

Körperbild, Gewicht und Essverhalten bei Jugendlichen

Autor(en): **Hoffmann-Müller, B.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **DrogenMagazin : Zeitschrift für Suchtfragen**

Band (Jahr): **21 (1995)**

Heft 2

PDF erstellt am: **10.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-801167>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Körperbild, Gewicht und Essverhalten bei Jugendlichen

Eine Studie an Basler Schulen zeigt, dass Jungen in der Regel zufriedener mit ihrem Aussehen sind als Mädchen.

VON B. HOFFMANN-MÜLLER,
H. AMSTAD

In den letzten Jahren haben Essstörungen sowohl in den Medien als auch in Fachkreisen vermehrt Interesse gefunden. Die Anzahl der wissenschaftlichen Publikationen über Anorexia nervosa und Bulimie ist von 59 im Jahre 1971 auf 165 im Jahre 1982 angestiegen. Neben der schon lange bekannten Anorexia nervosa, die sich durch Angst vor dem Dickwerden trotz Untergewicht, Nahrungsrestriktion, fehlende Krankheitseinsicht und deutliche Störung der Körperwahrnehmung kennzeichnet, wird seit 1980 in der amerikanischen psychiatrischen Nosologie das neue Krankheitsbild der Bulimie beschrieben. Diese Krankheit, die vor allem bei normalgewichtigen Frauen am Ende der Adoleszenz auftritt, ist charakterisiert einerseits durch wiederholten unwiderstehlichen Drang zum Verschlingen grosser Nahrungsmengen, begleitet von einem Gefühl von Kontrollverlust, andererseits durch Methoden zur Gewichtsregulation (selbstinduziertes Erbrechen, Laxantien- und Diuretika-einnahme, Nahrungseinschränkung, exzessiver Sport) sowie durch eine andauernde übertriebene Beschäftigung mit Figur und Gewicht. In der Praxis zeigte sich jedoch, dass eine Unterscheidung dieser Krankheitsbilder oft nicht möglich ist und dass die Diagnosekriterien von Essstörungen revidiert werden mussten.

Bei der Anorexia nervosa werden Prävalenzangaben von 1 bis 2 % beim weiblichen Geschlecht gemacht. Bei der Bulimie sind die Häufigkeitsangaben sehr unterschiedlich. Die Angaben schwanken je nach befragter Population und Definition zwischen 1 und 13%. In einer Schweizer Studie konnte eine zunehmende Inzidenz von Essstörungen festgestellt werden.

Parallel dazu wurde im Schularztamt Basel-Stadt im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung bei 14- bis 15jährigen Mädchen eine zunehmende Besorgnis um das Körpergewicht und die Figur festgestellt.

Ziel unserer Studie war es, für eine genau definierte Gruppe von Jugendlichen – nämlich Gymnasiastinnen und Gymnasiasten – Aussagen zu machen über die Häufigkeit von gestörtem Essverhalten, über Unterschiede in bezug auf Geschlecht und Alter und ob sich daraus präventive Konsequenzen ergeben.

Methode

Im September 1993 führten wir an einem Basler Gymnasium bei insgesamt 20 Schulklassen (je vier Klassen vom 8. bis 12. Schuljahr) eine schriftliche anonyme Befragung durch. Die zufällig ausgewählten Klassen wurden im Schulzimmer (ohne Beisein der Lehrkraft) nach einer kurzen Einführung befragt. Im Anschluss an die Befragung bestimmten wir bei allen Schülerinnen und Schülern Körpergrösse und Gewicht (in leichten Sommerkleidern und ohne Schuhe). Obwohl Freiwilligkeit bestand, beantworteten alle Schülerinnen und Schüler die Fragen.

Die Fragen zum Thema Körperbild bezogen sich auf Schattenrissfiguren von Gutezeit (1986) (Abb. 1). Es wurde nach Wunschfigur, nach Selbsteinschätzung des realen Körperbildes und

nach Zufriedenheit mit dem Aussehen gefragt. Weitere Schwerpunkte betrafen das Thema Körpergewicht sowie das Essverhalten.

Auf ätiologische Fragen zu Essstörungen, zum Beispiel soziokulturelle und familiäre Faktoren, individuelle Defizite und psychische Belastungen, wurde nicht eingegangen.

Bei der Auswertung wurde aus Merkmalen von anorektischen und bulimischen Essstörungen ein Score gebildet. Insgesamt konnten folgende Kriterien erfüllt werden:

- mageres Körperidealbild
- Unzufriedenheit mit dem Aussehen
- ständige Beschäftigung mit dem Abnehmen
- Angst vor dem Dickwerden
- Gewichtsabnahme von über 10 kg im letzten Jahr
- Versuch von Gewichtsreduktion durch Diät, durch weniger essen, durch Auslassen von Mahlzeiten oder durch Sport
- «Binge-Eating» (jegliches Auftreten von Heiss hungerattacken mit heimlichem Essen von grossen Nahrungsmengen, Kontrollverlust und schlechtem Gewissen danach)
- Erbrechen (täglich, wöchentlich)
- sekundäre Amenorrhöe

Das Risiko, an einer Essstörung zu leiden, beurteilten wir aufgrund der Anzahl erfüllter Merkmale: kein Risiko (0 bis 1 Merkmal), niedriges Risiko (2 bis 3 Merkmale), mittleres Risiko (4 bis 5 Merkmale) und hohes Risiko (6 bis 9 Merkmale).

Anhand der Fragen zur Mahlzeiteinnahme wurde ein «Essindex» errechnet: Hauptmahlzeiten (Frühstück, Mittagessen, Abendessen) wurden mit je 2 Punkten, Zwischenmahlzeiten (Znüni, Zvieri) mit je 1 Punkt gewichtet, «Naschen» zwischendurch zählte als 1 Minuspunkt. Je nach Regelmässigkeit der Einnahme wurden diese Mahlzeitenpunkte mit

Faktoren multipliziert (täglich = 4, fünfmal pro Woche = 3, dreimal pro Woche = 2, einmal pro Woche = 1, nie = 0). Schliesslich wurde aus der Summe der pro Mahlzeit erhaltenen Zahlen (Faktor x Punkte) der Essindex gebildet: Die Essgewohnheit wurde bei einem Essindex von 25 bis 32 Punkten als gut, bei 20 bis 24 Punkten als mittel und bei 5 bis 19 Punkten als schlecht bewertet.

Resultate

Von den 358 ausgefüllten Fragebogen konnten 356 ausgewertet werden. Das Kollektiv umfasste 203 (57 %)

Mädchen und 153 (43 %) Jungen. 339 der Befragten waren zwischen 14 und 19 Jahre alt, 13 Schülerinnen und Schüler gehörten zu den Randgruppen der 13-, 20- und 21jährigen. Bei vier Jugendlichen fehlten die Altersangaben. In der jüngeren Altersgruppe (14 bis 16jährige) befanden sich 187, in der älteren Altersgruppe (über 16jährige) 165 der Befragten. 73 % der Jugendlichen waren schweizerischer Nationalität.

Körperbild

In Abbildung 2 sind die Resultate bezüglich wahrgenommenen Körperbil-

des (jetziges Aussehen) und Wunschfigur dargestellt: Der Grossteil der Mädchen schätzt das jetzige Aussehen als leicht untergewichtig bzw. normalgewichtig ein (35 % Schattenrissfigur 2, 42,5 % Schattenrissfigur 3). Die Wunschfigur entspricht bei der Mehrheit (66 %) einem schlanken Körperbild (Schattenrissfigur 2).

Die Jungen schätzen sich hauptsächlich als normalgewichtig ein (70 % als Schattenrissfigur 3). Bei der Mehrheit der Jungen (82 %) entspricht auch das Körperidealbild einer normalgewichtigen Figur (Schattenrissfigur 3).

Beim Vergleich des jetzigen Aussehens mit der Wunschfigur findet man bei den

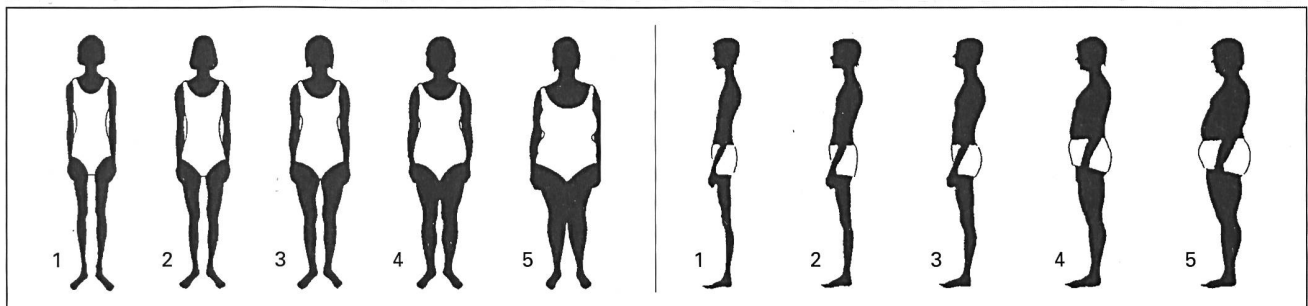


Abb. 1. Schattenrissfiguren nach Gutezeit, die für die Befragung nach der Selbsteinschätzung des jetzigen Aussehens und der

Wunschfigur verwendet wurden (Figur 1 = mehr als 25 % Untergewicht, Figur 2 = 10 bis 25 % Untergewicht, Figur 3 = Normalge-

wicht + 10 %, Figur 4 = 10 bis 25 % Übergewicht, Figur 5 = mehr als 25 % Übergewicht).

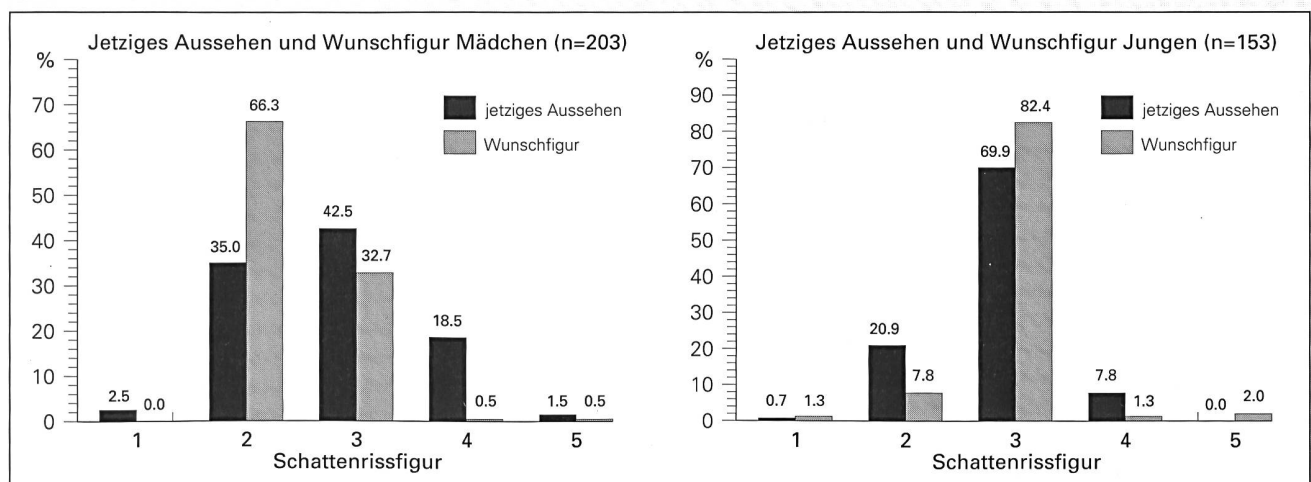


Abb. 2. Häufigkeitsangaben der einzelnen Schattenrissfiguren für jetziges Aussehen (schwarze Säulen) und Wunschfigur (graue Säulen).

Mädchen nur 49 % Übereinstimmung. Bei 45 % ist die Wunschfigur schlanker und bei 6% kräftiger als die aktuelle Figur.

Bei den Jungen stimmt die Wunschfigur bei 69 % mit dem jetzigen Aussehen überein. Bei den restlichen ist die Wunschfigur in 13 % der Fälle schlanker und in 18 % kräftiger als die aktuelle Figur.

Daraus lassen sich weitere stark geschlechtsunterschiedliche Resultate zu folgenden Themen erklären: Die Jungen sind praktisch alle (93 %) mit ihrem Aussehen zufrieden, bei den Mädchen hingegen nur 63 %. Überhaupt nicht zufrieden mit ihrem Aussehen sind 6 % der Mädchen, aber kein einziger Junge (Abb. 3). Dementsprechend haben 59 % der Mädchen den Wunsch, ihr Gewicht zu ändern, davon möchten 95 % an Gewicht abnehmen und nur 5 % an Gewicht zunehmen. Von den Jungen möchten hingegen nur 27 % ihr Gewicht ändern, und zwar zu gleichen Teilen zu- und abnehmen.

Mädchen machen viermal häufiger Diät als Jungen (14,8 % Mädchen, 3,6 %

Jungen). 51% aller Mädchen (15 % der Jungen) versuchen durch weniger essen und 6,4 % aller Mädchen (1,3 % der Jungen) durch Auslassen von Hauptmahlzeiten ihr Gewicht zu reduzieren. Sport wird bei 29 % aller Mädchen und 17,6 % aller Knaben als Gewichtsregulator eingesetzt.

Eine Mehrheit der Mädchen (53 %) hat Angst vor dem Dickwerden, bei den Jungen sind es hingegen nur 13 %.

Essgewohnheiten

Die Frage nach der Regelmässigkeit bei der Mahlzeiteinnahme beantworten Mädchen wie Jungen etwa gleich (Tab. 1)

	Mädchen	Jungen
täglich Frühstück	63 %	70 %
täglich Mittagessen	94 %	95 %
täglich Nachtessen	86 %	94 %

Das Frühstück wird insgesamt am meisten ausgelassen. Nur 12,8 % der Schülerinnen und Schüler nehmen täglich alle Hauptmahlzeiten ein. Immerhin 25 % nehmen alle Hauptmahlzeiten an mindestens fünf Wochentagen ein. Es wurde nicht nach der Qualität und Quantität der einzelnen Mahlzeiten gefragt, sondern nur nach deren Einnahme.

Die Essgewohnheiten in bezug auf Regelmässigkeit der Mahlzeiteinnahme können bei knapp der Hälfte der Befragten als gut, bei je einem Viertel als mittel oder schlecht beurteilt werden (Tab. 2). Es besteht eine direkte inverse Korrelation zwischen dem Körpermass-Index KMI (Verhältniss von Grösse und Gewicht in Bezug auf das Geschlecht) und den Essgewohnheiten: Je höher der KMI, desto schlechter sind die Essgewohnheiten, d. h. desto unregelmässiger werden die Mahlzeiten eingenommen (Abb. 4)

Essstörungen

Kein Risiko, an einer Essstörung zu leiden (vgl. Methode), besteht bei

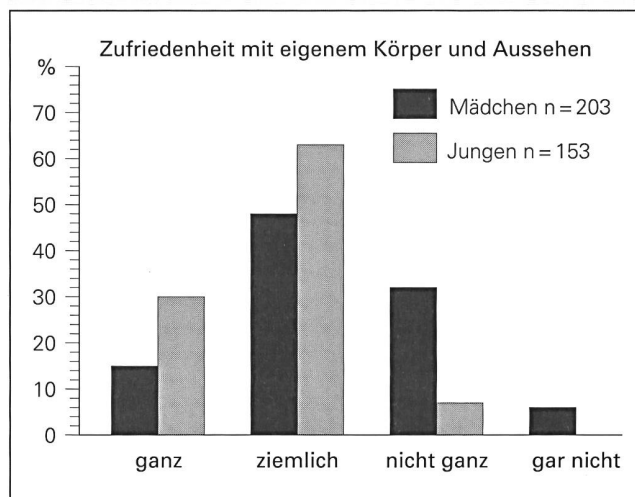


Abb. 3. Häufigkeitsangaben für vier unterschiedliche Grade an Zufriedenheit mit dem eigenen Körper und Aussehen bei Mädchen (dunkle Säulen) und Jungen (helle Säulen).

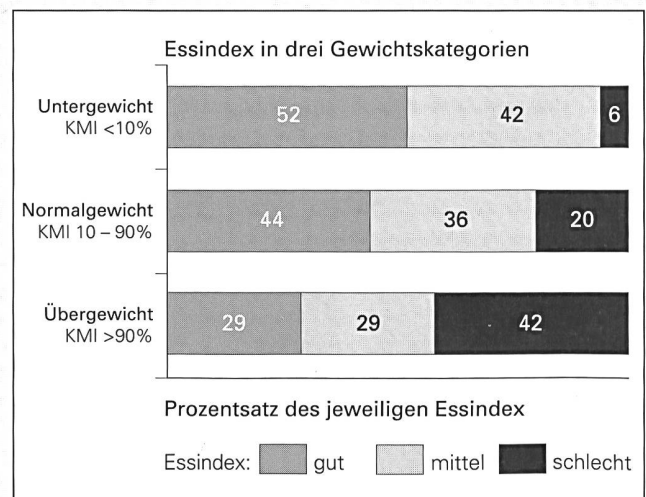


Abb. 4. Anteile von gutem, mittlerem und schlechtem Essindex in den drei Kategorien Untergewicht, Normalgewicht und Übergewicht. Die Unterschiede sind signifikant mit $p < 0,02$.

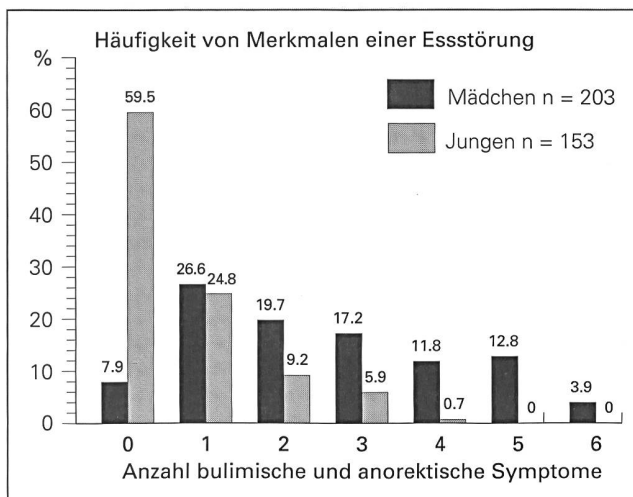


Abb. 5. Häufigkeit von einem oder mehreren Merkmalen einer bulimischen und/oder anorektischen Essstörung bei Mädchen (schwarze Säulen) und Jungen (graue Säulen). Die insgesamt neun möglichen Merkmale, die erfasst wurden, sind im Text beschrieben (gesamthaft signifikanter Geschlechtsunterschied $p < 0,0001$).

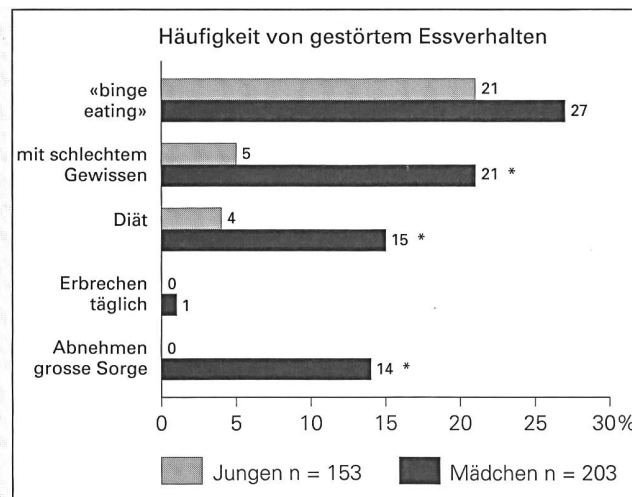


Abb. 6. Häufigkeit von Merkmalen gestörten Essverhaltens bei Jungen (graue Balken) und Mädchen (schwarze Balken). Signifikante Geschlechtsunterschiede: $p < 0,0001$.

34,5 % der Mädchen und bei 84 % der Jungen. Ein niedriges Risiko wurde bei 40 % der Mädchen und bei 15 % der Jungen gefunden. Von einem mittleren Risiko kann man bei 24,6 % der Mädchen und nur bei 0,7 % der Jungen sprechen. Bei 4% der Mädchen besteht ein hohes Risiko. Keiner der Jungen ist in dieser Risikogruppe vertreten. Mehr als sechs Merkmale wurden weder von Mädchen noch von Jungen erfüllt. Die Geschlechtsunterschiede sind hochsignifikant ($p < 0,0001$) (Abb. 5, Tab. 3).

Im einzelnen fielen folgende Symptome eines gestörten Essverhaltens besonders auf: Wöchentliches oder tägliches Erbrechen geben zwei normalgewichtige Mädchen (beide 19jährig) an, die beide in der Hochrisikogruppe vertreten sind und sechs Kriterien erfüllen und somit mit grosser Wahrscheinlichkeit an einer Bulimie leiden. Seltenes bis häufiges «Binge-Eating» geben 27 % der Mädchen und 21% der Jungen an; hier besteht also kein signifikanter Geschlechtsunterschied.

Beurteilung	Essindex	Häufigkeit
gut	25 bis 32	42 %
mittel	20 bis 24	37 %
schlecht	05 bis 19	21 %

Hingegen tritt ein schlechtes Gewissen nach «Heisshungerattacken» signifikant häufiger bei Mädchen als bei Jungen auf ($p < 0,0001$): 21% der Mädchen (oder 78 % der von «Binge-Eating» betroffenen Mädchen) im Vergleich zu 5 % der Jungen (oder 24 % der von «Binge-Eating» betroffenen Jungen) (Abb. 6).

Risiko	Anzahl Merkmale	Mädchen	Jungen
klein	0 bis 1	34,5 %	84 %
niedrig	2 bis 3	40 %	15 %
mittel	4 bis 5	24,6 %	0,7 %
hoch	6	4 %	0 %

Diskussion

Körperidealbild, Körperwahrnehmung und Essverhalten zeigen in der Pubertät und im jungen Erwachsenenalter auffällige Geschlechtsunterschiede. Obwohl objektiv in der Gewichtsverteilung zwischen Mädchen und Jungen praktisch kein Unterschied besteht, nehmen die Mädchen ihren Körper anders wahr als die Jungen (Abb. 2). Bei den Mädchen schätzt sich ein grösserer Prozentsatz als leicht untergewichtig ein, als dies in der tatsächlichen Gewichtsverteilung der Fall ist. Bei den Jungen hingegen nimmt sich der Grossteil korrekt als normalgewichtig wahr. Gutezeit (1986) hat über die Selbsteinschätzung unter Berücksichtigung der Gewichtskategorien ausführliche Aussagen gemacht, wobei er einen hohen Anteil an Unterschätzungen bei über- und normalgewichtigen Mädchen und an Überschätzungen bei untergewichtigen Jungen feststellte. Bei der Wunschfigur strebt die Mehr-

heit der Mädchen (66 %) ein Körperidealbild an, das einem Untergewicht von 10 bis 25 % entspricht, die Mehrheit der Jungen (82 %) jedoch ein Körperidealbild im Normalbereich – eine Aussage, die sich wiederum mit den Untersuchungen von Gutezeit deckt. Bei beiden Geschlechtern zeigt sich also eine Tendenz zur «Idealisierung» des wahrgenommenen Körperbildes in Richtung der Wunschfigur. Auch besteht eine deutliche Tendenz zur «Verleugnung» des objektiven Übergewichts, speziell bei den Jungen.

Das Bild der Idealfrau

Zur Qualifizierung des Körperbildes haben wir Schattenrissfiguren benutzt (Gutezeit, 1986). Obwohl die Gewichtsunterschiede nur wenig differenziert wiedergegeben werden, lassen sich mit dieser Methode brauchbare Aussagen machen. Auch in der grossen amerikanischen epidemiologischen Studie an Unterschülern im Alter von 9 bis 16 Jahren wurden Schattenrissfiguren nach Stunkard (1983) zum Erfassen des Körperbildes benutzt. Der Geschlechtsunterschied im Körperidealbild kann am ehesten mit den gesellschaftlich vorgegebenen Stereotypen für die Körperfiguren von Mann und Frau erklärt werden, zum Beispiel dem Werbebild der schlanken Frau, die heute als attraktiv, perfekt, erfolgreich und unabhängig gilt. Das Streben nach diesen Attributen des weiblichen Ideals führt bei einem Grossteil der Mädchen zu einer Diskrepanz zwischen Wunschbild und realem Aussehen (Abb. 2), zu einer Unzufriedenheit mit dem Körper (Abb. 3) und zu Angst vor dem Dickwerden. Bei einer kleineren, «verwundbaren» Gruppe könnte dieses Streben nach einem weiblichen Schönheitsideal ein auslösender Faktor sein für eine Essstörung. Die vielen weiteren Fakto-

ren, die dabei ebenfalls eine wichtige Rolle spielen, wurden in dieser Arbeit allerdings nicht berücksichtigt. Ein Unterschied zwischen der jüngeren und der älteren Altersgruppe bezüglich Körperidealbild, Zufriedenheit mit dem Aussehen und Angst vor dem Dickwerden konnte bei beiden Geschlechtern nicht festgestellt werden.

Weniger kann mehr sein

Die Beurteilung des Essindexes auf Grund der Punktzahl (wie im Abschnitt «Methode» beschrieben) ist arbiträr. Obwohl die Qualität der Hauptmahlzeiten nicht definiert wurde, zeigte sich ein signifikanter Unterschied der Essgewohnheiten in den einzelnen Gewichtskategorien. Man beobachtet häufig, dass die Übergewichtigen als Methode zur Gewichtsreduktion Mahlzeiten auslassen, jedoch öfters zwischendurch essen. Der hohe Anteil an gutem und mittlerem Essindex bei den Untergewichtigen ist weniger bekannt. «Binge-Eating», das Verschlingen von grossen Nahrungsmengen (heimlich und in kurzer Zeit), das als eines der typischen Symptome bei bulimischen Essstörungen gilt, kommt in unserer Stichprobe bei etwa einem Viertel aller Befragten vor, bei Mädchen wie bei Jungen fast gleich häufig (27 % bei Mädchen, 21% bei Jungen) (Abb. 6). In anderen Studien sind diese Häufigkeitsangaben höher: bei 55 % der Studentinnen und 36 % der Studenten der Genfer Universität, bei 50 % der Studentinnen und 30 % der Studenten der New York State University. Fairburn (1990) hat 16 Studien über Bulimieprävalenz auf immer wiederkehrende Episoden von «Binge-Eating» durchgeschaut und eine Durchschnittshäufigkeit von mehr als einem Drittel der Befragten (35,8 %) angegeben. Unterschiede können erklärt werden durch

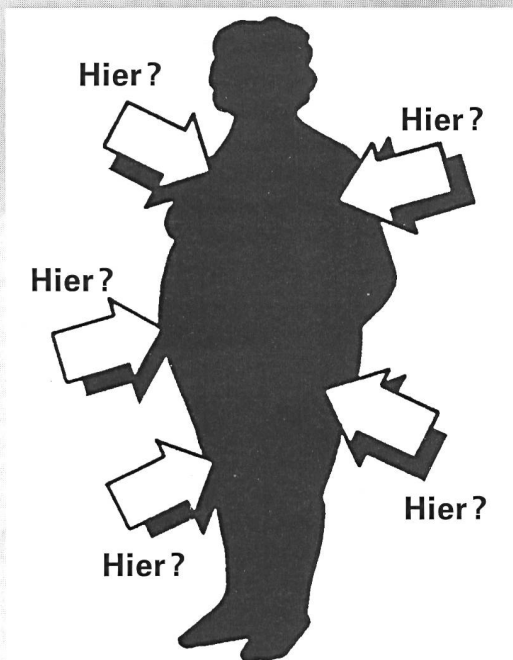
die Wahl des Kollektivs und die Kriterien für «Binge-Eating».

Das schlechte Gewissen

Ein hochsignifikanter Geschlechtsunterschied kann jedoch beim Betrachten des Befindens nach Heiss hungerattacken festgestellt werden. Die Mädchen mit «Binge-Eating» haben praktisch alle ein schlechtes Gewissen (78 %), die Jungen hingegen nur selten (24 %). Vergleichbare Beobachtungen konnten an einem College in Texas gemacht werden, wo nur bei Mädchen ein «Hassgefühl gegen sich selbst» bei «Binge-Eating» festgestellt wurde. «Binge-Eating», isoliert betrachtet, scheint ein unsicheres diagnostisches Kriterium für eine Essstörung zu sein. Es kann ebenso verstanden werden als eine physiologische Heiss hungerattacke bei Jugendlichen im Wachstum mit hohem Kalorienverbrauch. Ausschlaggebend für die Beurteilung von «Binge-Eating» als pathologisches Symptom bei Essstörungen scheint uns die damit verbundene psychische Befindlichkeit zu sein. In diesem Zusammenhang müssen die zitierten Prävalenzzahlen anderer Autoren kritisch betrachtet werden. Dass praktisch nur Mädchen nach den Heiss hungerattacken ein schlechtes Gewissen haben, kann Ausdruck sein von Angst, den Idealzustand der schlanken Frau nicht zu erreichen. Junge Mädchen, die auf der Suche nach ihrer eigenen Identität sind, lassen sich leicht beeinflussen durch soziale Normen.

Die KEDS-Studie

Die Fragen wie «Angst vor dem Dickwerden?» und «Wunsch nach Gewichtsreduktion?» wurden auch in der amerikanischen KEDS-Studie bei Schülern und Schülerinnen ab neun Jahren erfasst.



Die Resultate stimmen gut mit den unsrigen überein: Angst vor dem Dickwerden bei 32,5 % der Schülerinnen in der KEDS-Studie bzw. 52,8 % in der eigenen Studie und 13,0 % der Schüler in der KEDS-Studie bzw. 12,8 % in der eigenen Studie, Wunsch nach Gewichtsreduktion bei 55 % der Schülerinnen in der KEDS-Studie bzw. 59 % in der eigenen Studie und 28,5 % der Schüler in der KEDS-Studie bzw. 27,3 % in der eigenen Studie.

Bulimische Essstörungen

Selbstinduziertes Erbrechen (mindestens einmal wöchentlich) kommt in

unserer Studie bei zwei 19jährigen Schülerinnen (1 % der Mädchen) vor, also bei einer geringeren Anzahl, als in anderen Studien beschrieben: bei 2,6 % von Genfer Studentinnen, bei 1,7 % von amerikanischen Studentinnen und bei 2,9 % von Frauen, die eine Familienberatungsstelle aufsuchten. Fairburn (1990) gibt eine Durchschnittszahl von 2,4 % von wöchentlich selbst induziertem Erbrechen an, einen Mittelwert, der aus acht Studien gewonnen wurde. Der Unterschied lässt sich wiederum erklären durch unser Kollektiv, das deutlich jüngere Mädchen mit einbezieht. Das selbstinduzierte Erbrechen ist ein pathognomonisches Symptom für eine bulimische

Essstörung. Bei beiden Schülerinnen kommt es nicht isoliert, sondern gekoppelt mit mehreren anderen Merkmalen für Essstörungen vor.

Eine dieser zwei Schülerinnen hat sich nach der Befragung gemeldet. Sie leidet an einer Bulimie und hat jetzt erstmals fachliche Hilfe gesucht. Eine anonyme Befragung kann demnach einen Beitrag leisten zur Enttabuisierung und zur Motivation der Schülerinnen mit Essstörungen, fachliche Beratung aufzusuchen. Nicht zu vergessen ist jedoch der «Auslösereffekt» einer solchen Befragung. Wir haben aus diesem Grund bei der Frage «Gewichtsabnahme durch verschiedene Methoden» nicht nach Laxantien und Diuretika ge-

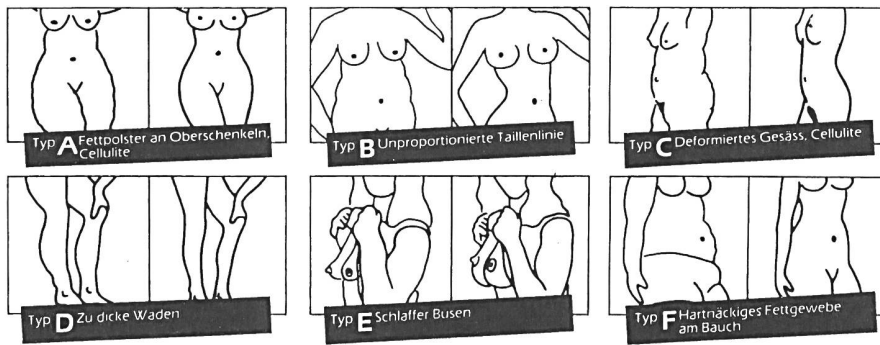


Illustration aus einem Zeitungsinserat

fragt. Wichtig erscheint uns nebst einer Befragung eine Beratung und Nachbesprechung mit den Schülerinnen und Schülern.

Risikogruppen

Eine Befragung – wie in dieser Studie dargestellt – kann nicht ausreichen zur Diagnosestellung einer Anorexia nervosa oder einer Bulimie. Wir haben deshalb versucht, anhand von neun Merkmalen das Risiko abzuschätzen, ob eine manifeste Essstörung vorliegt. Interessant ist hier wiederum der deutliche Geschlechtsunterschied: In der Hochrisikogruppe sind keine Jungen vertreten. Die Mehrheit der Jungen (84 %) ist in der Nichtrisikogruppe mit 0 bis 1 Kriterium zu finden. Essstörungen scheinen bis anhin noch immer ein Problem des weiblichen Geschlechts zu sein. Berichte über Bulimie bei Männern sind ungewöhnlich. Bei der Anorexia nervosa liegt das Verhältnis Mann: Frau bei 1:10 bis 1:20 (King, 1989).

Weitere Studien

Ausführliche epidemiologische Angaben über Ernährungsverhalten und Gesundheit bei Jugendlichen sind aus einem zurzeit laufenden Nationalfondsprojekt zu erwarten, einer Prävalenzstudie an Schulen im Kanton Zürich aus der Abteilung für Psychosoziale Medizin der Universität Zürich (Buddeberg, 1992). Zur Klärung der Frage inwieweit gestörtes Essverhalten in der Adoleszenz nur eine vorübergehende Störung ist oder ob die Symptome persistieren und zu einer manifesten Essstörung führen können, eignen sich zweiphasige Studien mit anonymer Befragung und danach persönlichen Interviews, wie die KEDS-Studie oder Longitudinalstudien.

Prävention

Wenn auch eine solche Befragung als diagnostisches Mittel nicht geeignet ist, stellt sie unseres Erachtens eine gute Grundlage für eine Präventionsaktion dar. Prävention von Essstörungen sollte spätestens im Pubertätsalter beginnen, nach Mellin et al. (1992) sogar im Vorpubertätsalter. Schwergewicht in der Präventionsarbeit sollte das Thema Körperbild haben. Die körperorientierte Arbeit dürfte sich hierzu ganz besonders eignen, stärkt sie doch auf nichtverbaler Ebene die Fähigkeit zur Körperwahrnehmung, zur Selbsterfahrung, und sie fördert die Freude am eigenen Körper. Erfahrungen mit körperorientierter Arbeit bestehen schon

seit längerem im therapeutischen Bereich. Zur Präventionsarbeit gehört ferner eine Ernährungsberatung mit dem Schwerpunkt Rhythmisierung der Mahlzeiten.

Dank

Wir danken der Schulleitung sowie den Schülerinnen und Schülern des Gymnasiums Bäumlhof für ihre aktive Teilnahme, Frau Claudia Fischer, Frau Doris Schenk für die administrative Mitarbeit sowie Frau Charlotte Strub und Frau Esther Schär für die Mithilfe bei der Planung und der Auswertung. ■

Korrespondenzadresse: Dr. B. Hoffmann-Müller, Schularztamt Basel-Stadt, St.-Alban-Vorstadt 19, 4052 Basel

Stellungnahme des Schweizerischen Bundes für Elternbildung zum direkten Gegenvorschlag zur Volksinitiative «Jugend ohne Drogen».

Grundsätzlich begrüsst der SBE die Ablehnung der Volksinitiative «Jugend ohne Drogen» und das Vorgehen des Departements des Innern, der Initiative einen Gegenvorschlag gegenüberzustellen. Der im erläuternden Bericht zum Gegenvorschlag zum Ausdruck kommende Grundhaltung des Bundes gegenüber Suchtfragen können wir zustimmen.

Änderungsvorschläge zum neuen Artikel 68bis BV

4 Der Bund unterstützt und koordiniert die Massnahmen der Kantone. Er trifft ergänzende Massnahmen, insbesondere in der Prävention.

Kommentar

Die oben stehende Formulierung beinhaltet die anzustrebende suchtpolitische Grundidee, dass neben Entzug und Therapie, Überlebenshilfe und Repression an erster Stelle unbedingt die Prävention stehen muss.

Im übrigen beantragt der SBE, den Begriff «Betäubungsmittel» im neuen Artikel 68bis BV des direkten Gegenvorschlages konsequent durch «Suchtmittel» zu ersetzen. Die von den Fachleuten immer stärker geforderte umfassende Suchtpolitik muss die einengende und deshalb in ihrer Wirkung einschränkende Drogenpolitik ersetzen.

Elternbildung ist im wahrsten Sinne des Wortes «Prävention der ersten Stunde». Deshalb möchten wir in Zukunft bei Vernehmlassungen und ähnlichen Mitwirkungsverfahren einbezogen werden, sofern die Fragen im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung und Suchtprävention stehen sowie weitere Anliegen von Familien und Kindern betreffen.