

Hungern als Form des Ausdrucks

Die Relevanz der interpersonalen Kommunikation in der Arbeit
mit anorektischen Personen



Simona Sigg

Inhaltsverzeichnis

Abstract	1
Einleitung	5
1. Anorexia nervosa	7
1.1. Definition	7
1.2. Pathogenese	8
1.3. Krankheitsverlauf.....	10
1.4. Rekonvaleszenz	14
2. Anorexia nervosa als Lebensbewältigung	18
2.1. Das Konzept der Lebensbewältigung	18
2.2. Anwendung am Beispiel der Anorexia nervosa.....	22
3. Kommunikation	25
3.1 Definition interpersonale Kommunikation.....	25
3.2. Interpersonalen Kommunikation in der Arbeit mit anorektischen Personen.....	26
4. Gesprächsführung	28
4.1 Gesprächsführung als Instrument sozialarbeiterischer Tätigkeit	28
4.1.1 Klientenzentrierte Gesprächsführung	29
4.1.2 Kooperative Gesprächsführung	32
4.1.3 Motivierende Gesprächsführung.....	37
4.1.4 Lösungsorientierte Gesprächsführung	39
4.2 Anwendung bei anorektischen Personen.....	41
Schlussfolgerungen	45
Literaturverzeichnis	50
Abbildungsverzeichnis	54

Abstract

Titel	Hungern als Form des Ausdrucks Die Relevanz der interpersonalen Kommunikation in der Arbeit mit anorektischen Personen
Kurzzusammenfassung	Die Arbeit zeigt die Relevanz der interpersonalen Kommunikation bei der Pathogenese sowie der Rekonvaleszenz der Anorexia nervosa auf und beschäftigt sich mit einer geeigneten Form der Gesprächsführung für die sozialarbeiterische Tätigkeit mit Betroffenen.
Autorin	Simona Sigg
Referentin	Viktoria Schachinger
Publikationsformat	<input checked="" type="checkbox"/> BATH <input type="checkbox"/> MATH <input type="checkbox"/> Semesterarbeit <input type="checkbox"/> Forschungsbericht <input type="checkbox"/> Anderes
Veröffentlichung (Jahr)	2021
Sprache	deutsch
Zitation	Sigg, Simona (2021). <i>Hungern als Form des Ausdrucks</i> . Unveröffentlichte Bachelorarbeit, OST Ostschweizer Fachhochschule, Fachbereich Soziale Arbeit.
Schlagwörter (Tags)	Anorexia nervosa, Lebensbewältigung, Kommunikation, Gesprächsführung, Soziale Arbeit

Ausgangslage

Anorexia nervosa ist eine der gefährlichsten psychiatrischen Erkrankungen (Wunderer & Schnebel, 2008, S. 75). Sie resultiert aus einer Disharmonie der betroffenen Personen mit ihrer Umwelt und beeinträchtigt die soziale Integration der erkrankten Person stark (Wunderer, 2015, S. 422; Eigenthaler, 2009, S. 22). Da die Erkrankung in allen Gesellschafts-

schichten anzutreffen ist, kann davon ausgegangen werden, dass Professionelle der Sozialen Arbeit in unterschiedlichen Handlungsfeldern und Arbeitskontexten mit dieser Problematik konfrontiert werden (Wunderer, 2015, S. 422). Eine Anorexia nervosa schränkt die Betroffenen in unterschiedlichen Lebensbereichen, die in den Zuständigkeitsbereich der Sozialen Arbeit fallen, ein. Aus diesem Grund ist es von hoher Relevanz, dass Professionelle der Sozialen Arbeit über ein umfangreiches Wissen in Bezug auf diese Krankheit verfügen. Beim Krankheitsbild der Anorexia nervosa handelt es sich um ein „Nicht-Kommunizieren-Können“ (Eigenthaler, 2009, S. 98). Den betroffenen Personen ist es aus unterschiedlichen Gründen nicht möglich, ihre inneren Konflikte zu thematisieren, was zur Folge hat, dass sie der Umwelt ihr Leid indirekt über ihr ausgezehrtes Erscheinungsbild mitteilen (Eigenthaler, 2009, S. 87). Da dieser unbewusst gewählte Weg der nonverbalen Kommunikation über den emaciierten, kachektischen Körper gravierende psychische und somatische Folgen hat, ist die Wiederherstellung einer funktionierenden interpersonalen Kommunikation für die Genesung anorektischer Personen von zentraler Bedeutung.

Ziel

Ausgehend von den vermittelten Inhalten zu den Themen Anorexia nervosa, Lebensbewältigung und interpersonale Kommunikation soll in dieser Arbeit die Fragestellung *Welche Relevanz ist der interpersonalen Kommunikation in Bezug auf die Pathogenese sowie die Rekonvaleszenz der Anorexia nervosa beizumessen?* beantwortet werden.

Die Arbeit soll Professionellen der Sozialen Arbeit zum einen ein umfangreiches Wissen über die komplexen Ursachen, die Merkmale und die gravierenden Folge- und Begleiterscheinungen der Anorexia nervosa vermitteln, zum anderen mit Hilfe der Erläuterungen zu den unterschiedlichen Methoden der Gesprächsführung aufzeigen, welche Aspekte diesbezüglich in der sozialarbeiterischen Tätigkeit mit anorektischen Personen zu beachten sind.

Vorgehen

Im ersten Kapitel dieser Arbeit findet eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild der Anorexia nervosa statt. Nach einer einführenden Klärung der Definition des Begriffes der Anorexia nervosa folgen Ausführungen zur Pathogenese, zum Verlauf sowie zur Rekonvaleszenz der Erkrankung.

Da die Anorexia nervosa als eine unbewusst gewählte Form der Lebensbewältigung betrachtet werden kann, erfolgt im zweiten Kapitel eine Erläuterung des Konzepts der Lebensbewältigung von Lothar Böhnisch. In einem weiteren Schritt werden die zu diesem Konzept vermittelten, theoretischen Inhalte am Beispiel der Anorexia nervosa veranschaulicht.

Wie bereits erwähnt, handelt es sich bei der Anorexia nervosa um eine Krankheit, die aus einer verbalen Kommunikationsunfähigkeit resultiert. Da es den Betroffenen nicht möglich ist,

sich über die Sprache zu verständigen, greifen sie auf ihren Körper als Ausdrucksmittel zurück. Für ein besseres Verständnis dieser Problematik widmet sich das dritte Kapitel dem Thema Kommunikation, wobei insbesondere die interpersonale Kommunikation beleuchtet und in einen Zusammenhang mit der Anorexia nervosa gebracht wird.

Weil eine professionelle Gesprächsführung zu den Kernkompetenzen der Sozialen Arbeit gehört und das Wissen über deren Techniken und Methoden für sozialarbeiterische Hilfeprozesse zentral ist, widmet sich das vierte Kapitel, nach einem einführenden Teil, vier unterschiedlichen Methoden der Gesprächsführung (der klientenzentrierten, der kooperativen, der motivierenden und der lösungsorientierten Gesprächsführung). Abschliessend wird in diesem Kapitel darauf eingegangen, wie und wann die unterschiedlichen Formen der Gesprächsführung in der Arbeit mit anorektischen Personen eingesetzt werden sollten, damit die Betroffenen die notwendige Unterstützung erhalten, die sie zur Wiederherstellung ihrer Kommunikationsfähigkeit benötigen.

Im letzten Kapitel wird die zu Beginn formulierte Fragestellung beantwortet, indem die bedeutendsten Aussagen in Bezug auf die Relevanz der interpersonalen Kommunikation bei der Pathogenese sowie der Rekonvaleszenz der Anorexia nervosa zusammengetragen werden. Abschliessend wird auf die Möglichkeit einer weiterführenden, wissenschaftlichen Arbeit hingewiesen, die auf den Erkenntnissen dieser Arbeit basiert und für die konkrete Umsetzung des hier erarbeiteten Wissens in der sozialarbeiterischen Tätigkeit mit anorektischen Personen hilfreich wäre.

Erkenntnisse

Eine Anorexia nervosa ist bio-psycho-sozial bedingt, was die Notwendigkeit einer multiprofessionellen Zusammenarbeit in der Behandlung der Betroffenen aufzeigt. Biologische, psychologische und soziale Faktoren tragen in einem interaktiven Zusammenspiel dazu bei, dass sich bei den betroffenen Personen ein Ungleichgewicht von Selbstwert, sozialer Anerkennung und Selbstwirksamkeit einstellt. Die aus diesem Ungleichgewicht resultierende Hilflosigkeit führt bei den betroffenen Personen zu einem inneren Druck, der nach einem Ausgleich verlangt. Da dieser Ausgleich auf Grund der vorhandenen Bewältigungskulturen, in denen die betroffenen Personen eingebunden sind, nicht über die Thematisierung stattfinden kann, kommt es zum selbstdestruktiven Verhalten, das sich bei anorektischen Personen in Form des Hungerns zeigt. Betroffene brauchen Unterstützung, um wieder einen Zugang zur Thematisierung ihrer inneren Hilflosigkeit zu finden. Professionelle der Sozialen Arbeit können ihnen diese Unterstützung anbieten, indem sie gemeinsam mit ihnen Möglichkeiten erarbeiten, durch die das angestrebte Gleichgewicht auf eine konstruktive Art wiederhergestellt werden kann. Da sozialarbeiterische Hilfeprozesse erst durch soziale Kommunikation

wirksam werden, ist es elementar, dass Professionelle der Sozialen Arbeit auf ein fundiertes Wissen bezüglich der Gesprächsführung zurückgreifen können. Je nach Stadium der Erkrankung, in dem sich die anorektische Person befindet, sind dabei unterschiedliche Ansätze und Methoden zu wählen. Von Wichtigkeit ist, dass sich die Professionellen der Sozialen Arbeit über die Stärken und Schwächen der unterschiedlichen Ansätze bewusst sind, damit sie im Gespräch zielführend und adäquat auf das Gegenüber eingehen und reagieren können. Mit Hilfe einer geeigneten Kombination unterschiedlicher Ansätze der Gesprächsführung können Professionelle der Sozialen Arbeit anorektische Personen bei der Wiedererlangung einer funktionierenden, verbalen Kommunikation und somit bei der Zurückgewinnung ihrer psychosozialen Handlungsfähigkeit unterstützen, wodurch die Notwendigkeit des Körpers als alleiniges Ausdrucksmittel entfällt.

Literaturquellen (Auswahl)

- Böhnisch, Lothar (2019). *Lebensbewältigung. Ein Konzept für die Soziale Arbeit* (2. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Eigenthaler, Eva Maria (2009). *Wenn der Körper spricht ... Magersucht im Zusammenhang mit interpersonaler Kommunikation. Eine Betrachtung des Körpers als Ausdrucksform von Kommunikation*. Saarbrücken: Verlag Dr. Müller.
- Widulle, Wolfgang (2020). *Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen* (3. vollständig überarbeitete Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Wunderer, Eva (2015). *Praxishandbuch Soziale Arbeit mit Menschen mit Essstörungen*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Wunderer, Eva & Schnebel, Andreas (2008). *Interdisziplinäre Essstörungstherapie. Psychotherapie, Medizinische Behandlung, Sozialpädagogische Begleitung, Ernährungstherapie*. Weinheim, Basel: Beltz.

Einleitung

Anorexia nervosa ist eine sehr komplexe Erkrankung, die von den Betroffenen unbewusst zur Affektregulation eingesetzt wird (Born, Meisenzahl, Schüle & Schaub, 2015, S. 9; 38). Auf Grund ihres hohen Risikos zur Chronifizierung und der Tatsache, dass sie im Extremfall mit dem Tod endet, gilt sie als eine der gefährlichsten psychiatrischen Erkrankungen (Simchen, 2016, S. 40; Schnyder, Milos, Mohler-Kuo, & Dermota, 2012, S. 63; Wunderer & Schnebel, 2008, S. 75). Wie zerstörerisch diese Krankheit ist, kann daran erkannt werden, dass die Mortalitätsrate im Langzeitverlauf auch bei stattfindender Behandlung bei erschreckenden 15% liegt (Reich & von Boetticher, 2017, S. 9). In der Schweiz liegt die Lebenszeit-Prävalenz von Anorexia nervosa laut einer repräsentativen Studie bei durchschnittlich 0.7% (Schnyder et al., 2012, S. 51). Frauen sind dabei mit 1,2% sechsmal häufiger betroffen als Männer.

Eine Anorexia nervosa entwickelt sich in der Regel erstmals während der Jugendzeit oder zu Beginn des Erwachsenenalters (Laimbacher, 2019, S. 8). Es sind jedoch auch bereits Kinder und insbesondere wegen ihrem häufig chronischen Verlauf¹ auch erwachsene Personen davon betroffen (Wunderer, 2015, S. 111). Da die Erkrankung zudem in allen Gesellschaftsschichten anzutreffen ist, kann davon ausgegangen werden, dass Professionelle der Sozialen Arbeit in unterschiedlichen Handlungsfeldern und Arbeitskontexten mit dieser Problematik konfrontiert werden. Wunderer (2015, S. 112 & 422) weist deshalb darauf hin, dass ein umfangreiches Wissen über die Merkmale, Ursachen sowie die gravierenden Folge- und Begleiterscheinungen von Anorexia nervosa für Professionelle der Sozialen Arbeit von hoher Relevanz ist.

Anorexia nervosa ist eine Störung, die aus einer Disharmonie der betroffenen Personen mit ihrer Umwelt resultiert und die soziale Integration der erkrankten Person wesentlich beeinträchtigt (Wunderer, 2015, S. 422; Eigenthaler, 2009, S. 22). Laut Eigenthaler verunmöglichen negative Beziehungserfahrungen den Betroffenen die Möglichkeit einer erfolgreichen interpersonalen Kommunikation, was dazu führt, dass anorektische Personen unbewusst ihren Körper als Ausdrucksmittel wählen. Beim Krankheitsbild der Anorexia nervosa handelt es sich um ein „Nicht-Kommunizieren-Können“ (Eigenthaler 2009, S. 98), was zur Folge hat, dass die vorhandene Not der betroffenen Personen nicht über die Verbalisierung, sondern über das körperliche Erscheinungsbild offensichtlich wird (Eigenthaler, 2009, S. 87). Der kachektische Körper anorektischer Personen agiert dabei unbewusst als Mitteilung der Betroffenen, als Hilfeschrei an die Umwelt, von der sie mit ihrem Leiden wahrgenommen

¹ Im Allgemeinen werden die ersten drei bis vier Jahre einer Anorexia nervosa als akute Phase bezeichnet. Danach wird von einem chronischen Verlauf gesprochen (Realini, 2007, S. 3).

werden möchten (Eigenthaler, 2009, S. 135 & 169).

Eine Anorexia nervosa kann nur dann überwunden werden, wenn es der betroffenen Person gelingt, wieder spüren und verbalisieren zu können, was sie möchte (Rettenwander, 2007, S. 157). Neben der somatischen Rekonvaleszenz ist somit das Wiedererlangen einer funktionierenden Kommunikationsfähigkeit für den Genesungsprozess von anorektischen Personen elementar (Eigenthaler, 2009, S. 138).

Mit Hilfe der Fragestellung

Welche Relevanz ist der interpersonalen Kommunikation in Bezug auf die Pathogenese sowie die Rekonvaleszenz der Anorexia nervosa beizumessen?

wird in dieser Arbeit die Bedeutung der interpersonalen Kommunikation in Bezug auf die Anorexia nervosa ausgearbeitet. Die aus dieser Fragestellung gewonnene Erkenntnis soll dazu beitragen, dass Professionelle der Sozialen Arbeit betroffene Personen möglichst adäquat auf ihrem Weg zurück in ein autonomes, selbstbestimmtes Leben unterstützen können.

1. Anorexia nervosa

Bei der Anorexia nervosa handelt es sich um eine psychosomatische Krankheit, deren Behandlung auf Grund ihrer Komplexität höchst anspruchsvoll ist (Laimbacher, 2019, S. 8). Um ein grundlegendes Verständnis für die vielfältigen Ursachen und den oft langwierigen Verlauf dieser Erkrankung zu schaffen, wird in diesem Kapitel auf die bedeutendsten Punkte der Pathogenese sowie auf den Krankheitsverlauf und die Rekonvaleszenz der Anorexia nervosa eingegangen. Zu Beginn des Kapitels erfolgt zudem eine Definition, die sich an den Diagnosekriterien des ICD-10²-Klassifikationssystems orientiert. Der Autorin dieser Arbeit ist bewusst, dass das Stellen von Diagnosen in der Sozialen Arbeit auf Grund der damit verbundenen Gefahr der Auslösung von Etikettierungs- und Stigmatisierungsprozessen, die sowohl auf die Betroffene wie auch auf deren Umfeld negative Auswirkungen haben, sehr umstritten ist. Im Wissen darum, dass die Kenntnis der Diagnosekriterien für Professionelle der Sozialen Arbeit jedoch gerade hinsichtlich der notwendigen multiprofessionellen Zusammenarbeit in der Behandlung von anorektischen Personen unentbehrlich ist (Wunderer, 2015, S. 142), wird für die Definition der Anorexia nervosa an dieser Stelle dennoch auf die ICD-10 verwiesen. Ein weiterer Grund für die Verwendung dieser Diagnosekriterien ist zudem die Tatsache, dass eine Diagnosestellung für Betroffene und deren Angehörige auch eine Erleichterung darstellen und zur Erklärung von schwer nachvollziehbaren Verhaltensmustern beitragen kann (Wunder 2015, S. 147).

1.1. Definition

Anorexia nervosa ist eine psychosomatische Erkrankung mit Suchtcharakter (Wunderer & Schnebel, 2008, S. 21). Die Diagnosekriterien der Anorexia nervosa werden in den international anerkannten Klassifikationssysteme DSM und ICD sehr ähnlich beschrieben (Franke, 2003, S. 26). Da im deutschsprachigen Raum meist die ICD verwendet wird (Rettenwander, 2007, S. 28), werden an dieser Stelle die Diagnosekriterien dieses Manuals aufgeführt.

Für die Diagnose einer Anorexia nervosa müssen nach ICD-10 nachfolgende Kriterien erfüllt sein (Dilling & Freyberger, 2019, S. 205-206):

- Vorhandener Gewichtsverlust (bei Kindern fehlende Gewichtszunahme) mit der Folge, dass das Körpergewicht mindestens 15% unter dem normalen, bzw. dem zu erwartenden Gewicht liegt.

²Die 10. Auflage der ICD wurde im Jahre 1994 erarbeitet und ist die zurzeit gültige Version (Simchen, 2016, S. 54). Im Mai 2019 wurde die neuste Auflage (ICD-11), die am 1. Januar 2022 in Kraft tritt, durch die Weltgesundheitsversammlung verabschiedet (Jakob, 2018, S. 773).

- Der Gewichtsverlust ist durch das Vermeiden von hochkalorischen Speisen selbst herbeigeführt.
- Betroffene streben ein sehr niedriges Körpergewicht an. Sie fühlen sich zu dick und fürchten sich davor zuzunehmen.
- Es besteht eine endokrine Störung (Störung des Hormonhaushaltes), die bei Frauen zu einer Amenorrhoe (Ausbleiben der Regelblutung), bei Männern zu einem Libido- und Potenzverlust führt.

Nach Guldenschuh (2001, S, 14) gibt es zwei Formen der Anorexia nervosa: den restriktiven und den Binge-Eating/Purging-Typus. Beim restriktiven Typus erfolgt die Gewichtsabnahme ausschliesslich über eine reduzierte, selektive Nahrungsaufnahme. Im Unterschied dazu können beim Binge-Eating/Purging-Typus Essanfälle auftreten und die anorektischen Personen ergreifen neben dem Hungern weitere Massnahmen zur Gewichtsreduktion, indem sie beispielsweise Abführmittel oder Diuretika missbrauchen oder sich erbrechen (Wunderer, 2015, S. 37). Um ihr Gewicht möglichst tief zu halten oder weiter abzunehmen, findet neben dem krankhaften Hungern bei vielen Betroffenen zudem eine Steigerung der körperlichen Aktivitäten statt (Born et al., 2015, S. 16).

Anorektische Personen sind oft von komorbid auftretenden psychischen Störungen, wie beispielsweise Depressionen, Zwangs- oder Angststörungen betroffen, was ein sehr komplexes Störungsbild zur Folge hat, wodurch die Rekonvaleszenz zusätzlich erschwert wird (Born et al., 2015, S. 12-13; Wunderer & Schnebel, 2008, S. 39-40; 98). Neben den psychischen Folgen, die aus einem anorektischen Verhalten resultieren, führt das extreme Hungern auch zu schwerwiegenden somatischen Konsequenzen (Born et al., 2015, S. 18-24). Nach Aussage der Autoren sind von einer anhaltenden Mangelernährung beinahe alle Organe sowie der Hormonhaushalt und der Stoffwechsel betroffen, was im schlimmsten Fall zum Tod der anorektischen Person führen kann.

1.2. Pathogenese

Der Beginn einer Anorexia nervosa liegt oftmals in der Adoleszenz, die als kritische Übergangszeit einen geeigneten Nährboden für die Entstehung dieser Erkrankung darstellt (Wunderer, 2015, S. 310). Betroffen sind oft sensible, leistungsorientierte und überangepasste Personen, die sich von ihrem sozialen Umfeld nicht verstanden fühlen, das Gefühl haben von Gleichaltrigen oder Autoritätspersonen gemieden zu werden und infolgedessen über ein schlechtes Selbstwertgefühl verfügen (Simchen, 2016, S. 17-18; 75). Vorhandene Versagensängste, sowie der Glaube an die eigene Inkompetenz erhöhen die Gefahr an Anorexia nervosa zu erkranken (Simchen, 2016, S. 78). Die betroffenen Personen glauben die Erwartungen, die das soziale Umfeld tatsächlich oder in ihrem Empfinden an sie stellt, nicht

erfüllen zu können. Die dadurch entstehende Überforderung versuchen sie unbewusst mit ihrem zerbrechlichen Erscheinungsbild sichtbar zu machen (Eigenthaler, 2009, S. 73). Anorexia nervosa kann als missglückter Bewältigungsversuch von Schwierigkeiten, die von den Betroffenen als unlösbar empfundenen werden, betrachtet werden (Simchen, 2016, S. 13). Ständige Versagensängste, verbunden mit dem quälenden Gefühl, von der sozialen Umwelt nicht verstanden oder abgelehnt zu werden, führen dazu, dass die betroffenen Personen den Weg des Hungerns wählen, um dadurch ein Gefühl von Kontrolle und selbstbestimmtem Handeln zu erleben (Simchen, 2016, S. 17).

Eine Anorexia nervosa ist bio-psycho-sozial bedingt (siehe Abb. 1) und resultiert aus einem interaktiven Zusammenspiel von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren (Wunderer, 2015, S. 70). Um ein Verständnis für die Komplexität der zugrundeliegenden Ursachen einer Anorexia nervosa aufbringen zu können, müssen die Psyche, der Körper und das soziale Umfeld als vernetztes System betrachtet werden (Eigenthaler, 2009, S. 48).

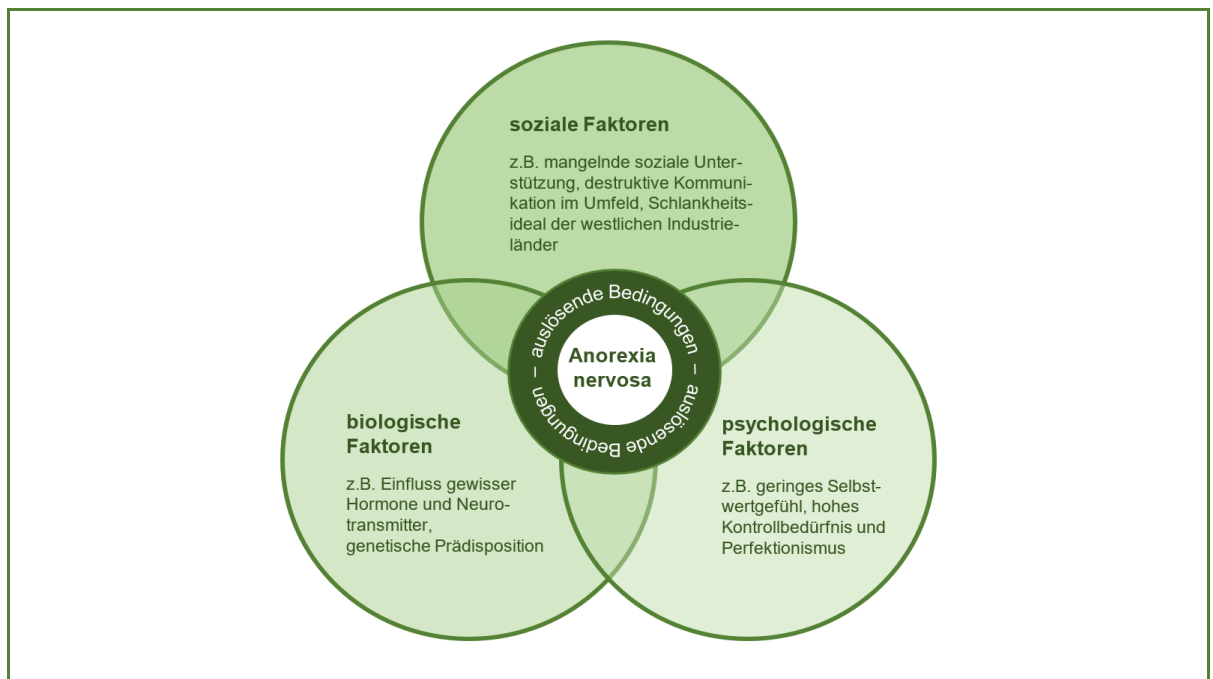


Abb. 1: Multifaktorielle Pathogenese der Anorexia nervosa

Anmerkung: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Wunderer und Schnebel (2008, S. 51).

Biologische Faktoren, die zur Entstehung einer Anorexia nervosa beitragen, sind beispielsweise eine genetische Prädisposition, sowie der Einfluss gewisser Hormone und Neurotransmitter (Wunderer, 2015, S. 73).

Bei den psychologischen Faktoren sind ein geringes Selbstwertgefühl sowie ein hohes Kontrollbedürfnis und Perfektionismus zu nennen. Nach Bruch (2010, S. 159) sind Betroffene von ihrer eigenen Inkompetenz überzeugt und empfinden oft ein tief verwurzeltes Gefühl von Unzufriedenheit. Simchen (2016, S. 70) erwähnt, dass anorektische Personen dazu neigen,

einen hohen Selbstanspruch an sich zu stellen, eine hohe Empfindlichkeit gegenüber Kritik und Stress aufweisen und innerlich verunsichert sind.

Neben den biologischen und den psychologischen Ursachen tragen jedoch auch soziale Faktoren, wie beispielsweise Stress in sozialen Beziehungen oder mangelnde soziale Unterstützung, zur Pathogenese der Anorexia nervosa bei. Eine destruktive Kommunikation im Umfeld, kritische Äusserungen über die Figur oder das Gewicht sowie das Schlankheitsideal der westlichen Industrieländer gehören ebenfalls zu den sozialen Faktoren, die ein gestörtes Essverhalten auslösen können, das sich bei gleichzeitigem Vorhandensein weiterer Risikofaktoren zu einer Anorexia nervosa entwickeln kann (Wunderer, 2015, S. 109).

Der lang verbreitete Glaube, dass die alleinige Ursache einer Anorexia nervosa in der Familie der betroffenen Person zu finden ist, kann somit klar falsifiziert werden (Simchen, 2016, S. 80; 178). Familiäre Ursachen können sowohl bei der Pathogenese wie auch bei der Aufrechterhaltung einer Anorexia nervosa einen wesentlichen Einflussfaktor darstellen. Es handelt sich dabei jedoch nur um einen von vielen Faktoren. Von einer typischen Anorexie-Familie zu sprechen, wie dies lange Zeit der Fall war, ist somit eine untragbare Verallgemeinerung, die zu einer inakzeptablen Stigmatisierung der Familienmitglieder führt und bereits vorhandene Schuldgefühle verstärkt (Wunderer, 2015, S. 265; 290).

Die Tatsache, dass neben biologischen und psychologischen auch soziale Faktoren an der Entstehung und an der Aufrechterhaltung einer Anorexia nervosa beteiligt sind, zeigt klar auf, dass Betroffene nicht bloss auf psychotherapeutische und medizinische Hilfe, sondern auch auf eine professionelle Unterstützung im sozialen Bereich angewiesen sind (Wunderer, 2015, S. 112).

1.3. Krankheitsverlauf

Wunderer (2015, S. 190) unterteilt den Krankheitsverlauf der Anorexia nervosa in drei Stadien (siehe Abb. 2). Das erste Stadium der Erkrankung ist dabei im Normalfall von einer fehlenden Krankheitseinsicht geprägt. In diesem Stadium hilft das erfolgreiche Abnehmen den betroffenen Personen, ihr psychisches Gleichgewicht vorübergehend zu stabilisieren, wodurch sie sich besser fühlen (Simchen, 2016, S. 69). Anorektische Personen verleugnen und bagatellisieren in dieser Anfangsphase ihre Krankheit und betonen, dass ihr Essverhalten sowie ihr körperlicher Zustand normal seien (Reich & von Boetticher, 2017, S. 109; Eigenthaler, 2009, S. 133). Zu diesem Zeitpunkt der Erkrankung sind sie davon überzeugt, ihren Körper und dessen Bedürfnisse unter Kontrolle zu haben (Wunderer & Schnebel, 2008, S. 103). Dass sie im Stande sind dem Hunger über Stunden nicht nachzugeben, erfüllt die anorektischen Personen dabei oft mit einem geheimen Stolz, der sie die Welt um sich herum mit einem gewissen Überlegenheitsgefühl betrachten lässt (Bruch, 2010, S. 82-83).

Egenthaler (2009, S. 19) weist ebenfalls darauf hin, dass die anorektischen Personen durch das starke Abnehmen ein Gefühl von Stärke und Überlegenheit entwickeln. Dies kann dazu führen, dass die Betroffenen eine Ignoranz gegenüber ihren Mitmenschen ausstrahlen, was bei diesen ein Gefühl der Hilf- und Machtlosigkeit hinsichtlich der Erkrankung auslöst (Eigenthaler, 2009, S. 155).

Im Verlaufe des ersten Stadiums der Anorexia nervosa werden die Gedanken und Reaktionen der Betroffenen durch den anhaltenden Hungerzustand immer abnormer und es findet eine ausgeprägte Veränderung der Einstellung gegenüber sich selbst und der Umwelt statt (Eigenthaler, 2019, S. 19). Einige Betroffene erfahren zudem als Folge des Hungerns biologisch ausgelöste Hochgefühle, die mit einem Alkoholrausch gleichgesetzt werden können (Bruch, 2010, S. 94). Je länger der Hungerzustand andauert und je höher der Gewichtsverlust ist, umso überzeugter werden die anorektischen Personen, dass sie etwas Besonderes und anders als andere sind (Bruch, 2010, S. 95). Ihr erhungertes Dünnssein verhilft ihnen dazu, sich wertvoll, bedeutend und einzigartig zu fühlen (Bruch, 2010, S. 95). Nach Aussage der Autorin stellt sich dabei bei den Betroffenen ein Gefühl der Kommunikationsunfähigkeit gegenüber den *gewöhnlichen Leuten* ein, da sie sich von diesen nicht mehr verstanden fühlen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Betroffene die Anorexia nervosa in diesem ersten Stadium der Erkrankung als positiv erleben, was sie dazu motiviert, weiter zu hungern. Dadurch, dass die Krankheit in dieser Anfangsphase bei den Betroffenen zu einer temporären Stabilisation des psychischen Gleichgewichts führt und Ablenkung verschafft, da sich die Gedanken der anorektischen Personen ausschliesslich um das Essen, um Kalorien und das Gewicht drehen, wird sie von ihnen unbewusst als Lösung vorhandener Probleme wahrgenommen.

Im zweiten Stadium der Erkrankung verändert sich dieses Empfinden elementar. Das anfängliche Vorhaben, abzunehmen, wird nun zur zwanghaften Sucht, die das gesamte Denken und Verhalten der betroffenen Person bestimmt (Simchen, 2016, S. 19). In diesem Stadium der Anorexia nervosa verstärken und verselbstständigen sich die Krankheitssymptome und halten sich selbst aufrecht (Reich & von Boetticher, 2017, S. 107). Zudem können sich bei den Betroffenen zu diesem Zeitpunkt sozialphobische Symptome entwickeln oder verstärken (Reich & von Boetticher, 2017, S. 109). Die Betroffenen grenzen sich im weiteren Verlaufe dieses Stadiums zunehmend von ihrem sozialen Umfeld ab, gehen verbaler Kommunikation aus dem Weg und richten ihre ganze Aufmerksamkeit auf ihren abgemagerten Körper (Eigenthaler, 2009, S. 117). Dieses Verhalten steht stellvertretend für Probleme, die Betroffenen mit sich selbst und ihrer Umwelt haben (Eigenthaler, 2009, S. 117). Sie glauben

eine nutzlose, von ihrer Umwelt ausgeschlossene Person zu sein, die nicht dazu in der Lage ist, ein selbstverantwortliches und sozial integriertes Leben zu führen (Bruch, 2010, S. 100). Betroffene erleben die Anorexia nervosa in diesem Stadium der Erkrankung als tyrannisch und dominant (Wunderer, 2015, S. 190). Sie erkennen, dass sie sich in einem sich selbst aufrechterhaltenden und verstärkenden Teufelskreis befindet, der es ihnen verunmöglicht an einem normalen Leben teilzunehmen und den sie aus eigener Kraft nicht mehr durchbrechen können (Reich & von Boetticher, 2017, S. 108). Dieses Stadium der Erkrankung ist geprägt von irrationalen Zwängen, eigenartigen Fehlwahrnehmungen und seltsamen Gefühlen im Zusammenhang mit dem Körper und seinen Funktionen, die bei Andauern des anorektischen Zustandes immer rigider werden (Simchen, 2016, S. 19; Bruch, 2010, S. 104). Im Verlaufe des zweiten Stadiums der Anorexia nervosa entwickelt sich bei den Betroffenen zum einen ein Bewusstsein für ihre Krankheit, zum anderen ein enormer Leidensdruck. Dies steigert die Bereitschaft der anorektischen Personen, sich mit ihrer Krankheit auseinanderzusetzen und Hilfe anzunehmen (Eigenthaler, 2009, S. 133).

Im dritten Stadium der Anorexia nervosa beginnt die aktive Auseinandersetzung der betroffenen Personen mit ihrer Erkrankung. Auf dem Weg der Genesung, den sie nun einschlagen, haben sie jedoch mit sehr ambivalenten Gefühlen zu kämpfen. Einerseits sind die anorektischen Personen sich nun der negativen Konsequenzen ihrer Krankheit bewusst, was sie dazu motiviert, sich weiter von der Krankheit zu distanzieren, andererseits vermissen sie die positiven Gefühle, die sie im Zusammenhang mit der Erkrankung erlebt haben, jedoch schmerzlich (Wunderer, 2015, S. 190). Ihre Angst, die durch die Anorexia nervosa empfundene Kontrolle, Sicherheit und Einzigartigkeit zu verlieren, führt oft dazu, dass sich anorektische Personen nicht dazu in der Lage fühlen, den Weg Richtung Gesundheit konstant weiterzugehen, was zu Rückschritten im Genesungsprozess und im schlimmsten Fall zu einer Chronifizierung der Erkrankung führt.

Auch in Bezug auf das soziale Umfeld sind im Verlaufe der Krankheit deutliche Veränderungen zu erkennen. Zu Beginn des ersten Stadiums der Erkrankung erhalten die betroffenen Personen für die disziplinierte Einschränkung ihrer Nahrungszufuhr und den damit verbundenen Gewichtsverlust oft viel Anerkennung, Lob und Aufmerksamkeit (Eigenthaler, 2009, S. 134). Im weiteren Verlauf der Krankheit verändert sich die Beziehung zum Umfeld. Das krankhafte Essverhalten und die damit verbundenen rigiden Verhaltensmuster führen nach Aussage der Autorin beim sozialen Umfeld der anorektischen Person, die nun ihre gesamte Zeit und Energie in die Beschäftigung mit dem Essen investiert und sich dadurch zunehmend von ihrer Umwelt abgrenzt, zu Misstrauen und Unverständnis.

Je früher eine Anorexia nervosa erkannt und behandelt wird, desto besser ist normalerweise die Prognose (Kamber, 2005, S. 1195). Eine frühzeitige Behandlung wird jedoch oft durch

die mangelnde Krankheitseinsicht zu Beginn der Erkrankung erschwert (Hepp & Milos, 2010, S. 836). Damit Hinweise und Ratschläge von aussen etwas bewirken, muss die betroffene Person an einem Punkt stehen, an dem sie selbst erkennen kann, dass die Krankheit ihre Lebensqualität immens einschränkt (Wunderer und Schnebel, 2008, S. 109-110). Da dies im ersten Stadium der Erkrankung noch nicht der Fall ist, führt eine Behandlung, zu der die anorektische Person zu diesem Zeitpunkt von aussen gedrängt wird, höchstens zu einer kurzfristigen Verbesserung der Symptomatik, jedoch nicht zu einem anhaltenden Erfolg. Voraussetzung für eine effiziente Behandlung ist somit, dass die betroffene Person bereits das zweite Stadium der Erkrankung erreicht hat.

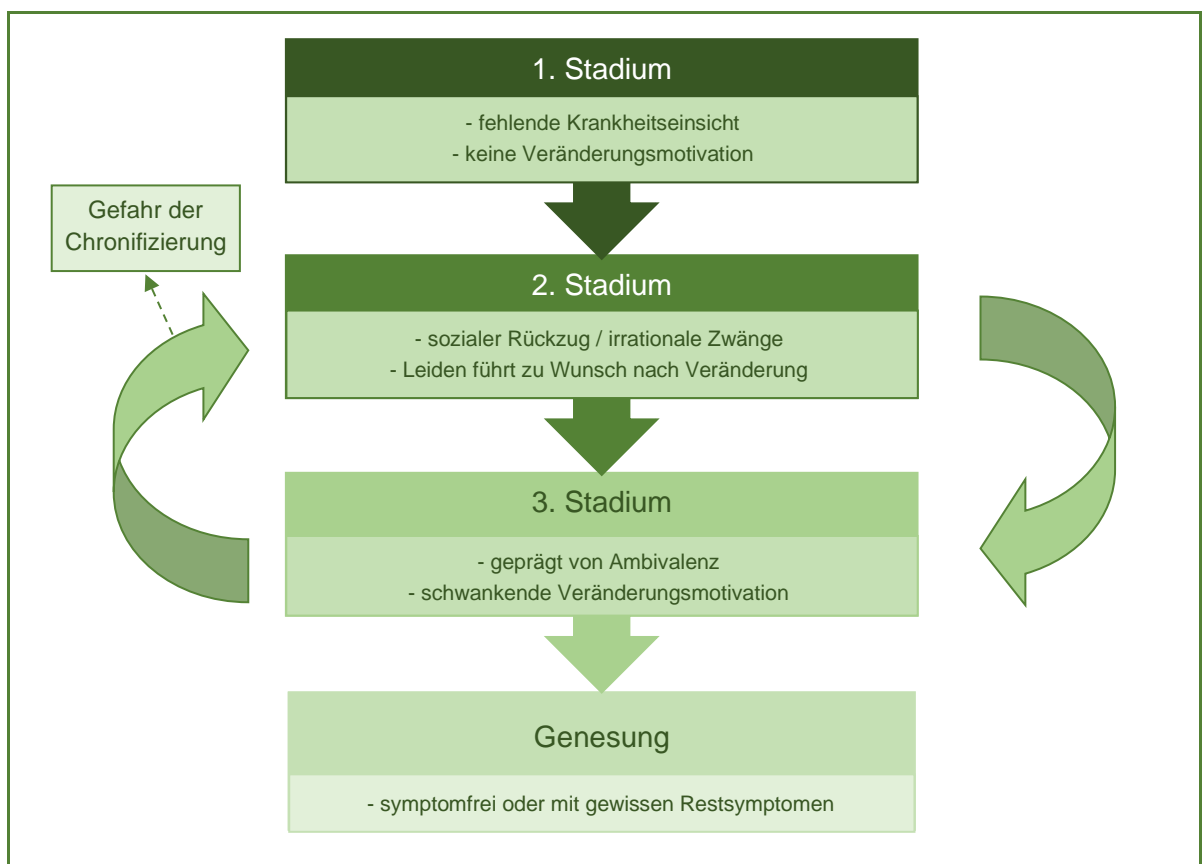


Abb. 2: Krankheitsverlauf der Anorexia nervosa

Anmerkung: Eigene Darstellung.

Grundsätzlich wird bei einer Anorexia nervosa die ambulante der stationären Behandlung vorgezogen (Born et al., 2015, S. 26). Die Autoren weisen jedoch darauf hin, dass unter bestimmten Bedingungen eine stationäre Behandlung indiziert und somit klar zu empfehlen ist. Während bei einem leichten Krankheitsverlauf eine ambulante Behandlung ausreicht, ist es bei einem schweren Krankheitsverlauf oft unumgänglich, stationäre oder teilstationäre Hilfe in Anspruch zu nehmen (Born et al., 2015, S. 39). Die Notwendigkeit einer stationären Behandlung hängt von unterschiedlichen Faktoren, wie beispielsweise dem Alter und der Verfassung der betroffenen Person, dem bereits erfolgten Gewichtsverlust, der Krankheitsdauer

sowie der Unterstützung im sozialen Umfeld ab (Bruch, 2010, S. 116). Eine zunehmende Verschlechterung des Gesundheitszustandes der betroffenen Person oder gravierende Störungen des Elektrolytenhaushaltes infolge Erbrechens oder Missbrauchs von Abführmitteln oder Diuretika sind klare Indizien für die Notwendigkeit einer Einweisung in ein Krankenhaus (Bruch, 2010, S. 118).

Auf Grund schwerwiegender somatischer Folgen der Unterernährung und einem stark erhöhten Suizidrisiko ist die Anorexia nervosa mit einer signifikant erhöhten Mortalitätsrate verbunden und stellt bei jungen Frauen zwischen 15 und 24 Jahren die häufigste Todesursache dar (Wunderer, 2015, S. 307; Kamber, 2005, S. 1196). Je länger die Krankheit andauert, umso stärker verselbstständigt sie sich, bis sie schlussendlich das gesamte Denken und Verhalten der betroffenen Person dominiert, wodurch eine erfolgreiche Behandlung zunehmend erschwert wird (Kamber, 2005, S. 1197).

Laut Simchen (2016, S. 16-17) werden über zwei Drittel der an Anorexia nervosa erkrankten Personen nie mehr vollständig gesund. Häufige Folgen eines chronischen Verlaufs der Anorexia nervosa sind Invalidität und eine qualvolle Isolierung der Betroffenen (Bruch, 2010, S. 100). Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass eine Genesung auch nach einem jahrelangen, chronischen Verlauf noch möglich ist (Realini, 2007, S. 3).

1.4. Rekonvaleszenz

Eine erfolgreiche Behandlung der Anorexia nervosa setzt eine Veränderung auf mehreren Gebieten voraus. Neben der offensichtlichen Notwendigkeit der Verbesserung des Ernährungszustandes der betroffenen Person ist für eine Genesung auch die Verbesserung der sozialen Interaktionsmuster, sowie die Korrektur ihres selbstabwertenden Selbstbildes erforderlich (Bruch, 2010, S. 112). Nach Aussage der Autorin handelt es sich bei der Anorexia nervosa nicht um eine Krankheit, die sich auf das Gewicht oder den Appetit bezieht, wie dies das Erscheinungsbild der Betroffenen vermuten lässt. Das wesentliche Problem, das hinter dem offensichtlichen, körperlichen Zerfall steht, ist ein Leiden, das auf innere Zweifel und einen Mangel an Selbstvertrauen zurückzuführen ist (Bruch, 2010, S. 115). Da eine Anorexia nervosa sowohl aus biologischen wie auch psychologischen und sozialen Ursachen resultiert (siehe Kapitel 1.2), ist für eine erfolgreiche Behandlung neben der Krankheitseinsicht und der Motivation der anorektischen Person, an ihrem momentanen Verhalten etwas zu ändern, auch eine multidisziplinäre Unterstützung von hoher Relevanz (Kamber, 2005, S. 1195). Wunderer (2015, S. 20) weist ebenfalls darauf hin, dass für eine möglichst adäquate Hilfestellung in der Behandlung von anorektischen Personen auf eine enge multiprofessionelle Zusammenarbeit nicht verzichtet werden kann.

Um die, der Anorexia nervosa zugrundeliegenden Ursachen aufarbeiten und die daraus

resultierenden psychischen Probleme verstehen und ihnen entgegenwirken zu können, ist es nach Bruch (2010, S. 115) unabdingbar, dass sich der körperliche Zustand der betroffenen Person verbessert. Besonders zu Beginn der Behandlung ist deshalb die direkte Arbeit am Essverhalten der anorektischen Person von hoher Bedeutung (Wunderer, 2015, S. 359). Da die Anorexia nervosa im Verlauf der Krankheit eine Eigendynamik entwickelt, die es den Betroffenen verunmöglicht, sich ausreichend und ausgewogen zu ernähren, ist für die Wiederherstellung eines Gefühls von Kompetenz in Bezug auf ihr Essverhalten eine konkrete, konfrontative Bearbeitung ihres krankhaften Essverhaltens notwendig (Reich & von Boetticher, 2017, S. 108). Die betroffenen Personen müssen sich wieder daran gewöhnen, normale Portionsgrößen einzunehmen und Lebensmittel zu sich zu nehmen, die sie oft über sehr lange Zeit gemieden haben (Wunderer, 2015, S. 336-337). Die Rückkehr zu einem geregelten, gesunden Essverhalten ist gerade bei Personen, die sich über Jahre oder Jahrzehnte restriktiv ernährt haben, ein sehr langwieriger Prozess, der von den Betroffenen unglaublich viel Ausdauer und Geduld erfordert (Wunderer, 2015, S. 338).

Die mit einer Normalisierung des Ernährungszustandes verbundene Gewichtszunahme stellt für viele anorektische Personen eine sehr grosse Hürde dar und ist mit enormen Ängsten verbunden (Wunderer, 2015, S. 327). Relevant ist deshalb, parallel zur Gewichtszunahme die vorhandenen Ängste zu thematisieren und darauf hinzuarbeiten, dass die betroffenen Personen korrektive Erfahrungen diesbezüglich machen können (Bruch, 2010, S. 160-161). Voraussetzung dafür ist jedoch, dass sich die anorektischen Personen dazu bereit erklären, sich all den schwierigen Gefühlen und den Unsicherheiten, die durch eine Umstellung der Ernährung und die damit verbundene Gewichtszunahme ausgelöst werden, zu stellen (Wunderer, 2015, S. 335).

Anorexia nervosa ist oft mit einer gestörten Einschätzung des eigenen Körpers und des Körpergefühls verbunden, was dazu führt, dass sich anorektische Personen im Normalfall als deutlich dicker wahrnehmen, als sie tatsächlich sind (Wunderer, 2015, S. 347). Während der Rekonvaleszenz ist deshalb die Arbeit an der verzerrten Körperwahrnehmung ein weiterer bedeutender Bestandteil der Behandlung (Wunderer, 2015, S. 348-349).

Ein Kernmerkmal von Personen, die an einer Anorexia nervosa erkranken, ist eine mangelnde Interozeptionsfähigkeit, was bedeutet, dass betroffenen Personen Mühe haben, ihre Körpersignale und Gefühle wahrzunehmen, zu validieren und mitzuteilen (Wunderer, 2007, S. 180; 183). Ein bedeutsamer Punkt in der Behandlung anorektischer Personen ist deshalb die Arbeit an ihrer Reflexionsfähigkeit. Zudem sollte auf eine zunehmende Validierung und Differenzierung der Gefühle hingearbeitet werden (Wunderer, 2015, S. 358).

Wie bereits erwähnt ist ein mangelndes Selbstwertgefühl eine weitere Ursache, die die Entstehung einer Anorexia nervosa begünstigt. In der Beratung und Behandlung anorektischer

Personen ist deshalb neben einem wertschätzenden Umgang das Unterbinden von Selbstabwertung und das Fördern eines positiven Selbstbildes der betroffenen Personen elementar (Wunderer, 2015, S. 361-362). Die (Wieder-)Herstellung eines gesunden Selbstwertgefühls gilt als Voraussetzung für die soziale (Re-)Integration anorektischer Personen und ist somit insbesondere für die sozialarbeiterische Tätigkeit mit betroffenen Personen von immenser Bedeutung (Wunderer, 2015, S. 378-379).

Anorektische Personen brauchen bei der Suche und Förderung ihrer Autonomie und Identität Unterstützung (Eigenthaler, 2009, S. 35). Dabei stehen der Mangel an Selbstausdruck der betroffenen Personen und deren Unsicherheiten im Umgang mit Menschen im Zentrum. Da anorektische Personen sich überwiegend nach anderen richten, können sie im Verlaufe ihrer Krankheit ihre eigenen Bedürfnisse immer schlechter wahrnehmen. Eine professionelle Begleitung kann Betroffene darin unterstützen, wieder einen Zugang zu ihren Wünschen und Bedürfnissen zu finden (Wunderer, 2015, S. 364). Über das Gespräch soll ihnen zudem vermittelt werden, dass es möglich ist, ihrem Gefühl von Unzufriedenheit und Isolation entgegenzuwirken (Eigenthaler, 2009, S. 35). Anorektische Personen leben oft viele Jahre sehr zurückgezogen und vernachlässigen soziale Kontakte. Ein weiterer relevanter Punkt in der Arbeit mit Betroffenen ist es somit, sie beim Aufbau von neuen sozialen Beziehungen zu unterstützen (Bruch, 2010, S. 171).

Im Akutstadium der Anorexia nervosa dreht sich das Leben einer erkrankten Person ausschliesslich um Themen, die das Essen, das Gewicht und den Körper betreffen. Wenn im Verlauf der Rekonvaleszenz diese permanente Beschäftigung zurückgeht, erleben Betroffene oft eine innere Leere, die sie als schwer aushaltbar empfinden (Wunderer, 2015, S. 389). Aus diesem Grund ist es nach Aussage von Wunderer von hoher Relevanz, dass die betroffenen Personen beim Aufbau einer klaren Tagesstruktur und bei der Suche nach einem erfüllenden Freizeitverhalten Unterstützung erhalten.

Auch wenn die Betroffenen im Verlaufe der Erkrankung erkennen, dass sie so nicht mehr weiterleben wollen und können, fürchten sie sich dennoch vor der Veränderung ihrer Essgewohnheiten und der daraus resultierenden Gewichtszunahme (Wunderer, 2015, S. 189). Die Motivation für eine Veränderung ist auf Grund der durch die Anorexia nervosa ausgelösten Ambivalenz oft über den gesamten Genesungsverlauf hinweg schwankend und es ist immer wieder mit Rückschritten zu rechnen (Wunderer, 2015, S. 189).

In der Arbeit mit anorektischen Personen ist deshalb ein konstruktiver Umgang mit Rückschritten von zentraler Bedeutung (Wunderer, 2015, S. 192). Von hoher Wichtigkeit ist, sich darüber bewusst zu sein, dass es normal ist, wenn Betroffene in schwierigen Situationen immer wieder auf kranke Verhaltensmuster zurückgreifen und ein Rückschritt im Genesungsprozess somit nicht zwangsläufig ein Hinweis auf einen fehlenden Veränderungswillen

darstellt (Wunderer, 2015, S. 207). Vielmehr geht es darum zu klären, weshalb es erneut zu diesem symptomatischen Verhalten kam und gemeinsam mit der betroffenen Person Möglichkeiten für ein alternatives Handeln zu erarbeiten. Das Erkennen von Frühwarnzeichen und die Konzeption von Strategien zur Bewältigung schwieriger Situationen gehören somit ebenfalls zu den relevanten Punkten, die für die erfolgreiche Überwindung einer Anorexia nervosa von zentraler Bedeutung sind (Wunderer, 2015, S. 208).

Personen, die an einer Anorexia nervosa erkranken, brauchen oft mehrere Behandlungen und meist über lange Zeit Unterstützung, bis sie ihre Krankheit überwinden können. Einige erleben immer wieder Rückfälle oder schaffen es gar nicht zu genesen (Wunderer, 2015, S. 109). Um die dysfunktionalen Verhaltensmuster einer Anorexia nervosa langfristig durchbrechen zu können, müssen die Betroffenen laut Wunderer (2015, S. 111) über Ausdauer und eine gute Reflexionsfähigkeit verfügen. Eine weitere Voraussetzung für die Genesung ist die Bereitschaft der anorektischen Person, sich mit sich selbst und anderen kritisch auseinanderzusetzen und schwierigen Situationen nicht aus dem Weg zu gehen. Verfügt die betroffene Person über ein gutes, unterstützendes familiäres oder soziales Umfeld, kann dieses, sofern die anorektische Person dies befürwortet, als Unterstützung zur Vermeidung von möglichen Rückfällen beigezogen werden (Wunderer, 2015, S. 208).

Da die Suchtdynamik der Anorexia nervosa das Denken und Verhalten der betroffenen Person mit der Zeit immer stärker beherrscht, wird eine erfolgreiche Behandlung mit zunehmender Krankheitsdauer immer schwieriger (Isenschmid, 2010, S. 23). Studien haben jedoch gezeigt, dass eine Genesung auch nach einer jahrelangen Erkrankung noch möglich ist (Rettenwander, 2007, S. 168). Nach Aussage der Autorin sollte deshalb das oberste Ziel jeder Behandlung darin bestehen, die betroffenen Personen im Glauben an sich und ihre Fähigkeiten zu unterstützen.

2. Anorexia nervosa als Lebensbewältigung

Personen, die an einer Anorexia nervosa erkranken, verfügen über ein geringes Selbstwertgefühl und brauchen das Hungern, um ihren Versagensängsten und dem Gefühl von Überforderung entgegenzuwirken (siehe Kapitel 1.2). Anorexia nervosa kann somit als eine unbewusst gewählte Methode der Lebensbewältigung betrachtet werden (Rettenwander, 2007, S. 99). Aus diesem Grund soll mit Hilfe des Konzeptes der Lebensbewältigung von Lothar Böhnisch im ersten Teil dieses Kapitels aufgezeigt werden, auf welche unterschiedlichen Arten Personen reagieren, wenn sie an einer inneren Hilflosigkeit leiden. Der zweite Teil des Kapitels widmet sich der Verknüpfung der theoretischen Erläuterungen, indem das Konzept der Lebensbewältigung am Beispiel der Anorexia nervosa veranschaulicht wird.

2.1. Das Konzept der Lebensbewältigung

Das Konzept der Lebensbewältigung nach Lothar Böhnisch ist eine Theorie der Sozialen Arbeit, die einen analytischen Zugang zum Verständnis von individuellem Bewältigungsverhalten von Menschen in kritischen Lebenssituationen ermöglicht und sowohl anwendungs- wie auch forschungsorientiert ist (Böhnisch, 2019, S. 11; Böhnisch & Schröer, 2018, S. 317). Das Konzept soll Professionellen der Sozialen Arbeit Perspektiven für Interventionen und mögliche Zugänge zu Menschen, die sich antisozial oder selbstdestruktiv verhalten, aufzeigen (Böhnisch & Schröer, 2018, S. 319). Unter Lebensbewältigung versteht Böhnisch die Herstellung und Aufrechterhaltung der biografischen Handlungsfähigkeit sowie der sozialen Integration (Schweppe, 2012, S. 517). Dabei werden drei Typen der Handlungsfähigkeit unterschieden: die regressive, die einfache und die erweiterte Handlungsfähigkeit (Böhnisch & Schröer, 2018, S. 319). Steht eine Person unter einem solchen sozialen Druck, dass sie ihre situative Handlungsfähigkeit nur über dissoziales oder selbstzerstörerisches Verhalten erreichen kann, handelt es sich nach Aussage der Autoren um eine regressive Handlungsfähigkeit. Von einfacher Handlungsfähigkeit spricht Böhnisch (2019, S. 112), wenn eine Person fähig ist, ihren Alltag sozial angemessen zu bewältigen und ihn als subjektiv befriedigend empfinden kann. Ist die Person zudem fähig, Empathie und Gerechtigkeitsempfinden wahrzunehmen, verfügt sie über eine erweiterte Handlungsfähigkeit (Böhnisch & Schröer, 2018, S. 319).

Neben dem Blick auf das Individuum richtet das Konzept den Fokus auch auf die sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen, die die subjektive Handlungsfähigkeit und somit das Bewältigungsverhalten der Menschen beeinflussen (Böhnisch & Schröer, 2018, S. 317). Böhnisch spricht von einem „mehrdimensionalen Paradigma“ (2019, S. 9), das aus drei Dimensionen, der psychodynamischen, der sozialdynamischen und der gesellschaftlichen Dimension, besteht. Diese Dimensionen sind nur analytisch voneinander abgrenzbar und

stehen in der sozialen Wirklichkeit in einer interaktiven Wechselwirkung zueinander (Böhnisch & Schröer, 2018, S. 320). Dabei widerspiegelt sich in allen drei Ebenen die Möglichkeit zur Mitteilung der inneren Hilflosigkeit, die die Grundkomponente einer gelingenden Bewältigung darstellt (Böhnisch, 2019, S. 11-12).

Die psychodynamische Dimension

Die psychodynamische Dimension beinhaltet das Bewältigungsverhalten einer Person und setzt sich mit der Frage auseinander, weshalb sich Menschen in kritischen Situationen so verhalten wie sie es tun (Böhnisch & Schröer, 2013, S. 25-26). Im Zentrum dieser Dimension steht das subjektive Verlangen nach den drei Grundvoraussetzungen für Handlungsfähigkeit, einem stabilen Selbstwert, sozialer Anerkennung und dem Erfahren von Selbstwirksamkeit (Böhnisch & Schröer, 2018, S. 320; Böhnisch, 2019, S. 20). Nach Aussage der Autoren können soziale Anerkennung und Selbstwirksamkeit dabei sowohl durch sozial erwünschtes wie auch durch aufmerksamkeitserregendes, antisoziales Verhalten erfahren werden.

Die Theorie der Lebensbewältigung baut auf dem Wissen des psycho-somatischen Automatismus des Strebens nach einem Gleichgewichtszustand aus der Stressforschung auf und stellt dieses in den Kontext der sozialen und politischen Herausforderungen der heutigen Zeit (Böhnisch, 2012, S. 223). Konkret bedeutet das, dass aus einem Ungleichgewicht von Selbstwert, sozialer Anerkennung und Selbstwirksamkeit, das sich in kritischen Lebenssituation einstellen kann, eine innere Hilflosigkeit des Subjekts resultiert, die sich in einem drohenden Abspaltungsdruck zeigt. Kann dieser Druck, der, um die Hilflosigkeit zu kompensieren, nach einem Ausgleich verlangt, nicht thematisiert werden, kommt es zur Abspaltung, was zu antisozialem oder selbstdestruktivem Verhalten führt (Böhnisch, 2019, S. 18). Die Tatsache, dass diese psychosoziale Gleichgewichtssuche somatisch angetrieben ist, erklärt, dass viele Betroffene sich ihres irrationalen Bewältigungsverhaltens oft selbst nicht bewusst sind und sich eher dazu getrieben fühlen, als dass sie es beabsichtigt ausführen (Böhnisch & Schröer, 2013, S. 21). Dieser nicht offensichtliche Bewältigungszusammenhang ist überall dort zu finden, wo Professionelle der Sozialen Arbeit mit antisozialem oder selbstdestruktivem Verhalten konfrontiert werden und zeigt klar auf, dass ein verstehender Zugang zu den Betroffenen nur dann gewährleistet werden kann, wenn diese Personen und ihr Verhalten voneinander getrennt betrachtet werden (Böhnisch, 2012, S. 224).

Laut Böhnisch (2019, S. 21-26) gibt es zwei Arten der Abspaltung, die beide aus einer inneren Hilflosigkeit, die nicht thematisiert werden kann, resultieren: die äussere sowie die innere Abspaltung. Bei der äusseren Abspaltung (siehe Abb. 3) erfolgt die Abspaltung der inneren Hilflosigkeit, indem sie nach aussen gerichtet wird. Dies kann auf unterschiedliche Arten geschehen. So zum Beispiel durch Verweigerung oder destruktives Verhalten sowie durch die Projektion der eigenen Hilflosigkeit auf andere Personen, indem gegen diese physische oder

psychische Gewalt angewendet wird (Böhnisch, 2019, S. 22; Böhnisch & Schröer, 2013, S. 21). Das antisoziale Verhalten stellt dabei für die Betroffenen oft die letzte Möglichkeit dar, Selbstwert, soziale Anerkennung und Selbstwirksamkeit zu erlangen (Böhnisch, 2019, S. 24). Da die Abspaltung den emotionalen Druck der betroffenen Personen löst, wird das antisoziale Verhalten nach Aussagen des Autors als entspannend und dadurch als positiv erlebt.

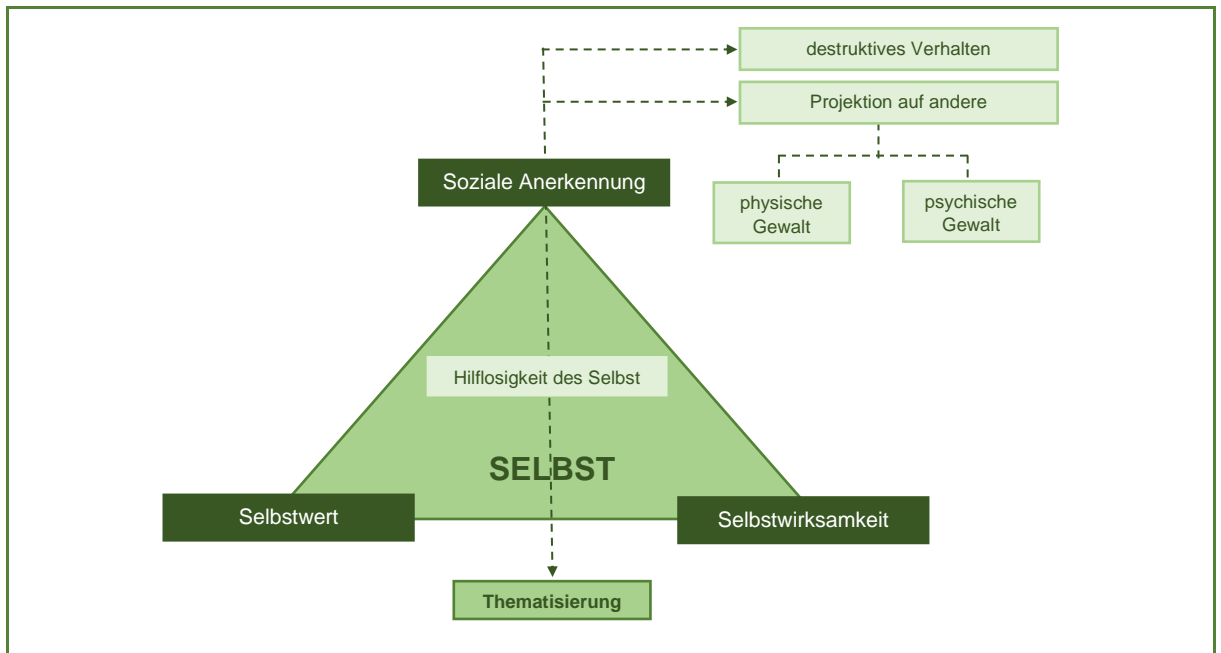


Abb. 3: Äussere Abspaltung

Anmerkung: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Böhnisch (2015, S. 3).

Währenddem bei der äusseren Abspaltung die innere Hilflosigkeit gegen aussen getragen wird, richtete sie sich bei der inneren Abspaltung gegen die betroffene Person selbst (Böhnisch, 2019, S. 24). Wie in Abbildung 4 ersichtlich, ist bei der inneren Abspaltung das Selbst der betroffenen Person von Selbsthass gezeichnet, woraus unterschiedliche Formen der Autoaggression resultieren. Als mögliche Folgen der inneren Abspaltung sind nach Böhnisch Selbstverletzung, Medikamentenmissbrauch, Essstörungen oder Depressivität zu nennen.

Wie bereits erwähnt ist dieser Ablauf *innerer Hilflosigkeit – Unfähigkeit zur Thematisierung – Abspaltung* somatisch angetrieben, was es den betroffenen Personen verunmöglicht, ihr Verhalten zu kontrollieren (Böhnisch, 2019, S. 22). Um diese Dynamik durchbrechen zu können, müssen den Betroffenen Möglichkeiten (sogenannte funktionale Äquivalente³) angeboten werden, mit Hilfe deren sie im Verlaufe der Zeit spüren können, dass sie nicht mehr auf ihr antisoziales oder selbstdestruktives Verhalten angewiesen sind um ein Gleichgewicht von Selbstwert, sozialer Anerkennung und Selbstwirksamkeit erreichen und aufrechterhalten zu können (Böhnisch, 2019, S. 24).

³ Der Begriff der funktionalen Äquivalenten wird auf Seite 22 noch genauer erläutert.

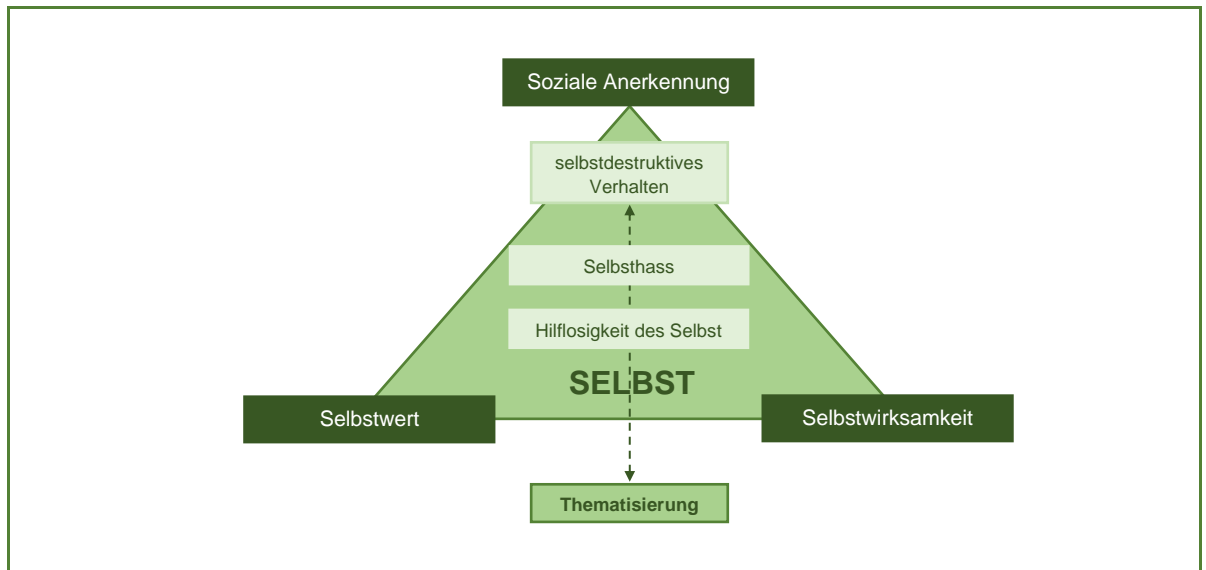


Abb. 4: Innere Abspaltung

Anmerkung: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Böhnisch (2015, S. 4).

Die sozialdynamische Dimension

Das Bewältigungsverhalten eines Menschen ist stark beeinflusst von seiner sozialen Umwelt und den darin herrschenden Normen und Werten, die die Bewältigungskultur dieser Sozialwelt prägen (Böhnisch & Schröer, 2018, S. 321). Die sozialdynamische Dimension umfasst die unterschiedlichen Bewältigungskulturen, die in Familien, Peergruppen, der Arbeitswelt und der Internet-Community, aber auch in Einrichtungen der Sozialen Arbeit anzutreffen sind und einen Einfluss darauf haben, wie eine Person, die in diese sozialen Beziehungen eingebunden ist, mit kritischen Lebenssituationen umgeht (Böhnisch, 2019, S. 60). Nach Böhnisch haben Bewältigungskulturen einen entscheidenden Einfluss darauf, ob eine Person Selbstwert und soziale Anerkennung erfährt oder ob ihr dies verwehrt bleibt. Des Weiteren entscheidet die Bewältigungskultur einer Sozialwelt darüber, ob eine innere Hilflosigkeit thematisiert werden kann oder nicht (Böhnisch & Schröer, 2013, S. 31).

Die gesellschaftliche Dimension

Die gesellschaftliche Dimension umfasst das sozialpolitische Konzept der Lebenslage sowie das Konzept der Bewältigungslage, das für die Soziale Arbeit relevant ist (Böhnisch, 2015, S. 2). Das Konzept der Lebenslage verweist auf die sozialstrukturellen Bedingungen, in die eine Person eingebettet ist und zeigt die materiellen, sozialen und kulturellen Ressourcen auf, auf die diese für die Lebensbewältigung zurückgreifen kann (Böhnisch, 2019, S. 99; Böhnisch & Schröer, 2013, S. 41). Lebenslagen können somit als individuelle, sozialstrukturell bedingte Spielräume betrachtet werden, in denen unterschiedliche Ermöglichungs- und Verwehrungskontexte anzutreffen sind (Böhnisch, 2019, S. 99; Böhnisch & Schröer, 2013, S. 18). Da die Soziale Arbeit die sozialstrukturellen Lebensbedingungen nur bedingt beeinflussen kann,

entwickelten Böhnisch und Schröer (2013, S. 41) das Konzept der Bewältigungslage. In diesem Konzept werden die Strukturen des persönlichen Lebens hervorgehoben, die für die Soziale Arbeit relevant sind (Böhnisch & Schröer, 2018, S. 322). Dies geschieht laut Böhnisch (2019, S. 100), indem das persönliche Leben aus der Perspektive der Dimensionen – soziale Ausdrucksmöglichkeiten, soziale Anerkennung, soziale Abhängigkeit und sozialräumliche Aneignungsformen – thematisiert wird. Über diese vier Dimensionen kann ein Zugang zur Lebenslage hergestellt und auf die Handlungsfähigkeit Einfluss genommen werden (Böhnisch, 2019, S. 110). Dies beispielsweise, indem in einer Beratung, die im Rahmen der Sozialen Arbeit stattfindet, durch die Thematisierung der Lebensschwierigkeiten, die die Hilflosigkeit des Selbst erzeugen, eine Wiederherstellung von Anerkennung und Selbstwert stattfinden kann, wodurch es der betroffenen Personen ermöglicht wird, sich aktiv mit den bestehenden Lebensbedingungen auseinanderzusetzen, um in ihnen handlungsfähig zu werden (Böhnisch, 2019, S. 102; 111).

Als Erweiterung der Lebens- und Bewältigungslage sind zudem die funktionalen Äquivalente zu nennen (Emanuel, o. D., S. 54). Funktionale Äquivalente sind Settings, die im Rahmen der Sozialen Arbeit konstruiert werden, damit in ihnen Personen, die von regressiver Handlungsfähigkeit betroffen sind, mit der Zeit erfahren können, dass sie Selbstwert, soziale Anerkennung und Selbstwirksamkeit auch ohne antisoziales oder selbstdestruktives Verhalten erfahren können (Böhnisch, 2019, S. 127). Die Gestaltung von funktionalen Äquivalenten bedeutet das Schaffen eines Raumes, in dem es den betroffenen Personen gelingen kann, Distanz zu ihrer bisherigen Situation zu gewinnen.

Funktionale Äquivalente stellen Umwege dar und brauchen Zeit, sind aber von zentraler Bedeutung, da eine Person erst dann in der Lage ist ihre Gefühle zu thematisieren, wenn sie spüren kann, dass sie nicht mehr auf ihre destruktiven Verhaltensmuster angewiesen ist, um handlungsfähig zu sein (Böhnisch, 2019, S. 128).

2.2. Anwendung am Beispiel der Anorexia nervosa

Wie bereits im Kapitel 2.1 erwähnt, sind Essstörungen nach Aussagen von Böhnisch (2019, S. 24) das Resultat einer inneren Abspaltung. Die davon betroffenen Personen befinden sich in einer kritischen Lebenssituation, sind jedoch aus unterschiedlichen Gründen, die in der sozialdynamischen Dimension zu finden sind, nicht dazu in der Lage, ihre innere Hilflosigkeit zu thematisieren, woraus eine Hilflosigkeit des Selbst hervorgeht. Nach Wunderer (2015, S. 199) entstehen die Symptome einer Anorexia nervosa aus einem inneren Schmerz, der noch nicht benannt werden kann. Eigenthaler (2009, S. 64) weist darauf hin, dass die Anorexia nervosa aus einem Ungleichgewicht resultiert, das nicht verbal, sondern über den Körper mitgeteilt wird. Eine Anorexia nervosa kann als eine Art Selbstbehandlung verstanden

werden, mit der die betroffenen Personen glauben, ihr Selbstwertgefühl verbessern, soziale Anerkennung gewinnen und dadurch ihrem Gefühl von Hilflosigkeit entgegenwirken zu können (Simchen, 2016, S. 68). Diese innere Hilflosigkeit, die eine Folge von mehreren Faktoren darstellt (siehe Kapitel 1.2), erzeugt bei den betroffenen Personen einen enormen Druck, dem sie unbewusst über das Hungern entgegenwirken. Simchen (2016, S. 81) schreibt, dass anorektische Personen aus ihrer subjektiven Wahrnehmung heraus über keine andere Möglichkeit als die des Hungerns verfügen, um auf seelische Belastungen zu reagieren. Eigenthaler (2009, S. 154) spricht in dieser Hinsicht von einem Gefühl des *Nichts-Essen-Könnens*. Mit der somatisch angetriebenen Gleichgewichtssuche, auf der das Konzept der Lebensbewältigung beruht, können solche Aussagen erklärt werden.

Nach Aussage von Simchen (2016, S. 17) erhalten anorektische Personen durch das Abnehmen soziale Anerkennung. Das durch die Krankheit ausgelöste Gefühl des Machtbesitzes über den eigenen Körper und seine Bedürfnisse verhilft den Betroffenen zudem dazu, Selbstwirksamkeit zu erfahren. Durch das selbstdestruktive Verhalten des Hungerns wird den Betroffenen somit die Rekonstruktion ihres psychosozialen Gleichgewichts und dadurch das Wiederherstellen ihrer biografischen Handlungsfähigkeit ermöglicht. Professionelle, die mit anorektischen Personen arbeiten, sollten diese subjektiv empfundenen Vorteile der Anorexia nervosa ernst nehmen (Wunderer & Schnebel, 2008, S. 109) und sich darüber bewusst sein, dass das anorektische Verhalten von den Betroffenen erst dann aufgegeben werden kann, wenn es ihnen möglich ist, das Gleichgewicht von Selbstwert, sozialer Anerkennung und Selbstwirksamkeit auf eine andere Weise als die der pathologischen, autoaggressiven Art wiederherzustellen. Somit wird ersichtlich, weshalb sich nach Böhnisch und Schröer (2013, S. 20) Hilfsangebote für Menschen, die eine regressive Handlungsfähigkeit aufweisen, darauf fokussieren sollen, die betroffenen Personen in genau diesem Punkt zu unterstützen. Wie bereits erwähnt, kann dies beispielsweise durch die Schaffung und Gestaltung von funktionalen Äquivalenten erfolgen, die es den betroffenen Personen im Idealfall ermöglichen, die drei Determinanten des psychosozialen Gleichgewichtes – Selbstwert, soziale Anerkennung und Selbstwirksamkeit – auf eine Art zu erlangen, die ihnen selbst nicht schadet. Wie dies konkret umgesetzt werden kann, soll an dieser Stelle anhand eines Beispiels veranschaulicht werden: Wird beispielsweise im Verlaufe der Behandlung ersichtlich, dass sich die anorektische Person vor ihrer Erkrankung für die Schauspielerei interessiert hat, kann der Besuch einer Amateurtheatergruppe eine geeignete Möglichkeit darstellen, um der betroffenen Person die Erkenntnis zu ermöglichen, dass sie nicht auf das Hungern und ihr anorektisches Äußere angewiesen ist, um Selbstwert, soziale Anerkennung und Selbstwirksamkeit erleben zu können.

Welches Projektsetting sich als geeignet erweisen könnte, ist gemeinsam mit der betroffenen

Person zu eruieren. Dabei sollten die individuellen Fähigkeiten und Interessen, die jedoch oft durch die Krankheit verdeckt sind, im Zentrum stehen. Da sich anorektische Personen über Leistungen definieren (siehe Kapitel 1.2) ist es elementar, dass Professionelle eine funktionale Äquivalente initiieren, die möglichst nicht leistungsorientiert ist. Auch im Bereich der sportlichen Aktivitäten ist eine genaue Abwägung erforderlich, da körperliche Aktivitäten oft nicht aus Freude, sondern pathologisch bedingt, gewählt werden (siehe Kapitel 1.1). Reich und von Boetticher (2017, S. 125) weisen zudem darauf hin, dass unter einem BMI⁴ von 16,5 generell kein Sport betrieben werden sollte.

Wird gemeinsam mit der betroffenen Person eine funktionale Äquivalente gefunden, die sie darin unterstützt, ihr psychosoziales Gleichgewicht auf eine konstruktive Art wiederherzustellen, ist dies ein wesentlicher Schritt auf dem Weg zur Thematisierung der Probleme, Konflikte und schwierigen Emotionen, die der Anorexia nervosa zugrunde liegen. Die sozialarbeiterische Tätigkeit kann also auch als bedeutende Vorarbeit für einen erfolgreichen psychotherapeutischen Prozess betrachtet werden, was ihre relevante Funktion in der multiprofessionellen Zusammenarbeit in der Behandlung von anorektischen Personen unterstreicht (siehe Kapitel 1.4).

⁴ Der Body-Mass-Index (BMI) wird in der Medizin als Orientierung zur Beurteilung des Körpergewichts verwendet. Errechnet wird der BMI, indem man das Körpergewicht (in kg) durch das Quadrat der Körpergröße (in m) dividiert. Ab einem BMI unter 18.5 kg/m² spricht man von Untergewicht (Simchen, 2016, S. 88).

3. Kommunikation

Wie aus dem letzten Kapitel ersichtlich wurde, kann über die Thematisierung bestehender Probleme dem Gefühl der inneren Hilflosigkeit, und somit dem Abspaltungsdruck und einer daraus resultierenden Anorexia nervosa, entgegengewirkt werden. Nach Eigenthaler handelt es sich beim Krankheitsbild der Anorexia nervosa um ein „Nicht-Kommunizieren-Können“ (2009, S. 98). Da die betroffene Person ihr Leid nicht über eine interpersonale Kommunikation verbalisieren kann, teilt sie es der Umwelt indirekt über ihr ausgezehrttes Erscheinungsbild mit (Eigenthaler, 2009, S. 87). Reich und von Boetticher (2017, S. 160) erwähnen, dass sich den Betroffenen erst durch das Ansprechen bedeutsamer, schwieriger Themen die Möglichkeit eröffnet, ihr Hungern als dysfunktionaler Lösungsversuch ihrer intra- und interpersonellen Konflikte zu erkennen. Aus diesen Aussagen kann die Relevanz der Kommunikation im Zusammenhang mit Anorexia nervosa klar erkannt werden. Wie genau Kommunikation und im speziellen die interpersonale Kommunikation definiert wird und worüber man sich diesbezüglich in der Arbeit mit anorektischen Personen bewusst sein sollte, wird in diesem Kapitel erläutert.

3.1 Definition interpersonale Kommunikation

Der Begriff Kommunikation ist auf das lateinische Wort *communicatio* zurückzuführen, das mit Mitteilung oder Unterredung übersetzt werden kann (Röhner & Schütz, 2020, S. 2). Unter dem Begriff Kommunikation können unterschiedliche Formen der Informationsvermittlung verstanden werden, wobei Röhner und Schütz (2020, S. 143) zwischen zwei Kommunikationsformen unterscheiden: der intra- und der interpersonalen Kommunikation. Unter intrapersonaler Kommunikation versteht man nach Aussage der Autoren eine Form der Kommunikation, die innerhalb eines Individuums stattfindet. Dazu zählen beispielsweise das Aufnehmen von Eindrücken aus der Umwelt, das Entstehen von Gedanken oder das Führen von Selbstgesprächen. Auch das Meditieren kann der intrapersonalen Kommunikation zugeordnet werden, sofern diese nicht von aussen angeleitet wird.

Bei der interpersonalen Kommunikation, mit der sich diese Arbeit auseinandersetzt, handelt es sich dagegen um eine Form der Kommunikation, an der mindestens zwei Personen beteiligt sind, wobei der Austausch von Angesicht zu Angesicht stattfindet (Röhner & Schütz, 2020, S. 145-147; Schlegel & Scherrer, 2017, S. 264). Die interpersonale Kommunikation dient somit dem Informationsaustausch zwischen Menschen und stellt dadurch eine zentrale Grundlage des sozialen Lebens dar (Schlegel & Scherrer, 2017, S. 263). Weiter lässt sich die Kommunikation nach Aussage der Autoren in verbale und nonverbale Kommunikation unterteilen. Währenddem bei der verbalen Kommunikation die Vermittlung von Informationen über die Sprache stattfindet, sind es bei der nonverbalen Mitteilungsform verschiedene

Ausdrucksmittel wie die Mimik, Gestik, Körperhaltung oder äussere Merkmale der Person, die Signale und Zeichen an die Umwelt abgeben (Schlegel & Scherrer, 2017, S. 267; Eigenthaler, 2009, S. 179). Somit ist nicht nur der verbale Ausdruck, sondern alles Verhalten, das der Mitteilung zwischen mehreren Menschen dient, der interpersonalen Kommunikation zuzuordnen (Eigenthaler, 2009, S. 181). Nach Aussage von Schlegel und Scherrer (2017, S. 270; 288) wird verbales und nonverbales Verhalten bis heute oft voneinander getrennt untersucht, wobei der verbalen Kommunikation der Austausch von Informationen, der nonverbalen Kommunikation das Vermitteln von emotionalen Zuständen zugeordnet wird. Aktuelle Theorien ist jedoch zu entnehmen, dass in der interpersonalen Kommunikation die beiden Kommunikationsformen eng miteinander verknüpft sind und eine sehr ähnliche Funktion aufweisen (Schlegel & Scherrer, 2017, S. 269-270). Nonverbale und verbale Kommunikation können sich gegenseitig ergänzen jedoch auch widersprechen. Nach Aussage der Autoren ist es auch möglich, dass die eine Form die andere ersetzt. Botschaften über das emotionale Befinden, den Gesundheitszustand einer Person oder deren Meinungen und Absichten, können somit sowohl über die Sprache wie auch über nonverbale Kanäle mitgeteilt werden. Dabei ist jedoch zu beachten, dass Mitteilungen, die über nonverbale Kommunikationszeichen vermittelt werden, weniger eindeutig sind als verbale Botschaften und sie dadurch auf recht unterschiedliche Weise interpretiert werden können (Frindte & Geschke, 2019, S. 222).

3.2. Interpersonalen Kommunikation in der Arbeit mit anorektischen Personen

Das Wissen über die unterschiedlichen Mitteilungsformen ist für Professionelle, die mit anorektischen Menschen arbeiten, von elementarer Bedeutung. Laut Eigenthaler (2009, S. 112) verwenden Menschen im Allgemeinen häufig den indirekten, nonverbalen Weg der Kommunikation, um sich mitzuteilen. Im Fall einer Anorexia nervosa tritt dabei der Körper als Ausdrucksmittel an die Stelle der Sprache (Eigenthaler, 2009, S. 106). Da es den betroffenen Personen aus individuellen Gründen nicht möglich ist, ihr Befinden verbal zu kommunizieren, suchen sie unbewusst ein neues Kommunikationsmittel, mit Hilfe dessen sie sich nonverbal artikulieren können. Das Hungern kann somit als unbewusst gesendete Botschaft der betroffenen Personen betrachtet werden, deren Vermittlung über das abgemagerte Erscheinungsbild stattfindet (Eigenthaler, 2009, S. 135). Da dieser unbewusst gewählte, nonverbale Weg der Kommunikation für die anorektischen Personen gravierende psychische und somatische Folgen aufweist, ist es von zentraler Bedeutung, die Betroffenen bei der Wiederherstellung einer funktionierenden verbalen Kommunikation möglichst adäquat zu unterstützen. Neben der offensichtlichen Relevanz der Verbesserung des somatischen Zustandes anorektischer Personen ist somit auch die Wiederherstellung ihrer verlorengegangenen Kommunikation für den Genesungsprozess von zentraler Bedeutung (Eigenthaler, 2009, S. 138). Es

ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Kommunikationsfähigkeit bei sehr starkem Untergewicht (BMI<14) infolge einer organischen Hirnveränderung massiv eingeschränkt ist und sich dadurch die interpersonale Kommunikation mit Betroffenen als sehr anspruchsvoll gestaltet (Eigenthaler, 2009, S. 138).

Das Mitteilen von Gefühlen und Emotionen ist laut Eigenthaler (2009, S. 69; 169) die Voraussetzung für eine Besserung des psychischen Befindens der anorektischen Personen und trägt wesentlich zur Akzeptanz ihres eigenen Ichs bei. Zudem fühlen sich die betroffenen Personen dadurch, dass sie sich in der Interaktion mit Professionellen mitteilen können, nicht mehr so allein mit ihrer Krankheit, was zu einer gewissen Entlastung führt (Guldenschuh, 2001, S. 92).

Anorektische Personen fühlen sich von ihrer sozialen Umwelt oft nicht verstanden oder abgelehnt (siehe Kapitel 1.2). Da sie in der Vergangenheit oft schwierige, enttäuschende Beziehungserfahrungen gemacht haben, ist es zu Beginn der Arbeit mit Betroffenen von hoher Bedeutung, gemeinsam eine Vertrauensbasis herzustellen, die es ihnen ermöglicht, sich gegenüber der professionellen Person zu öffnen. Erst wenn es den Betroffenen gelingt, darauf zu vertrauen, dass ihr Gegenüber sie unabhängig von erbrachten Leistungen wertschätzt, sich für sie interessiert und an ihre Fähigkeiten glaubt, sind sie in der Lage, ihre Ängste und Probleme zu äussern (Bruch, 2010, S. 171). Durch eine auf Vertrauen basierende interpersonale Kommunikation können anorektische Personen zudem mit Hilfe der geäußerten subjektiven Wahrnehmung des Gegenübers zum Umdenken angeregt werden (Guldenschuh, 2001, S. 93).

Betroffene einer Anorexia nervosa sind oft sehr darum bemüht, es allen anderen recht zu machen. Es fällt ihnen schwer, ihre eigene Meinung zu äussern und sich dadurch von anderen abzugrenzen (Simchen, 2016, S. 73-74). Ist eine vertrauensvolle Basis geschaffen und ist es den betroffenen Personen dadurch möglich, ihre Meinung zu äussern, ermöglicht ihnen dies, ein Bewusstsein für ihre eigenen Grenzen zu schaffen (Eigenthaler, 2009, S. 144). Nach Guldenschuh (2001, S. 93) ist für den Beginn eines Veränderungsprozesses der Akt der Thematisierung zentral und dies unabhängig davon, ob die geäußerten Probleme in einem direkten, offensichtlichen Zusammenhang mit der Anorexia nervosa stehen oder nicht. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass bei anorektischen Personen, die sich in einem Zustand der Mangelernährung befinden, die krankhafte Symptomatik durch die Thematisierung tieferliegender Probleme nicht automatisch verschwindet (Reich & von Boetticher, 2017, S. 107). Für eine erfolgreiche Bewältigung der Anorexia nervosa sind die betroffenen Personen neben einer stattfindenden Thematisierung ihrer Probleme deshalb auch immer auf die konkrete Unterstützung bei der Bewältigung ihres krankhaften Essverhaltens angewiesen.

4. Gesprächsführung

Für die Durchführung eines professionellen Gesprächs, das zum Problemlösungsprozess beiträgt, einen sinnvollen Ablauf aufweist und dem Gegenüber gerecht wird, ist es bedeutsam, Ansätze, Methoden und Techniken der Gesprächsführung zu kennen und sich darüber bewusst zu sein, welchen Einfluss die eigene Grundhaltung auf die interpersonale Kommunikation hat.

Eine professionelle Gesprächsführung beinhaltet sowohl die Gesprächsvorbereitung wie auch die Durchführung des Gespräches und dessen Evaluation (Widulle, 2020, S. 55). Diese Arbeit konzentriert sich jedoch ausschliesslich auf die Gesprächsdurchführung und somit auf die interpersonale Kommunikation zwischen der professionellen Person und ihrem Gegenüber.

Im weiteren Verlaufe dieses Kapitels wird als Erstes dargestellt, wie die Gesprächsführung als Instrument der sozialarbeiterischen Tätigkeit fungiert. Nachfolgend werden vier methodische Ansätze zur Gesprächsführung vorgestellt, die abschliessend in Bezug auf die Arbeit mit anorektischen Personen analysiert werden.

4.1 Gesprächsführung als Instrument sozialarbeiterischer Tätigkeit

Das Führen von Gesprächen gehört zu den Hauptaufgaben des beruflichen Handelns in der Sozialen Arbeit. Sozialarbeiterische Hilfsprozesse werden erst durch soziale Kommunikation wirksam, was die hohe Relevanz einer professionellen Gesprächsführung aufzeigt (Widulle, 2020, S. IX). Dadurch, dass Gespräche zur Klärung von Problemen, zur Aufdeckung von Ressourcen und zur Schaffung von Veränderungsperspektiven beitragen und in schwierigen Situationen Hoffnung vermitteln können, wird ihre zentrale Funktion in der klientenbezogenen Arbeit an psychosozialen Problemsituationen ersichtlich (Widulle, 2020, S. 5). Eine professionelle Gesprächsführung gehört somit zu den Kernkompetenzen der Sozialen Arbeit und ist für die berufliche Wirksamkeit von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern von grosser Bedeutung (Widulle, 2020, S. 7;11). Da eine professionelle Gesprächsführung auch den Einbezug von reflexiven, persönlichen und beruflichen Erfahrungen in den kommunikativen Prozess beinhaltet, geht es bei dieser Art der Gesprächsführung nicht um die blosser Anwendung von Methoden und Techniken (Widulle, 2020, S. X). Eine relevante, jedoch meist unbewusste Orientierung innerhalb der Kommunikation stellt zudem das persönliche und berufliche Menschenbild der professionellen Person dar, das in den Gesprächen eine handlungsleitende Funktion einnimmt (Widulle, 2020, S. 41-42). In der Sozialen Arbeit wird dabei von einem humanistischen Menschenbild ausgegangen, das sich an den Menschenrechten orientiert und den Menschen als Subjekt mit Würde, Rechten, Autonomie und Eigensinn betrachtet (AvenirSocial, 2014, S. 5).

Widulle bezeichnet die Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit als „Universal­methode professionellen Handelns“ (2020, S. 23), die für eine kooperative Problembearbeitung auf kommunikativer Ebene elementar ist. So trägt eine professionelle Gesprächsführung in der Anfangsphase des Hilfe­prozesses zum Aufbau einer tragfähigen Arbeits­beziehung bei und spielt zudem eine zentrale Rolle bei der Vereinbarung von Zielen. In der Interventionsphase unterstützt und fördert sie das Gegenüber bei der konkreten Bearbeitung der vorhandenen Probleme und wird für die stetige Aktualisierung der Zielsetzungen benötigt. Schlussendlich ist sie in der Endphase für einen guten Abschluss des gemeinsamen Arbeits­prozesses und eine adäquate Verabschiedung verantwortlich (Widulle, 2020, S. 21).

In der Sozialen Arbeit haben sich zwei Paradigmen der Gesprächsführung etabliert, die in diesem Kapitel erläutert werden: der klientenzentrierte Ansatz nach Carl Rogers sowie der lösungsorientierte Ansatz von Steve de Shazer und Insoo Kim Berg (Widulle, 2020, S. 106). Diese, sowie weitere darauf aufbauende Ansätze der Gesprächsführung, werden in psychosozialen Kontexten kaum in ihrer Reinform praktiziert, sondern miteinander kombiniert und so eingesetzt, dass sie der Situation gerecht werden (Widulle, 2020, S. 104-105).

Das Wissen über eine adäquate Gesprächsführung ist auch in der Kooperation mit anderen Fachkräften von hoher Relevanz (Widulle, 2020, S. 193), wobei sich die weiteren Ausführungen zur Gesprächsführung in dieser Arbeit jedoch ausschliesslich auf die direkte Klientenarbeit beziehen.

Resümierend kann die Gesprächsführung somit als Methode betrachtet werden, die zur Gestaltung sozialarbeiterischer Kommunikation beiträgt und mit deren Hilfe psychosoziale Problemsituationen kommunikativ geklärt, bearbeitet sowie gelöst werden können, wobei je nach Situationskonstellation auf unterschiedliche Ansätze und Techniken zurückgegriffen wird.

4.1.1 Klientenzentrierte Gesprächsführung

Der klientenzentrierte Ansatz wurde von Carl Rogers ab dem Jahr 1942 entwickelt (Weinberger, 2013, S. 19). Rogers gehört zu den Begründern der humanistischen Psychologie, die, wie die Psychoanalyse und der Behaviorismus, zu den psychologischen Hauptströmungen zählt. Bei der Entwicklung des klientenzentrierten Ansatzes wurde er stark vom Psychoanalytiker Otto Rank beeinflusst, der als erster die Meinung vertrat, dass die Beziehung in der psychotherapeutischen Arbeit einen zentralen Wirkfaktor für Veränderungen darstellt (Weinberger, 2013, S. 19; 24).

Die humanistische Psychologie orientiert sich an den Ressourcen des Menschen und stellt dabei seine Einzigartigkeit ins Zentrum (Weinberger, 2013, S. 24). Sie baut auf der Grundannahme auf, dass jeder Mensch ein natürliches Bedürfnis zur Weiterentwicklung und zur Entfaltung seiner Fähigkeiten in sich trägt. Die grundsätzliche Fähigkeit jedes Organismus sich

selbst zu erhalten und weiterzuentwickeln, nennt Rogers Aktualisierungstendenz, wobei Organismus für die psychische und physische Einheit des Menschen steht. Selbsterhalt, Wachstum und Entfaltung des Organismus können jedoch nur dann erreicht werden, wenn der Mensch über ein positives soziales Umfeld verfügt (Behr, Hüsson, Luderer & Vahrenkamp, 2017, S. 18). Die Aktualisierungstendenz stellt das bedeutendste Grundprinzip des klientenzentrierten Ansatzes dar, weshalb das Ziel jedes klientenzentrierten Gespräches die Unterstützung dieser, in jedem Menschen vorhandenen Kraft sein sollte (Weinberger, 2013, S. 24).

Jede Erfahrung, die ein Mensch macht, wird von der Aktualisierungstendenz danach bewertet, ob sie für den Organismus förderlich ist oder nicht (Weinberger, 2013, S. 25). Durch diesen Bewertungsprozess werden sowohl die positiven wie auch die negativen Erfahrungen ins Bewusstsein aufgenommen. Die gemachten Erfahrungen haben dabei einen Einfluss auf die Bildung und Entwicklung des Selbstkonzeptes einer Person, das aus der Summe aller Gedanken und Bewertungen, die eine Person über sich hat, resultiert (Behr et al., 2017, S. 12). Für die Entwicklung des Selbstkonzeptes sind zwischenmenschliche Beziehungen massgebend (Weinberger, 2013, S. 26). Dabei ist das Vorhandensein von unbedingter Wertschätzung elementar, denn das starke Bedürfnis nach Wertschätzung, das Menschen in sich tragen, kann dazu führen, dass sie sich mehr nach dem richten, was ihre Bezugspersonen für richtig und gut befinden, als nach dem, was ihrer Aktualisierungstendenz entspricht. Die eigenen Bedürfnisse werden somit unterdrückt und ignoriert was schlussendlich dazu führt, dass sie mit der Zeit immer weniger wahrgenommen werden. Das Selbstkonzept eines Menschen ändert sich nach Aussage der Autorin immer wieder durch die unterschiedlichen Erfahrungen, die er macht. Dabei spielt die Aktualisierungstendenz eine zentrale Rolle. Stimmen die gemachten Erfahrungen mit dem Selbstkonzept und der Aktualisierungstendenz einer Person überein, kann diese sie in ihr Selbstkonzept integrieren, wodurch dieses flexibler wird. Macht die Person jedoch Erfahrungen, aus denen eine Unvereinbarkeit ihrer Aktualisierungstendenz und ihres Selbstkonzeptes hervorgeht, entsteht bei ihr ein Zustand von Inkongruenz, das zu innerpsychische Spannungen führt (Weinberger, 2013, S. 27-28). Um den Ängsten und Spannungen, die aus diesen inneren Widersprüchen resultierenden, entgegenwirken zu können, muss es wieder zu einer Übereinstimmung zwischen der Aktualisierungstendenz und dem Selbstkonzept kommen. Dies setzt jedoch voraus, dass das Selbstkonzept der Person flexibler wird und die Person dadurch mehr Erfahrungen akzeptieren und in ihr Selbstkonzept integrieren kann. Eine Person, deren Vorstellung wie sie gerne sein möchte stark von der Vorstellung, wie sie sich selbst sieht, abweicht und die dadurch wenig Selbstachtung besitzt, verfügt über ein sehr rigides Selbstkonzept und ist somit häufig von Inkongruenz betroffen (Weinberger, 2013, S. 29). Um dem entgegenzuwirken und das Selbstkonzept flexibler gestalten zu können, ist es laut Weinberger elementar, dass dieser Person

unbedingte Wertschätzung entgegengebracht wird. Erst wenn sie sich in einer Beziehung akzeptiert und angenommen fühlt, kann sie langsam auch negative Gefühle, die sie zuvor nicht in ihr Selbstkonzept integrieren konnte, annehmen und dadurch die Grenzen ihres Selbstkonzepts Stück für Stück erweitern, wodurch sie sich immer besser zu akzeptieren lernt (Weinberger, 2013, S. 28). Dies kann über eine klientenzentrierte Gesprächsführung, in der es darum geht, das Gegenüber bei der Entdeckung seiner Individualität zu unterstützen, erreicht werden (Plassmann, 2003, S. 3). Um der Person ein Gefühl von Sicherheit zu ermöglichen, ist es dabei von zentraler Bedeutung, dass die professionelle Person alles, was ihr im Gespräch mitgeteilt wird, weder bewertet noch kritisiert (Behr et al., 2017, S. 38). Soll über die interpersonale Kommunikation eine Auflösung von Inkongruenzen erreicht werden, braucht es nach Rogers drei Grundvoraussetzungen: Wertschätzung, Empathie und Kongruenz (Behr et al., 2017, S. 38).

Wie bereits erwähnt ist für die Entwicklung eines flexiblen Selbstkonzept unbedingte Wertschätzung elementar (Weinberger, 2013, S. 26). Unbedingte Wertschätzung bedeutet, dass die professionelle Person ihrem Gegenüber entgegenkommend begegnet und es mit all seinen Gefühlen, Einstellungen und Möglichkeiten positiv akzeptierend annimmt (Behr et al., 2017, S. 54). Dabei darf die von der professionellen Person ausgehende Akzeptanz des Gegenübers nicht an Bedingungen geknüpft werden. Unbedingte Wertschätzung ermöglicht es Personen, die über ein starres Selbstkonzept verfügen, mit sich selbst unzufrieden sind und sich von der Umwelt abgelehnt fühlen, neue Erfahrungen zuzulassen und sie in ihr Selbstkonzept zu integrieren (Weinberger, 2004, S. 57-58).

Unter Empathie versteht Rogers die Fähigkeit der professionellen Person, sich in die subjektive Sichtweise des Gegenübers einzufühlen und dadurch seine Gedanken, Gefühle, Bedürfnisse und Wünsche zu verstehen (Weinberger, 2013, S. 22; Behr et al., 2017, S. 41). Von hoher Relevanz ist zudem das empathische Reagieren, was bedeutet, dass dem Gegenüber das Verstandene in eigenen Worten möglichst präzise mitgeteilt wird. Durch Empathie und empathisches Reagieren kann das Gegenüber die eigenen Gedanken und Gefühle aus einer gewissen Distanz wahrnehmen, was es ihm ermöglicht, seine vorhandenen Ansichten in Frage zu stellen und Erlebtes besser zu verarbeiten (Weinberger, 2004, S. 38). Eine empathische Haltung trägt dazu bei, dass das Gegenüber sich bei seiner Auseinandersetzung mit emotionalen Prozessen unterstützt fühlt und die Entwicklung von Betrachtungsweisen gefördert wird, die es ihm ermöglichen, in Zukunft besser mit Problemen umgehen zu können (Weinberger, 2013, S. 35). Da die humanistische Psychologie davon ausgeht, dass jeder Mensch die Fähigkeit der Selbsthilfe in sich trägt, soll die professionelle Person nach Aussagen der Autorin im Gespräch weder Ratschläge noch Lösungen anbieten, sondern das Gegenüber bloss im Findungsprozess seiner eigenen Lösungen unterstützen.

Kongruenz, für die auch der Begriff Authentizität verwendet wird, stellt die letzte der drei Grundvoraussetzungen der klientenzentrierten Gesprächsführung dar und bedeutet, dass die professionelle Person sich darüber im Klaren ist, was sie erlebt und empfindet und ihrem Gegenüber echt und offen begegnet (Weinberger, 2004, S. 62). Ein kongruentes Auftreten setzt voraus, dass die professionelle Person an sich arbeitet, um einen Zustand zu erreichen, in dem ihr Selbstkonzept mit den Erfahrungen, die sie macht, übereinstimmt (Behr et al., 2017, S. 56-57). Wenn es angemessen ist, kann die professionelle Person ihr Erleben in die Kommunikation einfließen lassen, dies jedoch nur, wenn sie sich dabei nicht beurteilend oder wertend äussert (Behr et al., 2017, S. 59-60). Dadurch, dass die professionelle Person offen, authentisch und echt erscheint, kann ihr Gegenüber zu ihr Vertrauen fassen, was es ihm ermöglicht, über sich und seine emotionalen Erfahrungen zu sprechen. Durch eine authentische Haltung der professionellen Person wird das Gegenüber somit dazu ermutigt, in seinem Verhalten ebenfalls offener und echter und dadurch mehr sich selbst zu sein (Weinberger, 2004, S. 64). Zudem ist es ihm nur dann möglich, die bereits beschriebene unbedingte Wertschätzung anzunehmen, wenn es die professionelle Person als kongruent erlebt.

Ist eine Beziehung auf Seite der professionellen Person durch unbedingte Wertschätzung, Empathie und Kongruenz gekennzeichnet, führt dies beim Gegenüber zur Selbstexploration (Weinberger, 2013, S. 22). In dieser Auseinandersetzung mit sich selbst, in der das Gegenüber über seine Erlebnisse und die damit verbundenen Emotionen spricht, entsteht bei ihm ein Bewusstsein für seine Einstellungen, Bewertungen und Wünsche. Je konkreter es sich diesbezüglich verbalisieren kann, desto intensiver wird es sich dabei mit sich selbst auseinandersetzen (Weinberger, 2004, S. 66). Durch die Selbstexploration können nach Weinberger konstruktive Einstellungs- und Verhaltensänderungen angestossen werden, wodurch ihre zentrale Aufgabe bei der Förderung eines flexibleren Selbstkonzeptes, die das Ziel einer jeden klientenzentrierten Gesprächsführung darstellt, ersichtlich wird.

4.1.2 Kooperative Gesprächsführung

Die kooperative Gesprächsführung wurde in den 1980-er Jahren entwickelt (Widulle, 2020, S. 105). Sie orientiert sich am klientenzentrierten Ansatz und beinhaltet zudem handlungstheoretische sowie kommunikationspsychologische Grundprinzipien (Widulle, 2020, S. 107). Die kooperative Gesprächsführung ist besonders für die Arbeit mit Klienten geeignet, die sich ihrer Probleme bewusst sind, eine gewisse Motivation und Veränderungsbereitschaft mitbringen und sich nicht innerhalb eines Zwangskontextes befinden (Widulle, 2020, S. 106). Wie in Abbildung 4 ersichtlich, baut die kooperative Gesprächsführung auf den drei kommunikativen Hauptaktivitäten *empfindend verstehen*, *aktiv Einfluss nehmen* und *Beziehungen konstruktiv gestalten*, auf (Redlich, 2009, S. 4), die folgend genauer erläutert werden.

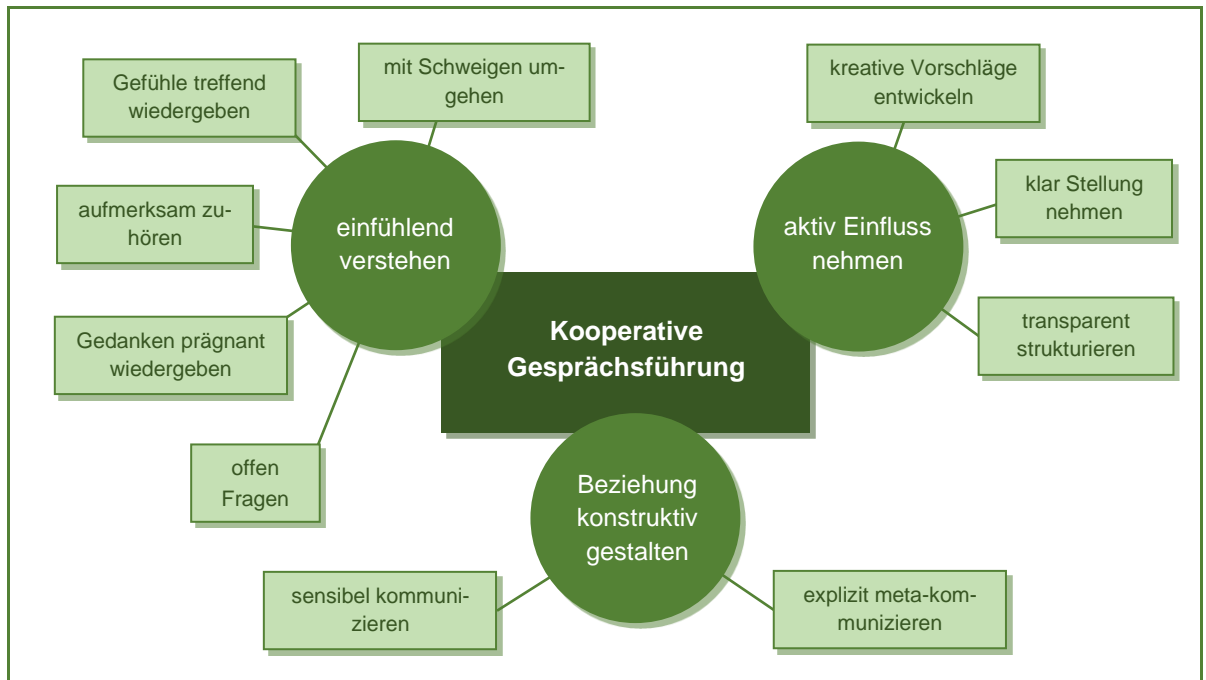


Abb. 5: Kommunikative Hauptaktivitäten in der kooperativen Gesprächsführung
 Anmerkung: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Redlich (2009, S. 4).

Einführend verstehen

Das Verstehen des Gesprächspartners ist eine Kernvoraussetzung für ein gelingendes Gespräch (Widulle, 2020, S. 108). Nach Redlich (2009, S. 17) bedeutet Verstehen dabei nicht bloss das Begreifen der Gedanken, Gefühle, Wahrnehmungen, Motive und Handlungen des Gegenübers, sondern auch dessen Akzeptanz. Dadurch, dass sich das Gegenüber von der professionellen Person verstanden fühlt, kann ein Arbeitsbündnis hergestellt werden, das auf Vertrauen, Anerkennung und Wertschätzung basiert. Durch das vorhandene Verständnis, das die professionelle Person dem Gegenüber entgegenbringt, reduziert sich seine Isolation und es entsteht ein Gefühl der sicheren Unterstützung (Widulle, 2020, S. 109). Nach Aussagen des Autors ist einführendes Verstehen der bedeutendste Gesprächsförderer. Das Verstehen eines Menschen setzt dabei ein möglichst breites Wissen über seine Lebenssituation, seine Sichtweisen und Wertevorstellungen sowie sein momentanes subjektives Empfinden voraus. Um einen Zugang zu diesen Informationen zu erhalten, ist ein aufmerksames Zuhören entscheidend, was von der professionellen Person Konzentration, Aufmerksamkeit und Präsenz erfordert. Um das Gegenüber während des kommunikativen Prozesses zu weiteren Äusserungen zu ermutigen, hilft das Einsetzen nonverbaler Signale. Zudem kann auf diesem Weg auch Interesse am Geäusserten signalisiert werden (Widulle, 2020, S. 109-110).

Während des Zuhörens sind nach Redlich (2009, S. 17) folgende Punkte zu beachten:

- Um Interesse zu signalisieren, sollte Blickkontakt gehalten werden, aber ohne das Gegenüber dabei anzustarren.

- Mit nonverbalen Signalen (Nicken, Lächeln, fragendem Gesicht) kann das Gegenüber zum Fortfahren und Erklären seiner Äusserungen ermuntert werden.
- Die professionelle Person und ihr Gegenüber sollten eine bequeme Sitzhaltung einnehmen und einander zugewandt sein. Eine direkt konfrontative Sitzposition ist zu vermeiden.
- Wenn sich das Gegenüber zu schnell oder verwirrend äussert, relevante Informationen auslässt oder von einem Punkt zum anderen springt und die professionelle Person dadurch dem Gespräch nicht mehr folgen kann, ist eine Regulation der Gesprächsgeschwindigkeit notwendig. Dies kann durch eine unkomplizierte Mitteilung (das ging mir jetzt zu schnell) geschehen.
- Während dem Zuhören ist immer dem Thema des Gegenübers zu folgen. Sollte die Menge der mitgeteilten Informationen die professionelle Person überfordern, kann sie sich durch eine kurze Zusammenfassung des Gesagten eine Pause im Zuhören verschaffen und dadurch Zeit für die Verarbeitung der Inhalte gewinnen.

Neben dem aufmerksamen Zuhören unterstützt auch das Formulieren von offenen Fragen den Verständigungsprozess bedeutend. Um Missverständnisse zu vermeiden und eine Präzisierung der Äusserungen zu ermöglichen, muss unbedingt nachgefragt werden, wenn der professionellen Person etwas unklar oder unverständlich ist (Redlich, 2009, S. 5; 23). Da offene Fragen beim Beantworten viel Spielraum lassen, sind sie, wenn möglich, geschlossenen Fragen vorzuziehen. Offene Fragen dienen der Ermittlung der Problematik und bieten dem Gegenüber bei Bedarf die Möglichkeit, neue Schwerpunkte im Gespräch zu setzen. Gleichzeitig haben sie nach Redlich auch eine verändernde Wirkung, da es durch die Erklärung, die der professionellen Person im Gespräch mitgeteilt wird, beim Gegenüber bereits zu einer klareren Sichtweise auf seine Problematik kommt.

Ein weiterer Punkt des einführenden Verstehens ist das prägnante Wiedergeben der, in der interpersonalen Kommunikation geäusserten Gedanken. Da in einem Gespräch unweigerlich verschiedene subjektive Wahrnehmungen aufeinandertreffen, ist es ratsam, dass die professionelle Person durch die Verbalisierung ihres Verständnisses der mitgeteilten Gedanken klärt, ob sie die Sicht der Wirklichkeit ihres Gegenübers verstanden hat (Widulle, 2020, S. 110). Nach Redlich (2009, S. 5) kann dies überprüft werden, indem die professionelle Person die Äusserungen des Gegenübers in eigenen Worten, möglichst konzentriert und verständlich, wiederholt und ihm dadurch die Gelegenheit bietet, korrektive Ergänzungen einzubringen (Redlich, 2009, S. 5).

Auch das treffende Wiedergeben von Gefühlen ist ein bedeutender Punkt in der kooperativen Gesprächsführung. Nach Widulle (2020, S. 111) kann die professionelle Person es dem Gegenüber bereits durch das Benennen der Gefühle ermöglichen, sich ein Stück weit von

seinen Gefühlen zu distanzieren, was eine Änderung seiner aktuellen Gefühlslage bewirkt. Unabhängig davon, ob die Gefühle verbal oder nonverbal kommuniziert werden, sollten sie von der professionellen Person dann wiedergegeben werden, wenn sie sie als diffus, widersprüchlich, relevant oder stark negativ wahrnimmt (Widulle, 2020, S. 111-112).

Als letzten Punkt des einführenden Verstehens nennt Widulle das Umgehen mit Schweigen. Schweigen wird in Gesprächen oft als höchst unangenehm wahrgenommen, was dazu führt, dass vorschnell etwas gesagt wird, um die unangenehme Situation zu beenden. Von hoher Relevanz ist jedoch, sich darüber bewusst zu sein, dass Schweigen unterschiedliche Ursachen haben kann (Widulle, 2020, S. 113). So kann es beispielsweise ein Hinweis darauf sein, dass das Gegenüber nachdenkt, nicht mehr weiterweiss, keine Worte findet oder sich schämt über etwas zu sprechen. Aus diesem Grund ist es bedeutend, dass die professionelle Person einen adäquaten Umgang mit Gesprächspausen findet und sich darüber bewusst ist, dass Schweigen auch konstruktiv genutzt werden kann (Widulle, 2020, S. 114).

Aktiv Einfluss nehmen

Beim einfühlsamen Verstehen folgt die professionelle Person dem Gesprächsfluss des Gegenübers und lenkt den Verständigungsprozess kaum (Redlich, 2009, S. 5). Dadurch besteht die Gefahr, dass sich das Gespräch irgendwann im Kreis dreht und das Gegenüber sein Problem zwar erkennt, jedoch nicht weiss, was es damit nun machen soll (Widulle, 2020, S. 114). Um zu einer Problemlösung zu gelangen, ist es nach Redlich (2009, S. 5) deshalb notwendig, dass die professionelle Person auf das Gespräch immer wieder aktiv Einfluss nimmt und es dadurch lenkt. Wie in Abbildung 5 ersichtlich, geschieht dies durch transparentes Strukturieren, das Entwickeln von kreativen Lösungsvorschlägen sowie durch klare Stellungnahmen der professionellen Person.

Eine transparente Strukturierung des Gesprächs ermöglicht eine systematische Problembearbeitung (Widulle, 2020, S. 115). Dabei ist es bedeutend, dass die Vorgehensweise für das Gegenüber offensichtlich und nachvollziehbar ist (Redlich, 2009, S. 5). Strukturierende Aktivitäten erleichtern dem Gegenüber zu Beginn des Gesprächs den Einstieg und helfen während des Gespräches einen guten Übergang von einem Thema zum nächsten zu finden (Widulle, 2020, S. 115). Durch das Zusammenfassen des bereits Erarbeiteten, das ein weiteres Strukturierungsinstrument darstellt, kann dem Gegenüber während dem Gespräch eine Orientierung für das weitere Vorgehen gegeben werden. Des Weiteren gehört auch das Abschliessen des Gespräches zu den strukturierenden Aktivitäten (Widulle, 2020, S. 116-117).

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass das Gegenüber im Verlaufe des Gespräches kreative Lösungen für sein Problem entwickelt. Nach Redlich (2009, S. 5) kann der Problemfindungsprozess jedoch positiv beeinflusst werden, wenn die professionelle Person eigene

Lösungsvorschläge einbringt. Von Wichtigkeit ist dabei, diese als Angebote zu formulieren, die das Gegenüber annehmen, jedoch auch verwerfen oder kritisieren kann (Widulle, 2020, S. 118).

Der dritte Punkt der aktiven Einflussnahme betrifft die klare Stellungnahme in Form von Zustimmung oder Kritik (Widulle, 2020, S. 118). Da Rückmeldungen nach Widulle eine der wirksamsten Formen des sozialen Lernens darstellen, sollte die professionelle Person im Gespräch seinem Gegenüber seine Gedanken und Gefühle in Bezug auf das Thema des Gespräches mitteilen. Eine zielgerichtete Äusserung der subjektiven Sichtweise der professionellen Person kann nach Redlich (2009, S. 5) den Gesprächsverlauf positiv beeinflussen und zur Klärung und Lösung von Problemen beitragen. Dabei ist jedoch immer auf eine empathische und wertschätzende Formulierung zu achten.

Beziehung konstruktiv gestalten

Die dritte der kommunikativen Hauptaktivitäten der kooperativen Gesprächsführung beinhaltet das sensible Kommunizieren sowie die explizite Metakommunikation (siehe Abb. 5).

Unsensible Äusserungen führen beim Gegenüber oft zu Ärger und Widerstand, da sie als verallgemeinernd und abwertend aufgefasst werden und dadurch für den Selbstwert und den Erhalt der Autonomie des Gegenübers eine Bedrohung darstellen (Widulle, 2020, S. 120). Aus diesem Grund ist es nach Aussagen des Autors elementar, dass die professionelle Person auf eine sensible Kommunikation achtet, insbesondere dann, wenn es um das Selbstbild des Gegenübers geht. Die professionelle Person sollte sich darüber bewusst sein, dass ihre Äusserungen einen direkten Einfluss auf die Beziehung zum Gegenüber haben. Eine sensible, auf gleicher Augenhöhe stattfindende Kommunikation ist nach Redlich (2009, S. 6) somit eine grundlegende Voraussetzung für eine gelingende Gesprächsführung.

Für die Förderung und Stützung einer konstruktiven Beziehung zwischen der professionellen Person und ihrem Gegenüber ist zudem die explizite Metakommunikation ein wesentlicher Faktor. Treten in einem Gespräch Störungen auf, die den Gesprächsverlauf beeinträchtigen, werden falsche Erwartungen an die professionelle Person gestellt oder wird verdeckt Kritik oder Ärger mitgeteilt, ist eine explizite Thematisierung dieser Punkte für die Aufrechterhaltung einer konstruktiven Beziehung nicht nur angebracht, sondern notwendig (Widulle, 2020, S. 120; Redlich, 2009, S. 6). Die Metakommunikation sollte dabei explizit als Thema benannt werden und sich vom übrigen Gesprächsverlauf abheben (Widulle, 2020, S. 121).

4.1.3 Motivierende Gesprächsführung

Die motivierende Gesprächsführung wurde anfangs der 1980-er Jahre von William R. Miller und Stephen Rollnick konzipiert und ist seitdem stetig weiterentwickelt worden (Widulle, 2020, S. 132). Sie basiert auf dem klientenzentrierten Ansatz und ist für die Arbeit mit Personen geeignet, die sich ihres Problems noch nicht wirklich bewusst sind, über geringe Motivation verfügen oder Veränderungen ambivalent gegenüberstehen (Widulle, 2020, S. 103). Die motivierende Gesprächsführung hat sich vor allem im Suchtbereich etabliert, wird unterdessen jedoch auch bei anderen psychischen Erkrankungen angewendet (Kremer & Schulz, 2013, S. 7). Das Ziel der motivierenden Gesprächsführung besteht darin, in einem gemeinsamen Prozess mit dem Gegenüber die noch nicht oder noch nicht ausreichend vorhandene Motivation und Bereitschaft zur Veränderung zu schaffen (Widulle, 2020, S. 53). Im Mittelpunkt der motivierenden Gesprächsführung steht der Umgang mit der vorhandenen Ambivalenz und dem daraus resultierenden inneren Widerstand (Kremer & Schulz, 2013, S. 27). Im Sinne des klientenzentrierten Ansatzes ist die professionelle Person dabei dazu angehalten, die Autonomie des Gegenübers zu akzeptieren und sich in seine Sichtweise einzufühlen. Nach Kremer und Schulz ist diese unbedingte Akzeptanz oftmals die Voraussetzung dafür, dass sich beim Gegenüber eine Veränderungsbereitschaft entwickeln kann.

Die motivierende Gesprächsführung baut auf vier Grundprinzipien auf, die den Einfluss des klientenzentrierten Ansatzes erkennen lassen und nachfolgend erläutert werden: Das Ausdrücken von Empathie, das Entwickeln von Diskrepanzen, das Aufnehmen von Widerständen sowie die Förderung der Selbstwirksamkeit (Arkowitz & Miller, 2010, S. 4). Auf den Begriff der Empathie wird an dieser Stelle nicht weiter eingegangen, da dies bereits im Kapitel 4.1.1 geschah.

Die Entwicklung von Diskrepanzen ist nach Widulle (2020, S. 139) eines der bedeutendsten Instrumente der motivierenden Gesprächsführung. Unter Diskrepanzentwicklung wird verstanden, dass die professionelle Person das Gegenüber darin unterstützt, vorhandene Widersprüche und Dissonanzen in seinem Verhalten zu erkennen (Kremer & Schulz, 2013, S. 40). Dies zum Beispiel, indem die betroffene Person sich mit ihren Wertevorstellungen und Zukunftswünschen auseinandersetzt und sich darüber bewusst wird, dass ihr momentanes Verhalten nicht mit diesen vereinbar ist. Nach Aussage der Autoren übernimmt die professionelle Person in diesem Bewusstwerdungsprozess die Aufgabe, das Gegenüber zu unterstützen und seine Motivation gegenüber Veränderungen zu stärken. Dabei lenkt sie die Aufmerksamkeit auf die Argumente des Gegenübers, die zugunsten der Veränderung ausfallen und ergänzt sie mit ihren eigenen Begründungen (Arkowitz & Miller, 2010, S. 6).

Widerstand wird in der motivierenden Gesprächsführung als zwischenmenschlicher Prozess verstanden, der entsteht, wenn die professionelle Person ihr Gegenüber zu früh zu einer Veränderung drängt (Kremer & Schulz, 2013, S. 43; Naar-King & Suarez, 2012, S. 36). Das Auftreten von Widerstand erfordert deshalb von der professionellen Person eine Überprüfung ihrer Vorgehensweise (Kremer & Schulz, 2013, S. 41). In der motivierenden Gesprächsführung wird Widerstand nicht als fehlendes Veränderungsinteresse betrachtet, sondern als Hinweis auf vorhandene Ambivalenzen gedeutet, die zu wenig gewürdigt wurden (Kremer & Schulz, 2013, S. 41). Die Aufgabe der professionellen Person im Umgang mit Widerstand ist es, ihn aktiv steuernd aufzugreifen und das Gegenüber bei deren eigenverantwortlichen Lösungsfindung zu unterstützen. Dabei ist es zentral, die Entscheidungsfreiheit des Gegenübers zu betonen (Naar-King & Suarez, 2012, S. 36). Als problematisch wird Widerstand erst dann betrachtet, wenn er über längere Zeit konstant bestehen bleibt (Kremer & Schulz, 2013, S. 43).

Unter Selbstwirksamkeit wird das Vertrauen in die eigene Fähigkeit, konkrete Aufgaben erfolgreich lösen zu können, verstanden (Kremer & Schulz, 2013, S. 44). In der motivierenden Gesprächsführung wird Selbstwirksamkeit dadurch gefördert, dass die professionelle Person der Verhaltensänderung gegenüber hoffnungsvoll und optimistisch eingestellt ist und ihrem Gegenüber vermittelt, dass sie daran glaubt, dass es die Fähigkeiten und Kompetenzen in sich trägt, sein Verhalten zu ändern (Naar-King & Suarez, 2012, S. 36-37). Nach Aussagen der Autorinnen führt die Förderung der Selbstwirksamkeit beim Gegenüber dazu, dass es seine innere Stärke findet und sich dadurch trotz vorhandener Ambivalenzen in der Lage fühlt, etwas zu ändern.

Die beschriebenen Grundprinzipien werden in der motivierenden Gesprächsführung mit Hilfe von verschiedenen Fertigkeiten umgesetzt, die sich stark am klientenzentrierten Ansatz orientieren und auch in der kooperativen Gesprächsführung in ähnlicher Weise anzutreffen sind (Widulle, 2020, S. 135; Arkowitz & Miller, 2010, S. 6-7). Dazu gehören das offene Fragen, aktives, reflektierendes Zuhören sowie das Bestätigen und Zusammenfassen des Gesagten. Diese Fertigkeiten reichen jedoch oftmals nicht aus, um dem Gegenüber einen Weg aus seiner Ambivalenz aufzuzeigen (Arkowitz & Miller, 2010, S. 8). Aus diesem Grund ist in der motivierenden Gesprächsführung nach Aussage der Autoren eine fünfte, direktive Fertigkeit von hoher Relevanz: das Hervorrufen und Fördern von Change Talks.

Nach Arkowitz und Miller (2010, S. 9) wird unter Change Talks das Verbalisieren von selbstmotivierenden Aussagen verstanden. Das kann beispielsweise das Äußern des Wunsches, der Bereitschaft oder des Bedürfnisses nach einer Veränderung, das Aussprechen von Besorgnis über das momentane Verhalten oder das Mitteilen von Gründen für eine Verhaltensänderung beinhalten (Arkowitz & Miller, 2010, S. 9). Um Change Talks gezielt hervorzurufen,

kann beim Gegenüber nachgefragt werden, welche Nachteile sein momentanes Verhalten mit sich bringt und welche Vorteile eine Verhaltensveränderung mit sich bringen würden. Auch das Erfragen von Wertevorstellungen, persönlichen Stärken und Zukunftsvisionen kann Change Talks fördern (Naar-King & Suarez, 2012, S. 70-76).

Die motivierende Gesprächsführung vertritt die Einstellung, dass Menschen für die Gestaltung ihres Lebens und somit auch für die Veränderung ihrer Gewohnheiten selbst verantwortlich sind (Kremer & Schulz, 2013, S. 9). Die professionelle Person sieht sich als Begleitperson, die einen „Bewusstwerdungs- und Veränderungsprozess“ (Kremer & Schulz, 2013, S. 9) begleitet, ohne ihn dabei anzutreiben oder zu führen. Nach Aussagen der Autoren sieht sie ihre Aufgabe darin, ihr professionelles Wissen auf eine direkte, nicht aber dirigierende Art und Weise für die Förderung der Eigenverantwortung des Gegenübers einzusetzen. Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche motivierende Gesprächsführung ist eine vertrauensvolle Beziehung zwischen der professionellen Person und ihrem Gegenüber, die von gegenseitiger Wertschätzung und Achtung geprägt ist (Kremer & Schulz, 2013, S. 21). Wenn die betroffene Person aktiv in den Entscheidungsprozess involviert wird, wie dies bei der motivierenden Gesprächsführung der Fall ist, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass es ihr gelingt, eine Verhaltensänderung auch über längere Zeit beizubehalten (Kremer & Schulz, 2013, S. 17). Aus diesem Grund gewinnt die motivierende Gesprächsführung besonders dort an Bedeutung, wo Menschen mit der Bewältigung einer chronisch-somatischen oder einer schwerwiegenden psychischen Krankheit kämpfen (Kremer & Schulz, 2013, S. 16).

4.1.4 Lösungsorientierte Gesprächsführung

Die lösungsorientierte Gesprächsführung orientiert sich am Konzept der Lösungsorientierung, das in den 1970-er Jahren von Steve de Shazer und Insoo Kim Berg entwickelt wurde (Widulle, 2020, S. 125). Es basiert auf den Grundannahmen der Systemtheorie, die sich von den individualistischen Theorien abgrenzt, indem sie ein Problem nicht einer einzelnen Person zuschreibt, sondern es im Gesamtkontext, in dem die Person lebt, betrachtet (Bamberg, 2015, S. 27-28). Zu den zentralen Grundannahmen der systemischen Theorie gehören die Konzepte der Selbstorganisation, der Kybernetik, der Zirkularität sowie des Konstruktivismus (Bamberger, 2015, S. 30).

Unter Selbstorganisation wird die Fähigkeit einer Person oder eines Systems, autonom und selbsterhaltend zu funktionieren, verstanden (Bamberger, 2015, S. 31).

Kybernetik steht für die Wechselwirkung zwischen den unterschiedlichen Systemkomponenten. Im Fokus steht dabei die Regelung und Steuerung innerhalb des Systems mit dem Ziel, einen Gleichgewichtszustand herzustellen (Bamberg, 2015, S. 32-33).

Auch bei der Zirkularität geht es um den Prozess der wechselseitigen Beeinflussung. Hier

steht jedoch das System, in das die Person eingebunden ist, im Zentrum (Bamberg, 2015, S. 34). Zirkularität bedeutet, dass das Verhalten einer Person innerhalb eines Systems immer durch die Verhaltensweisen der anderen mitbestimmt wird, gleichzeitig jedoch deren Verhalten ebenfalls beeinflusst. Durch diese Betrachtungsweise wird erkennbar, dass ein Problem nie von einer einzelnen Person ausgehen kann, sondern ein Ergebnis aus dem Zusammenwirken unterschiedlicher Beteiligter darstellt (Bamberger, 2015, S. 34-35).

Das Konzept des Konstruktivismus, die vierten Grundannahme der systemischen Theorie, sagt aus, dass es keine objektive Wirklichkeit gibt und jeder Mensch sich durch sein Denken, seine Sprache und sein Handeln eine individuelle Repräsentation der Welt konstruiert (Baeschlin & Baeschlin, 2012, S. 16). Daraus lässt sich die Haltung des Nicht-Wissens ableiten, aus der der Grundsatz resultiert, jedem Menschen neugierig und möglichst vorurteilslos zu begegnen (Schmitz, 2016, S. 17).

Bei der lösungsorientierten Gesprächsführung geht es darum, das Ganze im Blick zu behalten und dabei auf die Selbstorganisation des Systems zu vertrauen. Nicht die Analyse eines Problems, sondern das System, in dem die Person lebt und in dem das vorhandene Problem für etwas nützlich ist oder war, steht dabei im Zentrum (Bamberger, 2015, S. 30). Da jede Veränderung des Verhaltens einer Person Rückwirkungen auf die anderen Personen im System hat, sollte das Gegenüber von der professionellen Person darin bestärkt werden, alternative Verhaltensweisen auszuprobieren, um herauszufinden, was dies innerhalb des Systems auslöst (Bamberger, 2015, S. 35). Dabei wird davon ausgegangen, dass der Klient dazu fähig ist, die Lösung des Problems selbst zu entwickeln (Baeschlin & Baeschlin, 2012, S. 15). Die Aufgabe der professionellen Person besteht in der lösungsorientierten Beratung somit nicht darin, fertige Lösungen anzubieten, sondern den, vom Gegenüber ausgehenden Lösungsfindungsprozess zu unterstützen. Die lösungsorientierte Gesprächsführung basiert auf der Grundüberzeugung, dass ein Problem am effizientesten gelöst werden kann, wenn man sich von Beginn an nicht auf das Problem selbst, sondern auf die Lösung konzentriert (Bamberger, 2015, S. 40). Die Tatsache, dass das Problem in der lösungsorientierten Gesprächsführung nicht als Symptom einer tieferliegenden Problematik verstanden wird, ermöglicht es der professionellen Person, nicht das Problem, sondern die erwünschte Entwicklungstendenz ins Zentrum des Gespräches zu rücken (Schütz, 2016, S. 17-18).

Die lösungsorientierte Gesprächsführung orientiert sich nach Schütz (2016, S. 18-19) an drei Grundregeln.

1. Repariere nicht, was nicht kaputt ist

In der lösungsorientierten Gesprächsführung geht es darum, sich mit den konkreten Anliegen des Gegenübers auseinanderzusetzen, ohne dass die professionelle Person dabei Vermutungen und Interpretationen über tieferliegende Probleme anstellt.

2. Tue mehr von dem was funktioniert

Die professionelle Person hat in der lösungsorientierten Gesprächsführung die Aufgabe, das Gegenüber bei der Suche nach bereits gemachten hilfreichen Erfahrungen zu unterstützen und dadurch zur Reaktivierung seiner Ressourcen und Fähigkeiten beizutragen.

3. Wenn etwas mehrmals nicht funktioniert, wiederhole es nicht, versuche etwas anderes

Lösungsversuche, die immer wieder scheitern, benötigen unglaublich viel Kraft und Energie. Die professionelle Person ist deshalb dazu angehalten, dysfunktionale Lösungsversuche zu unterbrechen und das Gegenüber für das Erproben einer Alternative zu motivieren.

Der lösungsorientierte Ansatz ist in der Sozialen Arbeit weit verbreitet, stösst jedoch teilweise auch an seine Grenzen (Widulle, 2020, S. 124). Gerade bei Personen, die über ein geringes Problembewusstsein verfügen und somit wenig Einsicht für die Notwendigkeit einer Veränderung aufbringen können, kann die konsequente Ressourcenorientierung und die fehlende Konfrontation mit dem konkreten Problem zu einer Verstärkung oder Verleugnung vorhandener, destruktiver Verhaltensweisen führen (Widulle, 2020, S. 124).

4.2 Anwendung bei anorektischen Personen

In der psychosozialen Beratung stehen die Bearbeitung aktueller Probleme, Konflikte und Anliegen und die Aktivierung vorhandener und brachliegender Ressourcen im Zentrum (Widulle, 2020, S. 28). Um dies mittels geeigneter Gesprächsführung zu erreichen, ist es von hoher Relevanz, sich über die Stärken und Schwächen der unterschiedlichen Formen der Gesprächsführung bewusst zu sein, um sie den gegebenen Bedingungen entsprechend adäquat einsetzen zu können. Was dies im Bezug auf die sozialarbeiterische Tätigkeit mit anorektischen Personen bedeutet, soll im weiteren Verlauf dieses Kapitels erläutert werden, indem die vier vorgestellten Formen der Gesprächsführung anhand ihrer Bedeutsamkeit in der Arbeit mit anorektischen Personen analysiert werden.

Anorektische Personen verarbeiten Konflikte und schwierige Emotionen in der Essstörungssymptomatik und schützen sich dadurch davor, tiefer liegende Probleme und die damit verbundenen Emotionen wahrnehmen und aushalten zu müssen (Reich & von Boetticher, 2017, S. 106). Die Anorexia nervosa stellt für die betroffenen Personen somit einen Lösungsversuch für ein meist noch unbewusstes Problem dar, der zwar äusserst schädlich und krankhaft ist, die Personen jedoch davor schützt, sich dem eigentlichen Problem stellen zu müssen (Franke, 2003, S. 22-23). Die Aufgabe, anorektische Personen über kommunikative Prozesse für eine Veränderung ihres pathologischen Verhaltens zu motivieren, ist deshalb äusserst anspruchsvoll.

In der Vergangenheit war die Arbeit mit anorektischen Personen oft direktiv und von Zwangsmassnahmen geprägt (Treasure & Schmidt, 2010, S. 209). Dies behinderte den Aufbau

eines Vertrauensverhältnisses zwischen den professionellen und den betroffenen Personen, wodurch eine erfolgreiche Arbeit erschwert oder gar verunmöglicht wurde (Treasure & Schmidt, 2010, S. 209). Dieser Problematik soll mit dem Anwenden der beschriebenen Gesprächsführungsmethoden und der daraus resultierenden Möglichkeit einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit entgegengewirkt werden. Damit die Grundvoraussetzung für eine konstruktive Zusammenarbeit gegeben ist, muss zu Beginn der Arbeit mit anorektischen Personen, wie zu Beginn jedes Hilfsprozesses, eine tragfähige Beziehung hergestellt werden, die auf Vertrauen basiert (Eigenthaler, 2009, S. 141). Empathie, Kongruenz und unbedingte Wertschätzung, die drei Grundvoraussetzungen der klientenzentrierten Gesprächsführung, tragen zur Herstellung einer solchen Beziehung bei. Auch die Tatsache, dass Authentizität in der professionellen Beziehung für den Genesungsprozess von anorektischen Personen von hoher Relevanz ist (Rettenwander, 2007, S. 186), spricht für die Anwendung der klientenzentrierten Gesprächsführung. Da anorektische Personen meist ein sehr negatives Bild von sich selbst und somit eine geringe Selbstachtung haben (siehe Kapitel 1.2), kann davon ausgegangen werden, dass sie über ein rigides Selbstkonzept verfügen, was zur Folge hat, dass sie Erfahrungen, die für ihren Genesungsprozess hilfreich wären, nicht in ihr Selbstkonzept integrieren können. Um dem entgegenzuwirken, ist es relevant, den betroffenen Personen einen geschützten Raum zu geben, in dem sie ihre Gefühle ausdrücken und eine fürsorglichere Einstellung sich selbst gegenüber erlangen können. Auch wenn die Grundlagen der klientenzentrierten Gesprächsführung dafür die richtigen Voraussetzungen bietet, ist dennoch zu beachten, dass bei einer Erkrankung mit einer so starken Eigendynamik wie die der Anorexia nervosa, eine rein non-direktive Vorgehensweise an seine Grenzen stossen wird. So hilft die klientenzentrierte Gesprächsführung den betroffenen Personen zwar Diskrepanzen zwischen ihren Verhaltensweisen und ihren Wertevorstellungen zu erkennen, bietet jedoch von Seite der professionellen Person kaum genügend konkrete Hilfestellungen, um den Teufelskreis zu durchbrechen, in dem sich anorektische Personen befinden.

Die kooperative Gesprächsführung mit ihrer Hauptaktivität der aktiven Einflussnahme scheint deshalb für die Zusammenarbeit mit anorektischen Personen als geeigneter. Da sie jedoch vorwiegend für die Arbeit mit Personen geeignet ist, die über ein fortgeschrittenes Problembewusstsein sowie über eine gewisse Motivation und Veränderungsbereitschaft verfügen, kann davon ausgegangen werden, dass sie zumindest im ersten Stadium der Anorexia nervosa, in dem die Krankheit noch als positiv empfunden wird, nicht als adäquat zu betrachten ist.

Motivation ist ein zentrales Thema in der Arbeit mit anorektischen Personen (siehe Kapitel 1.3). Im ersten Stadium der Erkrankung kann davon ausgegangen werden, dass die betroffenen Personen über keine Veränderungsmotivation verfügen. Die Motivation ist jedoch auch

im weiteren Verlauf der Krankheit und während des gesamten Genesungsprozesses sehr schwankend und nicht immer vorhanden (Wunderer, 2015, S. 189). Anorektischen Personen haben Angst davor, durch das Loslassen von der Anorexia nervosa nichts mehr zu besitzen, das sie selbst und ihr Leben ausmacht. Dies erklärt die oft nicht oder nur bedingt vorhandene Bereitschaft der betroffenen Person, ihr krankhaftes Verhalten zu ändern (Wunderer, 2015, S. 208-209). Rückgriffe auf die Essstörungssymptomatik sind deshalb auch während des dritten Stadiums der Erkrankung normal und sollten nicht als unzureichender Veränderungswille interpretiert werden (Wunderer, 2015, S. 207). Um Change Talks hervorzurufen und somit die Bereitschaft für Veränderung immer wieder aufs Neue zu fördern, ist der Einsatz von Strategien der motivierenden Gesprächsführung, wie beispielsweise das Sprechen über die Nachteile der Krankheit, sinnvoll. Nach Aussage von Treasure und Schmidt (2010, S. 233) ist die motivierende Gesprächsführung in der Arbeit mit anorektischen Personen gut anwendbar und von hoher Relevanz. Dennoch reicht sie in den meisten Fällen nicht aus, um bei den betroffenen Personen einen Zustand der psychischen und somatischen Gesundheit zu erreichen (Treasure & Schmidt, 2010, S. 209). Aus diesem Grund wird nach Aussagen der Autorinnen insbesondere bei komplexeren Fällen eine Kombination mit Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie empfohlen.

Anorektische Personen sind von ihrer eigenen Inkompetenz überzeugt und haben allgemein ein negatives Bild von sich selbst (siehe Kapitel 1.2). Aus diesem Grund ist in der Arbeit mit betroffenen Personen der Einbezug eines Ansatzes bedeutend, der sich an den Ressourcen der anorektischen Personen orientiert. Dies wird auch durch die Tatsache ersichtlich, dass die Aktivierung von Ressourcen die Basis für das Zulassen von bewältigungsorientierten und bewussteinfördernden Erfahrungen darstellt, und somit bei Motivationsproblemen eine wesentliche Funktion übernimmt (Willutzki & Teismann, 2013, S. 9; 21). Widulle (2020, S. 124) empfiehlt in seinem Werk für eine professionelle Gesprächsführung mit einem Gegenüber, das unzureichenden Zugang zu seinen Ressourcen und Fähigkeiten besitzt, die lösungsorientierte Gesprächsführung. Gleichzeitig weist er jedoch darauf hin, dass diese Form der Gesprächsführung bei Menschen, die sich ihrer Probleme noch nicht bewusst sind, nicht zielführend ist. Gerade im ersten Stadium der Anorexia nervosa, in dem sich die betroffenen Personen ihres Problems noch nicht bewusst sind, besteht die Gefahr, dass sich durch die rein ressourcenorientierte, lösungsorientierte Gesprächsführung das selbstdestruktive Verhalten der betroffenen Person manifestiert, wenn sie nicht damit konfrontiert werden. Dass eine rein lösungsorientierte Gesprächsführung für die Arbeit mit anorektischen Personen nicht geeignet ist, wird auch ersichtlich, wenn man sich die dritte Grundregel der lösungsorientierten Gesprächsführung *Wenn etwas mehrmals nicht funktioniert, wiederhole es nicht, versuche etwas anderes* vor Augen führt. Diese Haltung mag in manchen Fällen sinnvoll und

zielführend sein, kann von anorektischen Personen jedoch zu Gunsten ihrer Krankheit missverstanden werden und ist, angewendet auf etwas so Überlebensnotwendiges wie die Nahrungsaufnahme, äusserst gefährlich. Dennoch sind gewisse Ansätze der lösungsorientierten Gesprächsführung, wie beispielsweise der Blick auf das System, in dem die anorektische Person lebt und in dem das anorektische Verhalten einen Nutzen hat, bei der Arbeit mit anorektischen Personen sinnvoll. Die im System vorhandenen Interaktionsmuster und Wechselwirkungsprozesse zu erkennen und zu thematisieren, ist für das Verständnis der betroffenen Personen elementar und stellt somit eine Grundvoraussetzung für die Erarbeitung konstruktiver Lösungen dar. Jedoch sollte bei einer sich selbst aufrechterhaltenden Krankheit, die mit einer so hohen Mortalitätsrate einhergeht wie die Anorexia nervosa, nicht auf die alleinige Selbstorganisation der Person vertraut werden. Gerade bei sehr untergewichtigen Personen muss zudem davon ausgegangen werden, dass die Möglichkeiten zur aktiven Mitarbeit durch die kognitiven Beeinträchtigungen, die aus den organischen Hirnveränderungen resultieren, stark eingeschränkt sind (Kremer & Schulz, 2013, S. 23).

Wird die Anorexia nervosa zudem aus der Sicht des Konzeptes der Lebensbewältigung analysiert, das das pathologische Hungern auf eine fehlende Thematisierung der Probleme, Konflikte und schwierigen Emotionen, die der Krankheit zugrunde liegen, zurückführt, werden weitere Diskrepanzen bezüglich der lösungsorientierten Gesprächsführung, die ein Problem nicht als Symptom tiefer liegender Konflikte versteht, ersichtlich.

Schlussfolgerungen

Mit Hilfe der vermittelten theoretischen Ausführungen soll nun die zu Beginn aufgeworfene Forschungsfrage

Welche Relevanz ist der interpersonalen Kommunikation in Bezug auf die Pathogenese sowie die Rekonvaleszenz der Anorexia nervosa beizumessen?

beantwortet werden.

Um ein möglichst umfassendes Verständnis für die komplexen Zusammenhänge zwischen der interpersonalen Kommunikation und der Anorexia nervosa aufzuzeigen, werden die zentralen Aspekte aus den vorhergehenden Kapiteln zusammengefasst und in den Kontext der Pathogenese sowie der Rekonvaleszenz dieser psychischen Erkrankung gesetzt.

Eine Anorexia nervosa resultiert aus verschiedenen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren, die in einem interaktiven Zusammenspiel bei den Betroffenen ein Gefühl der inneren Hilflosigkeit auslösen. Wie in Kapitel 2.2 ersichtlich wurde, ist die Anorexia nervosa aus Sicht des Konzepts der Lebensbewältigung die Folge eines inneren Abspaltungsdrucks, der entsteht, wenn die betroffene Person aus unterschiedlichen Gründen nicht dazu in der Lage ist, das Gefühl ihrer inneren Hilflosigkeit zu thematisieren. Die innere Hilflosigkeit einer Person resultiert dabei aus einem Ungleichgewicht von Selbstwert, sozialer Anerkennung und Selbstwirksamkeit, das sich in kritischen Lebenssituationen einstellen kann. Auf Grund der fehlenden interpersonalen Kommunikation kommt es bei anorektischen Personen zu einer inneren Abspaltung, die sich in Form des Hungerns zeigt. Ob es der betroffenen Person möglich ist, ihre innere Hilflosigkeit zu thematisieren oder nicht, ist dabei von den unterschiedlichen Bewältigungskulturen abhängig, die in der sozialdynamischen Dimension, in der die betroffene Person eingebunden ist, zu finden sind. Mit Hilfe des theoretischen Konzeptes der Lebensbewältigung lässt sich somit begründen, weshalb es sich bei der Anorexia nervosa nicht um eine Krankheit, die sich auf das Gewicht oder den Appetit bezieht, sondern um eine Krankheit, die das Ergebnis einer Unfähigkeit der Thematisierung einer inneren Not darstellt, handelt. Dieses Wissen ist für eine konstruktive, professionelle Arbeit mit betroffenen Personen von zentraler Bedeutung und soll dazu beitragen, dass Professionelle sich darüber bewusst sind, weshalb es für die betroffene Person so schwer ist, ihr selbstdestruktives Verhalten zu ändern.

Gerade zu Beginn der Erkrankung erfahren anorektische Personen durch das Abnehmen oft soziale Anerkennung und erleben durch ihre Krankheit ein Gefühl von Selbstwirksamkeit. Die Anorexia nervosa stellt für die Betroffenen somit eine Art Selbstbehandlung dar, mit der sie

glauben, ihre Handlungsfähigkeit wiederherstellen und dadurch ihrem Gefühl der Hilflosigkeit entgegenwirken zu können. Um der Unfähigkeit einer gesunden Gleichgewichtsherstellung entgegenzutreten und die anorektischen Personen auf eine konstruktive Art auf ihrer psychosozialen Gleichgewichtssuche zu unterstützen, eignet sich die Schaffung und Gestaltung von funktionalen Äquivalenten. Diese konstruierten Settings ermöglichen es den betroffenen Personen, mit der Zeit zu erkennen, dass sie Selbstwert, soziale Anerkennung und Selbstwirksamkeit auch ohne ihr anorektisches Verhalten erfahren können. Eine gelingende interpersonale Kommunikation stellt dabei die Grundvoraussetzung dar, um eruieren zu können, welches Setting für die betroffene Person geeignet ist.

Wie im Kapitel 3.2 beschrieben wurde, ist es anorektischen Personen aus unterschiedlichen Gründen nicht möglich, ihr Befinden verbal zu kommunizieren. Als Ersatz für die Sprache, greifen sie unbewusst auf ihren Körper als Ausdrucksmittel zurück. Auf Grund der gravierenden, psychischen und somatischen Folgen dieser Form des Ausdrucks, und angesichts der Tatsache, dass das Mitteilen von Gefühlen und Emotionen eine grundlegende Voraussetzung für die Besserung des psychischen Wohlbefindens darstellt, ist es von zentraler Bedeutung, die Betroffenen bei der Wiederherstellung einer funktionierenden Kommunikation möglichst adäquat zu unterstützen. Die Fähigkeit, sich verbale mitteilen zu können, ist die Grundvoraussetzung für den Beginn eines Veränderungsprozesses. Der Inhalt der Gespräche ist dabei zu Beginn der Behandlung nicht ausschlaggebend dafür, ob dieser Prozess angeregt wird oder nicht. Auch Gespräche über Themen, die nicht in einem offensichtlichen Zusammenhang zur Erkrankung stehen, sind wirkungsvoll, da auch sie der anorektischen Person den Weg des Ausdruckes über die verbale interpersonale Kommunikation wieder näherbringen.

Im Kapitel 4.1 wurde ersichtlich, dass eine gelingende interpersonale Kommunikation in der sozialarbeiterischen Tätigkeit die Basis für eine konstruktive Zusammenarbeit darstellt und die Grundvoraussetzung dafür ist, dass professionelle Personen im Gespräch mit den Betroffenen Probleme erkennen, brachliegende Ressourcen aufdecken, Veränderungsperspektiven schaffen und Hoffnung vermitteln können.

Das Wissen, dass die Notwendigkeit des Körpers als alleiniges Ausdrucksmittel anorektischer Personen erst dann entfällt, wenn es den Betroffenen möglich ist, ihr Befinden über die Sprache mitzuteilen, zeigt auf, dass es für eine professionelle Arbeit an den vorhandenen psychosozialen Problemsituationen anorektischer Personen elementar ist, dass Betroffene darin unterstützt werden, wieder einen Zugang zur verbalen interpersonalen Kommunikation zu finden. Um diesen Findungsprozess möglichst adäquat zu unterstützen, ist das Wissens über die unterschiedlichen Methoden der Gesprächsführung von hoher Relevanz.

Da anorektische Personen in ihrer Vergangenheit oft enttäuschende Beziehungserfahrung gemacht haben, stellt die Herstellung einer Vertrauensbasis zwischen der anorektischen und der professionellen Person eine Grundvoraussetzung für die Arbeit an der Wiederherstellung der Kommunikationsfähigkeit dar. Um ein auf Vertrauen basierendes Arbeitsverhältnis herzustellen, sind, wie in Kapitel 4.2 ersichtlich wurde, die Grundprinzipien der klientenzentrierten Gesprächsführung *unbedingte Wertschätzung*, *Empathie* und *Kongruenz* unabdingbar. Erst wenn die anorektische Person glauben kann, dass sie unabhängig von erbrachten Leistungen Wertschätzung erfährt und dass sich die professionelle Person für sie als Person interessiert sowie an ihre Fähigkeiten glaubt, ist sie dazu in der Lage, vorhandene Ängste und Probleme zu thematisieren. Aus Sicht des klientenzentrierten Ansatzes stellt eine gelingende interpersonale Kommunikation zudem die Grundlage dar, um über das Gespräch mit der betroffenen Person daran arbeiten zu können, dass ihr rigides Selbstkonzept flexibler wird. Indem die anorektische Person über das Gespräch darin unterstützt wird, ihrer Aktualisierungstendenz wieder zu vertrauen und mehr Erfahrungen zuzulassen, kann ihr Gefühl der Inkongruenz reduziert und somit den inneren psychischen Spannungen entgegengewirkt werden. Da jedoch die non-direktive Vorgehensweise der klientenzentrierten Gesprächsführung bei der Arbeit mit Personen, die an einer sich selbst aufrechterhaltenden und sich selbst verstärkenden Erkrankung, wie die Anorexia nervosa, in den meisten Fällen nicht ausreicht, ist es sinnvoll, wenn die professionelle Person im Gespräch mit Betroffenen auch eigene Lösungsvorschläge einbringt. Durch eine aktive Einflussnahme der professionellen Person im Gespräch kann die anorektische Person bei der Entwicklung von eigenen Lösungsvorschlägen, mit denen sie den erkannten Diskrepanzen zwischen ihrem Verhalten und ihren Wertevorstellungen entgegenwirken kann, unterstützt werden. Um den Problemfindungsprozess durch eine aktive Einflussnahme positiv zu beeinflussen, ist es jedoch relevant, dass die eingebrachten Vorschläge der professionellen Person als Angebote formuliert werden und das Gegenüber somit erkennen kann, dass es zu nichts gezwungen wird, sondern autonom entscheiden kann, was es damit macht.

Die noch nicht vorhandene oder schwankende Veränderungsmotivation anorektischer Personen stellt in der Arbeit mit Betroffenen ein zentrales Thema dar (siehe Kapitel 1.3), wodurch die Relevanz der Einbindung von Strategien der motivierenden Gesprächsführung ersichtlich wird. Gezielte Fragen zu Vor- und Nachteilen der Anorexia nervosa, zu persönlichen Ressourcen und Zukunftsvisionen können anorektische Personen dazu anregen, selbstmotivierende Erkenntnisse zu verbalisieren, wodurch sie darin bestärkt werden, ihren Weg in Richtung Genesung weiterzugehen. Bedeutend ist, dass sich die professionelle Person darüber bewusst ist, dass im Normalfall die Veränderungsbereitschaft anorektischer Personen auf Grund der anhaltenden ambivalenten Gefühle über den gesamten Genesungsprozess

hinweg immer wieder hergestellt werden muss. Zudem ist davon auszugehen, dass die Anwendung der motivierenden Gesprächsführung im ersten Stadium der Erkrankung kaum zielführend ist, da die betroffenen Personen zu diesem Zeitpunkt die Krankheit als positiv erlebt und noch nicht erkennen können, welche schwerwiegenden psychischen, sozialen und somatischen Folgen sie mit sich bringt.

Anorektische Personen haben oft starke Versagensängste und sind von ihrer eigenen Inkompetenz überzeugt (siehe Kapitel 1.2). Aus diesem Grund ist es notwendig, im Gespräch mit den Betroffenen auf ressourcenaktivierende Methoden zurückzugreifen. Um brachliegende Ressourcen zu aktivieren, kann der Einbezug gewisser Ansätze der lösungsorientierten Gesprächsführung sinnvoll sein. Dabei ist, wie in Kapitel 4.2 beschrieben, insbesondere der Blick auf das System, in das die betroffene Person eingebunden ist und auf die damit verbundene Bewältigungskultur, die es ihr verunmöglicht sich mitzuteilen, von hoher Wichtigkeit. Sich dabei ausschliesslich auf die Selbstorganisation zu verlassen, wie dies in der reinen lösungsorientierten Gesprächsführung der Fall wäre, ist bei einer Krankheit mit einer so hohen Mortalitätsrate jedoch verheerend. Auf Grund der zerstörerischen, sich selbst aufrechterhaltenden Dynamik der Anorexia nervosa sollten in der Arbeit mit anorektischen Personen deshalb zudem Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie beigezogen werden.

Da die Fähigkeit zur Thematisierung die Voraussetzung dafür ist, dass der destruktive Weg des Hungerns verlassen werden kann, sollten Professionelle der Sozialen Arbeit alles dafür tun, um die Betroffenen bei der Wiedererlangung einer funktionierenden Kommunikationsfähigkeit zu unterstützen. Die Soziale Arbeit bietet dabei Raum und Beziehung, zwei Grundvoraussetzungen, die für die Thematisierung und das darauf aufbauende Zurückgewinnen einer psychosozialen Handlungsfähigkeit (siehe Kapitel 2.1) von zentraler Bedeutung sind. Wie in Kapitel 3.2 beschrieben, ist jedoch darauf hinzuweisen, dass infolge der Eigendynamik der Anorexia nervosa das Wiedererlangen einer funktionierenden Kommunikationsfähigkeit nicht automatisch zur Aufgabe des dysfunktionalen Essverhaltens führt.

Aus den Ausführungen dieser Arbeit wurde ersichtlich, dass eine funktionierende interpersonale Kommunikation die Grundvoraussetzung für eine psychotherapeutische Bearbeitung der inneren Konflikte sowie für die soziale Reintegration der betroffenen Personen ist. Professionelle der Sozialen Arbeit kommen in den unterschiedlichsten Arbeitsfeldern mit anorektischen Personen in Kontakt. Aus diesem Grund wäre es sinnvoll, in einer weiteren Arbeit, die auf den hier erläuterten Erkenntnissen aufbaut, ein Konzept auszuarbeiten, das von Professionellen der Sozialen Arbeit als Hilfestellung genutzt werden kann, um die Betroffenen möglichst adäquat bei der Wiederherstellung ihrer interpersonalen Kommunikationsfähigkeit zu unterstützen. Um ein hilfreiches Konzept erarbeiten zu können, das den Bedürfnissen und Möglichkeiten der betroffenen Personen gerecht wird, wäre der Einbezug des Erfahrungs-

wissens ehemals Betroffenen mittels qualitativer Forschung sinnvoll. Des Weiteren sollten die drei Stadien der Anorexia nervosa bei der Konzeptentwicklung berücksichtigt werden, da diese, wie in dieser Arbeit ersichtlich wurde, einen grossen Einfluss auf die Möglichkeiten der professionellen Zusammenarbeit mit Betroffenen haben. Als weiterer sinnvoller Punkt in der Erarbeitung dieses Konzeptes ist zudem eine differenzierte Auseinandersetzung mit den, aus dem Bereich der psychotherapeutischen Arbeit stammenden Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie zu nennen, auf die in dieser Arbeit nicht weiter eingegangen wurde. Das Konzept könnte somit auch dazu genutzt werden, um Professionelle der Sozialen Arbeit mit Ansätzen und Methoden aus den Bezugswissenschaften vertraut zu machen. Gerade bei Tätigkeiten in einem Arbeitskontext, in dem eine multiprofessionelle Zusammenarbeit unabdingbar ist, wie dies in der Behandlung anorektischer Personen der Fall ist, wäre ein solches Konzept hilfreich, um in Kooperation mit den anderen Professionen die Betroffenen möglichst adäquat auf ihrem Weg in ein autonomes, selbstfürsorgliches Leben unterstützen zu können.

Literaturverzeichnis

- Arkowitz, Hal & Miller, William R. (2010). Motivierende Gesprächsführung lernen, anwenden und vertiefen. In Hal Arkowitz, Henny A. Westra, William R. Miller & Stephen Rollnick (Hrsg.), *Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen* (S. 1-27). Weinheim, Basel: Beltz.
- AvenirSocial (2014). *Berufsbild der Professionellen Sozialer Arbeit*. Bern: AvenirSocial. Abgerufen von: https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/AS_Berufsbild_DE_def_1.pdf
- Baeschlin, Marianne & Baeschlin, Kaspar (2012). *Einfach aber nicht leicht. Leitfaden für lösungsorientiertes Arbeiten in sozialpädagogischen Organisationen* (5. überarbeitete Aufl.). Winterthur: ZLB.
- Bamberger, Günther G. (2015). *Lösungsorientierte Beratung* (5. überarbeitete Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Behr, Michael, Hüsson, Dorothea, Luderer, Hans-Jürgen & Vahrenkamp, Susanne (2017). *Gespräche hilfreich führen. Band 1: Praxis der Beratung und Gesprächspsychotherapie. Personenzentriert – erlebnisaktivierend – dialogisch*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Böhnisch, Lothar (2019). *Lebensbewältigung. Ein Konzept für die Soziale Arbeit* (2. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Böhnisch, Lothar (2015). *Lebensbewältigung. Referat von Prof. Lothar Böhnisch*. PowerPoint Präsentation der Fachtagung Lebensbewältigung vom 12. Juni 2015. Abgerufen von https://www.erlenhof-jugendheim.ch/fileadmin/Erlenhof/dokumente/Publikationen/PPP_Fachtagung_Referat_Boehnisch_2015-06-12pb.pdf
- Böhnisch, Lothar (2012). Lebensbewältigung. In Werner Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (4. Aufl., S. 219-234). Wiesenbaden: VS Verlag.
- Böhnisch, Lothar & Schröer, Wolfgang (2018). Lebensbewältigung. In Gunther Grasshoff, Anna Renker & Wolfgang Schröer (Hrsg.), *Soziale Arbeit: Eine elementare Einführung* (S. 317-326). Wiesenbaden: Springer VS.
- Böhnisch, Lothar & Schröer, Wolfgang (2013). *Soziale Arbeit - eine problemorientierte Einführung*. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Born, Christoph, Meisenzahl, Eva, Schüle, Cornelius & Schaub, Annette (2015). *Therapie schwerer Anorexia nervosa. Ein psychiatrisches Behandlungskonzept mit somatischem Schwerpunkt*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Bruch, Hilde (2010). *Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht* (19. Aufl.). Frankfurt am Main: Fischer.
- Dilling, Horst & Freyberger, Harald, J. (Hrsg.). (2019), *ICD-10. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (9., aktualisierte Aufl. entsprechend ICD-10-GM). Bern: Hogrefe.
- Eigenthaler, Eva Maria (2009). *Wenn der Körper spricht ... Magersucht im Zusammenhang mit interpersonaler Kommunikation. Eine Betrachtung des Körpers als Ausdrucksform von Kommunikation*. Saarbrücken: Verlag Dr. Müller.
- Emanuel, Markus (o. D.). *12. Fachtag „Soziale Arbeit an Schulen“ „Schule bewältigen“ Sozialpädagogische Unterstützung für Mädchen & Jungen*. PowerPoint Präsentation Evangelische Hochschule Darmstadt. Abgerufen von https://www.kreis-badkreuz.nach.de/fileadmin/media/downloads/02_Aemter/Amt_5_Kreisjugendamt/Soziale_Arbeit_an_Schulen/Fachtag_Schule_bew%C3%A4ltigen_Vortrag_Emanuel.pdf
- Franke, Alexa (2003). *Wege aus dem goldenen Käfig. Anorexie verstehen und behandeln*. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz.
- Frindte, Wolfgang & Geschke, Daniel (2019). *Lehrbuch Kommunikationspsychologie*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Guldenschuh, Beate (2001). *Wege aus der Essstörung. 56 Frauen berichten*. Innsbruck, Wien, München, Bozen: StudienVerlag.
- Hepp, Urs & Milos, Gabriella (2010). Essstörung. Eine Einführung. *Schweizer Medical Forum*, 10(48), 834-840. Abgerufen von https://www.researchgate.net/publication/280709447_Esstörungen_eine_Einführung
- Isenschmid, Bettina (2010). Kontrolle ist gut, Vertrauen ist besser. *Hausarzt-Praxis*, 5(7-8), 23-26. Abgerufen von https://xn--essstrungen-aargau-h3b.ch/media/archive1/fachpersonen/diagnostik/allgemeines/HAPraxis_Anorexie_2010_78_23.pdf
- Jakob, Robert (2018). *ICD-11 – Anpassung der ICD an das 21. Jahrhundert*. Abgerufen von <https://www.springermedizin.de/bundesgesundheitsblatt-gesundheitsforschung-gesundheitsschutz-7-/15864554>
- Laimbacher, Josef (2019). Somatische Folgeerkrankungen bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. *Psychiatrie & Neurologie*, 19(1), 8-13. Abgerufen von <https://www.rosenfluh.ch/media/psychiatrie-neurologie/2019/01/Somatische-Folgeerkrankungen-bei-Anorexia-nervosa-und-Bulimia-nervosa.pdf>

- Kamber, Vreny (2005). Essstörungen – nicht nur ein psychiatrisches Problem. Medizinische Komplikationen bei Anorexia und Bulimia nervosa. *Schweizer Medical Forum*, 1195-1202. Abgerufen von https://pepinfo.ch/de/medien-materialien/Essverhaltensstoerungen/Essstoerungen_Kamber.pdf
- Kremer, Georg & Schulz, Michael (2013). *Basiswissen: Motivierende Gesprächsführung in der Psychiatrie* (2. Aufl.). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Naar-King, Sylvie & Suarez, Marianne (Hrsg.).(2012). *Motivierende Gesprächsführung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Plassmann, Ansgar A. (2003). *Klientenzentrierte Gesprächsführung*. Essen: Universität Duisburg-Essen. Abgerufen von <https://docplayer.org/19882025-Klientenzentrierte-gespraechsfuehrung.html>
- Realini, Anita (2007). *Und was, wenn die Essstörung chronisch wird...?* Informationsbulletin 2/2007 der Arbeitsgemeinschaft Ess-Störungen. Zürich: AES.
- Redlich, Alexander (2009). *Gesprächsführung in der Beratung von Lehrern, Eltern und Erziehern*. Hamburg: Alumni-Verein. Abgerufen von <http://alumni-psychologie.de/medien/verlag/AlexanderRedlich%282009%29GespraechsfuehrungInDerBeratungVonLehrernElternUndErziehern.pdf>
- Reich, Günter & von Boetticher, Antje (2017). *Hungern, um zu leben - die Paradoxie der Magersucht. Psychodynamische und familientherapeutische Konzepte*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Rettenwander, Annemarie (2007). *Magersucht-Einsichten und Auswege. Was (ehemals) betroffene Frauen als hilfreich empfinden*. Berlin: Verlag Dr. Köster.
- Röhner, Jessica & Schütz, Astrid (2020). *Psychologie der Kommunikation* (3., aktualisierte und überarbeitete Aufl.). Berlin: Springer.
- Schlegel, Katja & Scherrer, Klaus R. (2017). Interpersonale Kommunikation. In Hans-Werner Bierhoff & Dieter Frey (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Serie Sozialpsychologie, Band 3. Kommunikation, Interaktion und soziale Gruppenprozesse* (S. 263-298). Göttingen: Hogrefe.
- Schmitz, Lilo (2016). *Lösungsorientierte Gesprächsführung. Richtig beraten mit sparsamen und entspannten Methoden* (3. Aufl.). Dortmund: modernes Lernen.
- Schnyder, Ulrich, Milos, Gabriella, Mohler-Kuo, Meichun & Dermota, Petra (2012). *Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz*. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/ernaehrung-bewegung/praevalenz-essstoerungen-in-der-schweiz.pdf.download.pdf>

- Schweppe, Cornelia (2012). Soziale Altenarbeit. In Werner Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (4. Aufl., S. 505-522). Wiesbaden: VS Verlag.
- Simchen, Helga (2016). *Essstörungen und Persönlichkeit. Magersucht, Bulimie und Übergewicht. Warum Essen und Hungern zur Sucht werden* (2., aktualisierte Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Treasure, Janet & Schmidt, Ulrike (2010). Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung von Essstörungen. In Hal Arkowitz, Henny A. Westra, William R. Miller & Stephen Rollnick (Hrsg.), *Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen* (S. 205-236). Weinheim, Basel: Beltz.
- Widulle, Wolfgang (2020). *Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen* (3. vollständig überarbeitete Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Willutzki, Ulrike & Teismann, Tobias (2013). *Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Weinberger, Sabine (2013). *Klientenzentrierte Gesprächsführung Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe* (14. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Weinberger, Sabine (2004). *Klientenzentrierte Gesprächsführung Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe* (9., vollständig überarbeitete Aufl.). Weinheim, München: Juventa.
- Wunderer, Eva (2015). *Praxishandbuch Soziale Arbeit mit Menschen mit Essstörungen*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Wunderer, Eva (2007). Essen gegen die innere Leere. Essstörungen erkennen, erklären und behandeln. *Ernährungsumschau*, 54(4), 180-187. Abgerufen von https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2007/04_07/EU04_180_187.pdf
- Wunderer, Eva & Schnebel, Andreas (2008). *Interdisziplinäre Essstörungstherapie. Psychotherapie, Medizinische Behandlung, Sozialpädagogische Begleitung, Ernährungstherapie*. Weinheim, Basel: Beltz.

Abbildungsverzeichnis

Deckblatt	Acrylgemälde von Joonas Ennala (Abgerufen von: https://www.etsy.com/de/listing/216595855/weinen-sie-madchen-schwarz-weiss-kunst)	
Abbildung 1	Multifaktorielle Pathogenese der Anorexia nervosa 9 (Eigene Darstellung, in Anlehnung an Wunderer und Schnebel (2008, S. 51))	9
Abbildung 2	Krankheitsverlauf der Anorexia nervosa13 (Eigene Darstellung)	13
Abbildung 3	Äussere Abspaltung 20 (Eigene Darstellung, in Anlehnung an Böhnisch (2015, S. 3))	20
Abbildung 4	Innere Abspaltung 21 (Eigene Darstellung, in Anlehnung an Böhnisch (2015, S. 4))	21
Abbildung 5	Kommunikative Hauptaktivitäten in der kooperativen Gesprächsführung .. 33 (Eigene Darstellung, in Anlehnung an Redlich (2009, S. 4))	33

Eigenständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit,

dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.



Winterthur, 25. September 2021

Veröffentlichung Bachelorarbeit

Ich bin damit einverstanden, dass meine Bachelor Thesis bei einer Bewertung mit der Note 5.5 oder höher für die Wissensplattform Ephesos zur Verfügung gestellt wird.

- ja
 nein



Winterthur, 25. September 2021