicht von an sich gesunden Säuglingen und Kleinkindern bis zu schwer körperlich und/oder geistig behinderten Kindern mit unterschiedlichsten Grunderkrankungen. Behandelt werden Kinder mit und ohne nasale bzw. PEG-Sonde. Das Entwicklungsalter der Kinder liegt in der Regel unter drei Jahren. Die Aufenthaltsdauer beträgt im Durchschnitt vier Wochen.

Dem stationären Aufenthalt geht eine ambulante Vorstellung des Kindes beim Arzt und Psychologen voraus. Der Klinikaufenthalt selbst beginnt mit einem interdisziplinären Aufnahmegespräch. In diesem Rahmen hat die Familie bereits die Möglichkeit, sich mit dem stationären Team über die Probleme und Fähigkeiten des Kindes auszutauschen.

Wünschenswert ist die Teilnahme beider Elternteile am therapeutischen Prozess. Leider ist dies vielen Vätern aus beruflichen Gründen nicht über die gesamte Aufenthaltsdauer möglich. Nicht selten ist in der Familie eine Außensei-

ter-Position des Vaters zu beobachten, die Mütter übernehmen in der Regel die Rolle der Essens-Managerin. Das Bewusstsein der Väter für die Chance, das eigene Kind bei einem wichtigen Fortschritt zu begleiten, nimmt erfreulicherweise zu.

Die Aufgabe der Gesundheits- und Kinderkrankenschwester ist, die Eltern im therapeutischen Prozess intensiv und praktisch zu begleiten. Nur in seltenen und begründeten Ausnahmefällen wird der Fütterprozess von der Pflegefachkraft selbst übernommen.

Viele Eltern fokussieren sich zu sehr auf das Fernziel, z. B. die Sondenunabhängigkeit oder die Aufnahme einer ausreichend großen Nahrungsmenge. Ihnen fällt schwer, auch kleine Erfolge wahrzunehmen und zu würdigen. Die anleitende Gesundheits- und Kinderkrankenschwester nutzt den Effekt des Augenblicks aus, um den Eltern die positiven Fortschritte des Kindes zu erläutern und zu verdeutlichen. In der Nachbesprechung können einzelne Aspekte der Fütter- bzw. Essenssituation erneut aufgegriffen werden.

Grundlagen für den pflegerisch-therapeutischen Prozess

Die Forschung über frühkindliche Fütter- und Essstörungen wurde wesentlich von Chatoor (1) geprägt. Ihre Ergebnisse basieren auf jahrzehntelangen

Aufnahmegespräch

- Die Eltern schildern den Verlauf der Fütter- und Essstörung aus ihrer Wahrnehmung.
- Das interdisziplinäre Team hört die Sichtweise der Eltern und beobachtet erste Interaktionsmuster innerhalb der Familie.
- Anhand der Schilderungen der Eltern und der Kenntnisse aus der Krankengeschichte werden aktuelle Probleme und Ressourcen erfragt.
- Die Eltern formulieren ihren Therapiewunsch und das Ziel des Aufenthaltes.
- Das Team stellt therapeutische Möglichkeiten vor und gibt Informationen zum stationären Aufenthalt.

Klassifikation von Fütter- und Essstörungen nach Chatoor

1. Fütterstörungen mit Beeinträchtigung der homöostatischen Regulation
2. Fütterstörungen mit unzureichender Wechselseitigkeit der Eltern-Säuglings-Beziehung
3. Infantile Anorexie
4. Fütterstörungen mit sensorischer Nahrungsverweigerung
5. Posttraumatische Fütterstörungen
6. Fütterstörungen im Zusammenhang mit einer bestehenden medizinischen Erkrankung
7. Komplexe und multikausal bedingte Fütterstörungen

Chatoor 2008 und 2011, jeweils dreitägige Fortbildungsreihe in München
Thema: Diagnostik und Klassifikation frühkindlicher Fütterstörungen.

Erfahrungen mit betroffenen Familien. Die von Chatoor und Kollegen vorgeschlagene Klassifikation der Fütter- und Essstörungen basiert auf entwicklungs-spezifischen Aspekten und bezieht psychodynamische Aspekte der frühen Kindheit ein. Sie beschreibt typische Erscheinungsmuster und therapeutische Ansätze, die sich als klinisch relevant erwiesen haben.

Die Klassifikation von Chatoor wurde in eines der wichtigsten englischsprachigen diagnostischen Manuale für psychische Störungen des frühen Säuglings- und Kindesalters – Zero To Three, ZTT-DC 0-3 (2,3) – in wesentlichen Teilen übernommen. Im klinischen Alltag treten Subtypen der Fütter- und Essstörungen häufig kombiniert auf. Bei der praktischen Arbeit liegt die entscheidende Hilfe in der differenzierten Betrachtungsweise der jeweiligen Problematik. Diese wurden von Chatoor aus psychodynamischer Sicht sehr gut herausgearbeitet und anhand von Studien untermauert (1).

Im stationären Alltag wird das pflegerisch-therapeutische Vorgehen auch von den Erkenntnissen der frühkindlichen Bindungs- und Interaktionsforschung nach Papoušek (4) und von einer modifizierten Verhaltenstherapie beeinflusst. Jeder Patient unterliegt einer ganz individuellen Betrachtung, bei der die Einzigartigkeit des Kindes und seiner Familie im Vordergrund steht und den therapeutischen Weg aufzeigt. Sowohl in Ess- als auch in Alltagssituationen werden Hindernisse, die einer normalen Fütter- und Essentwicklung im Weg stehen, ausfindig gemacht und entsprechende individuelle Lösungswege gesucht. Letztendlich resultiert die differenzierte Betrachtung der Schwierigkeiten von Kind und Familie in der Erstellung eines disziplinübergrei-

fenden Therapieplans. Dieser wird im Laufe des Prozesses immer wieder angepasst. Auch der kulturelle Hintergrund der Familie wird dabei berücksichtigt.

Bei der praktischen Anleitung beobachten die Pflegefachkräfte im Wesentlichen die drei wichtigen Aspekte der kindlichen Entwicklung, nämlich die Motorik, die Emotion und die Wahrnehmung.

Da das Kind nicht isoliert von seiner Familie betrachtet werden kann, gilt die **Interaktion** als grundlegende Basis der kindlichen Entwicklung und wird entsprechend in die Beobachtung einbezogen (Abb. 1). Nachvollziehbare elterliche Reaktionen in der wechselseitigen Beziehung sorgen für einen sicheren Rahmen, der kindliche Exploration zulässt und Nachahmung fördert.

Motorik

Wichtige Meilensteine für eine regelrechte Entwicklung der oralen Nahrungsaufnahme sind der Lippenschluss, ein koordiniertes Saugen und ein altersentsprechendes Kauverhalten. Der Schluckakt wird durch die Mundboden- und Zungenmuskulatur eingeleitet und pharyngal durch den Verschluss der Trachea vollzogen. Auf allen Ebenen können Störungen schwerwiegende Fütterhindernisse nach sich ziehen. Deutliche mundmotorische Fortschritte können mit der Orofazialen Regulationstherapie aus dem Castillo Morales®-Konzept erzielt werden. In diese werden die Eltern vom Physiotherapeuten intensiv eingeführt. Das Kind soll die mundmotorischen Fertigkeiten in den einzelnen Füttersituationen üben. In der Anleitung durch die Pflegefachkräfte werden die Fütterposition optimiert, Hilfsmittel wie geeignete Löffel oder Sauger benutzt und bei Bedarf die Konsistenz der Nahrung angepasst. Ein umsichtiges Fütterverhalten ist bei mundmotorischen Störungen unerlässlich, um Verschlucken und Aspiration zu vermeiden.

Zuschauer sein zu dürfen, wenn ein Kind nach Wochen zum ersten Mal den Löffel im Mund akzeptiert und darüber die gemeinsame Freude von Eltern und Kind im ganzen Raum erstrahlt, ist ein besonderes Geschenk, dass manch schwierigen therapeutischen Weg vergessen lässt.



Abb. 1: Aspekte der kindlichen Entwicklung auf der Basis von Interaktion

Emotion

Emotion ist ein wichtiges Beziehungselement, das erlaubt, mit der Umwelt in Kontakt zu gelangen. Die Emotionen des Kindes geben Einblick in das kindliche Gefühlsleben. Abwehr- oder Panikreaktion, z. B. auf die ins Blickfeld des Kindes kommende Saugerflasche, oder Vermeidung von Blickkontakt während des Fütterns, stehen beispielhaft für emotionale Störungen, die die Essentwicklung negativ beeinflussen. Auch können frühkindliche Auffälligkeiten im Emotionalverhalten Ausdruck von Bindungsstörungen sein, beispielsweise bedingt durch psychische Erkrankungen der Mutter oder Vernachlässigung. Zurückgezogenheit und fehlender Blickkontakt des Kindes können auch erste Hinweise auf autistische Züge oder kindliche Depression sein und erfordern eine weitergehende Beobachtung.

Das Temperament des Kindes, als Teil seiner Individualität, beziehen die Pflegefachkräfte in ihre Tätigkeit ein.

Vertrauensvolles Miteinander

Um die Qualität der Bindung zwischen Eltern und Kind zu verbessern, liegt eine wichtige Aufgabe der pflegerischen Begleitung darin, den Eltern die Signale ihres Kindes aufzuzeigen und verständlich zu machen. Ein sicheres Bindungsverhalten muss gefördert werden, und zwar nicht nur in Bezug auf die Esssituation. Gerade beim gemeinsamen Spiel sind für die Eltern Rückmeldungen an sie hilfreich. Das so genannte „Baby-Watching“ integrieren die Pflegefachkräfte in den Alltag. Vorwurfsvolle, belehrende Worte oder eine Übernahme der Handlung durch die Pflegefachkräfte hingegen sind für die Eltern wenig hilfreich und bringen sie in eine Konkurrenzposition. Stattdessen spiegeln die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen die kindlichen Affekte und interpretieren diese gemeinsam mit den Eltern. Auf diese Weise fassen die Pflegefachkräfte die Bedürfnisse des kleinen Patienten in Worte und fördern adäquate, elterliche Reaktionen.

Angst überwinden

Kinder mit traumatischen Erfahrungen im orofazialen Bereich, z. B. Intubation oder Aspiration, zeigen ein gesteigertes Abwehrverhalten beim Füttern. Die Zwangsfütterung entsteht aus Angst und Sorge der Eltern vor einer möglichen Sondenernährung (Abb. 2). Nur

selten gelingt es ihnen, durch „Force Feeding“ eine ausreichende orale Nahrungsaufnahme auf Dauer sicherzustellen. Die Folge hingegen sind in der Regel Beziehungsstörungen mit massiven Schuldgefühlen der Mutter bzw. der Eltern, kombiniert mit einer Verweigerungshaltung des Kindes. Ein Kompensationsmechanismus der Kinder kann das Trinken von Mahlzeiten im Schlaf darstellen.

Lust am Essen

Durch spielerische Exploration von Nahrungsmitteln wird dem Kind ein natürlicher Zugang zum Essen ohne Zwang und Druck ermöglicht. Die altersentsprechende Autonomieentwicklung wird unterstützt, indem das Kind selbstbestimmt entscheiden kann, was und wann etwas an oder in seinen Mund gelangt. Benötigt das Kind Hilfestellungen, z.B. bei der Löffelführung, sollte diese nur soweit angeboten werden, wie es unbedingt notwendig ist; im Vordergrund steht, das „Selbermachen-wollen“ zu unterstützen. Entscheidend ist: Die Kinder *müssen* den Spaß am Essen wiederentdecken *dürfen*. Entspannte Mahlzeiten, gemeinsam mit den Eltern als Vorbilder, sind der Rahmen, den es wiederherzustellen gilt. Für die Eltern ist dies nicht selten ein schwieriger Prozess, denn die Zahlen (Menge und Gewicht) sowie die emotionsgeladene Vergangenheit sitzen wie ungebundene Gäste mit am Esstisch.

Wahrnehmung

Sinnesorgane sind für die Vermittlung von Eindrücken notwendig. Sie helfen dem Kind, seine Grenzen wahrzunehmen und sich im Laufe der Entwicklung als eigenständiges Wesen zu erkennen. Die sinnlichen Eindrücke (Wahrnehmung) werden auf seelischer Ebene (Emotion) verarbeitet und in aktive Handlungen (Motorik) verwandelt. Die wachsende kindliche Selbstständigkeit ist somit eng an Sinneseindrücke gebunden. Besonders in den sensiblen Phasen der Autonomieentwicklung, zwischen dem 6. und 8. Lebensmonat sowie zwischen dem vollendeten 1. und 3. Lebensjahr können sich Wahrnehmungsstörungen negativ auf die Entwicklung auswirken. Der Kampf ums Essen wird zur Bühne für familiäre Dramen.

Sinnliches Essen

Die Verdauung des Menschen beginnt mit der sinnlichen Wahrnehmung (Abb. 3). Das – vielleicht gemeinsam – zubereitete, duftende Essen regt durch olfaktorische und danach auch gustatorische Reize die Digestion ein. Das Wasser läuft im Mund zusammen. Die Nahrung berührt die Schleimhaut und aktiviert das Geschmackserlebnis. Die Konsistenz der Nahrung wird über den Tastsinn erfahren. Mit dem Kauen und Schlucken entzieht sich das Essen in den weiteren Phasen (siehe Kasten) allmählich dem Bewusstsein des Kindes.



Abb. 2: Erste Essversuche eines Sondenkindes



Abb. 3: Sinnliche Wahrnehmung der Mahlzeit

Probleme im Verdauungstrakt, z. B. ein länger anhaltender gastroösophagealer Reflux mit häufigem Erbrechen, können zu negativen Verknüpfungen mit der Nahrungsaufnahme führen. Das medizinische Grundproblem erfordert natürlich eine entsprechende ärztliche Behandlung.

Die Ernährung über eine Sonde schließt eine einleitende Verdauungsanregung im Mundraum aus, denn die Sondennahrung erreicht direkt den Magen. Positiv-sinnliche Wahrnehmung von Nahrungsmitteln bedarf bei Sondenpflichtigkeit einer *bewussten* Förderung. (Gemeinsames) Riechen an Lebensmitteln während des Sondierens kann die Verdauung über olfaktorische Nervenbahnen anregen. Gleichzeitig besteht mit dem Riechen eine unverfängliche Möglichkeit für das Kind, sich Essbarem zu nähern, ohne dass dabei eine Erwartung zum Essen geknüpft ist.

Die Beeinträchtigung des Tastsinns kann zu Ekelgefühlen und dazu führen, Kontakt mit Nahrungsmitteln zu vermeiden. Außerhalb der Esssituationen ist ein beeinträchtigter Tastsinn besonders beim Spielen mit Sand oder beim Barfußlaufen im Gras zu beobachten – denn auch dieses wird von den Kindern weitestgehend vermieden. Bei so genannten „Supertastern“ ist der Tastsinn im Mundbereich extrem ausgeprägt. Auf der Zunge weisen sie eine erhöhte Zahl an Geschmackspapillen auf, was zu einem weitaus intensiveren Geschmacks- und Tasterlebnis führt (6,7). Die extreme Überempfindlichkeit kann Abwehr und Brechreiz hervorrufen.

Pflegerisch-therapeutisch stehen bei der Wahrnehmungsförderung die Exploration mit zahlreichen Nahrungsmitteln und die Selbstständigkeitsentwicklung im Vordergrund. Die Kinder sollen ermutigt werden, taktile Erfahrungen

zu machen. Der Mut der Kinder, etwas Neues auszuprobieren, sollte beherzt unterstützt werden, was ihr Selbstvertrauen stärkt.

Kinder mit einer sensorischen Wahrnehmungsstörung im oralen Bereich bedürfen einer dauerhaften sensiblen Achtsamkeit, um weitere traumatische Erfahrungen zu vermeiden. Die Ergotherapie bietet eine ergänzende Möglichkeit, die Sinneswahrnehmung des Kindes zu verbessern und den Eltern die mit der Störung im Zusammenhang stehenden Alltagsprobleme des Kindes zu verdeutlichen.

Sensible Reizwahrnehmung

Veränderungen der hochsensiblen Wahrnehmung von Sinnesreizen haben auch regulationsgestörte Säuglinge. Auch wenn in erster Linie das Schlafverhalten betroffen ist, verändert sich unter untröstlichem Schreien und zunehmendem Schlafdefizit des Säuglings auch das Fütterverhalten. Dies äußert sich in hektischem, unkoordiniertem Trinkverhalten, was auch Koliken nach sich ziehen kann.

Die belastende Schlafsituation des Kindes führt auch bei den Eltern zu einem erheblichen Schlafdefizit; ihre intuitiven Fähigkeiten weichen einer „mechanischen Versorgung“. Eine Kombination aus Schlafanleitung, Rhythmisierung des Tagesablaufs und Anleitung beim Füttern helfen, die disharmonische Situation zu überwinden. Die intuitive, wechselseitige Beziehung zwischen Eltern und Kind wird wieder möglich und das Kind kann vor großen Außenreizen besser abgeschirmt werden.

Fazit

Familien, die von frühkindlichen Fütterstörungen betroffen sind, befinden sich in einem emotionsgeladenen Spannungsfeld, das für Veränderung Zeit braucht. Wie so häufig im Leben ist dabei der kürzeste Weg nicht immer der Beste. Welchen Weg ein Kind und seine Familie auch gehen, eine achtsame Begleitung und ein wertschätzender Umgang sind sicherlich die beste Basis, Fütter- und Essstörungen kind- und familiengerecht zu verändern. Die Herausforderung ist groß, doch wenn sie bewältigt wird, entsteht eine tief befriedigende Erfahrung für alle Beteiligten.

Literatur

(1) Chatoor, I.: Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern. 1. Aufl. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart 2012

Phasen des Essens

- | | |
|----------------------|--|
| 1. Präorale Phase | Hunger, Sehen, Riechen, Greifenwollen |
| 2. Orale Phase | Sortieren, Geschmack, Kauen, Beißen |
| 3. Pharyngale Phase | Saugen, Schlucken, Koordination, Kontrolle |
| 4. Ösophageale Phase | Motilität, Peristaltik, Luftausgleich |
| 5. Gastrische Phase | Enzyme, Hormone |
| 6. Duodenale Phase | Resorption, Mechanik |
| 7. Kolische Phase | Stuhlmechanik, Peristaltik, Resorption |

Dunitz-Scheer 2011(5)

(2) ZERO TO THREE: Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, (DC_0-3R) überarbeitete Aufl. 2005

(3) Diagnostische Klassifikation: 0-3: Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern. 1. Aufl. Springer Verlag Wien 1998

(4) Papoušek M.; Schieche M.; Wurmser H.: Regulationsstörungen der frühen Kindheit.

Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. 1. Aufl. Huber Verlag Bern 2004

(5) Dunitz-Scheer, M.: Frühkindliche Essstörungen. In: Arzt und Kind. 2011 S. 12-14

(6) Miller, I.J., & Reedy, F.E. (1990): Variations in human taste bud density and taste intensity perception. *Physiology & Behavior*, 47, 1213-1219

(7) Essick et al. (2003): Lingual tactile acuity, taste perception, and the density and diameter of fungiform papillae in female subjects. *Physiology & Behavior* 80, 289-302

Christine Huber
Fachkinderkrankenschwester für ambulante Kinderkrankenpflege
Heilpraktikerin
Heiglhofstraße 63
81377 München
c.huber@kinderzentrum-muenchen.de

Kind und Gesellschaft

Esstörung in der Jugend: Nicht als „Phase“ abtun

Früher Start in Magersucht oder Bulimie verschlechtert Prognosen

Schädliches Ernährungsverhalten ist bei Jugendlichen nicht nur Ausdruck einer Phase, die wieder vorbeigeht. Pubertierende mit Essstörungen nehmen ungesunde Essensgewohnheiten oft ins junge Erwachsenenalter und darüber hinaus mit, berichten Forscher der University of Minnesota <http://www1.umn.edu> in der Zeitschrift „Journal of the American Dietetic Association“. Ihre Studien verdeutlichen, wie wichtig die frühzeitige Prävention und Behandlung von Essstörungen bei Jugendlichen sind.

„Je jünger Betroffene bei der Ausbildung einer Essstörung sind, desto schlechter ist ihre Prognose für eine spätere Anorexie oder Bulimie und desto häufiger bleiben später Restsymptome“, bestätigt auch Katja Schnicker, Leiterin des Schwerpunkts „Essstörungen“ an der Mainzer Institutsambulanz für Psychotherapie <http://www.psychotherapie-mainz.de>, im presstext-Interview.

Junge Frauen häufig betroffen

Die US-Forscher um Dianne Neumark-Sztainer analysierten Daten 1.030 männlicher und 1.257 weiblicher Jugendlicher, die in zwei Studiendurchgängen untersucht worden waren. Beim ersten Mal waren sie entweder 13 oder 16 Jahre alt, während die nächste Untersuchung erst zehn Jahre später erfolgte. Befragt wurden die Teenager und später jungen Erwachsenen jeweils nach der Ernährung, nach extremen Formen der Gewichtskontrolle wie Hungerkuren, der Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln, dem Überspringen von Mahlzeiten sowie nach Kontrollverlust beim Essen.

Besonders bei Frauen waren derartige abnormale Ernährungsformen häufiger anzutreffen. Der Anteil stieg bei ihnen innerhalb des Untersuchungszeitraums von acht bzw. zwölf Prozent auf einheitlich 20 Prozent, während er bei den Männern zuerst zwei, später sieben Prozent betrug. Frauen berichteten auch deutlich häufiger, im Vorjahr eine Diät gemacht zu haben: Egal aus welcher Altersgruppe, betraf es jede Zweite, während es bei den Männern nur jeder Vierte war.

Vorteile werden zum Problem

Die Pubertät ist die Zeit, in der sich die Identität eines Menschen entwickelt. Das geschieht unter anderem durch die Wahrnehmung und Befriedigung eigener Wünsche und Bedürfnisse und häufig durch eine damit einhergehende Abgrenzung von der Ursprungsfamilie, erklärt Schnicker. „Viele, denen dies aus unterschiedlichsten Gründen nicht gelingt und die sich selbst als instabil erleben, wollen dies durch zuviel Essen oder Hungern aufholen. In der Peer-Group bringt das im Moment Vorteile, jedoch um den hohen Preis der Essstörung, die dann auch längerfristig bestehen bleiben kann.“

Mädchen sind davon eher betroffen, da bei ihnen Figur und Gewicht eine wichtigere Rolle spielt als bei Jungen, für die meist Muskulatur und Kraft Vorrang haben. Gleiches gilt für Jugendliche, die als Kinder übergewichtig waren, dies stark negativ erlebten und nach einer Gewichtsabnahme nun Angst vor erneutem Zunehmen entwickeln. „Eine Hauptursache ist, dass das Schlanksein für die Betroffenen derart hohe Bedeutung hat. Das überall vorgezeigte



Äpfel mit Maßband: Verhängnisvolles Schlank-Ideal
(Foto: aboutpixel.de/Gugler)

Schönheitsideal, jedoch auch die abschreckende Darstellung von Übergewicht und Adipositas tragen dazu wesentlich bei“, so Schnicker.

Stabilität anderswo suchen

Um von drohender Magersucht oder Bulimie fortzukommen, rät die Expertin den Betroffenen, andere Ressourcen und Bereiche ihrer Persönlichkeit zu stärken. „Hobbys, Freunde oder der Beruf können den Selbstwert stabilisieren und dabei helfen, dass Gewicht und Figur nicht mehr als den Anteil davon einnehmen, der ihnen zusteht.“ In der Prävention gehe es darum, die Gefahr eines restriktiven Essverhaltens oder Erbrechens aufzuzeigen und in der Altersgruppe Einsicht zu fördern, dass sowohl Magersucht als auch Bulimie behandlungsbedürftige Krankheiten sind.

presstext.redaktion
Johannes Pernsteiner
Tel.: +43-1-81140-306
E-Mail: pernstainer@presstext.com
Website: www.presstext.com