

Eva Wunderer

Praxishandbuch Soziale Arbeit mit Menschen mit Essstörungen

BELTZ JUVENTA

Eva Wunderer
Praxishandbuch Soziale Arbeit mit Menschen mit Essstörungen

Eva Wunderer

Praxishandbuch Soziale Arbeit mit Menschen mit Essstörungen

Unter Mitarbeit von

Monika Haase | Eva Hitzler |

Hannelore Honold | Nicola Hümpfner |

Manfred Jannicke | Katrin Liel |

Ulrike Lucarelli | Stephanie Maier |

Carolin Martinovic | Dominique Moisl und

Sabrina Rabe-Lipp

BELTZ

 JUVENTA

Die Autorin

Prof. Dr. Eva Wunderer studierte Psychologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU). Sie promovierte am Lehrstuhl für Persönlichkeitspsychologie, Psychologische Diagnostik und Familienpsychologie der LMU im Forschungsprojekt „Was hält Ehen zusammen?“. Seit mehr als einem Jahrzehnt ist die Autorin im Essstörungsbereich tätig, u.a. arbeitete sie bei ANAD e.V., der Beratung und therapeutische Wohngruppen für Menschen mit Essstörungen anbietet, als Psychotherapeutin und wissenschaftliche Leitung. Im Herbst 2009 wurde sie an die Hochschule Landshut berufen als Professorin für Psychologische Aspekte der Sozialen Arbeit, Schwerpunkt Kinder und Jugendliche. Zudem ist die Autorin ausgebildete Systemische Paar- und Familientherapeutin (DGSF).



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 2015 Beltz Juventa · Weinheim und Basel
www.beltz.de · www.juventa.de
Satz: text plus form, Dresden

ISBN 978-3-7799-8#+\$Ź

Inhalt

Vorwort	15
----------------	----

Teil I

Hintergründe

Kapitel 1

Die soziale Säule im Gesundheitssystem: zur Begründung und Bedeutung Klinischer Sozialarbeit	18
1.1 Begriffsbestimmung	19
1.2 Theoretische Grundlagen	21
1.2.1 Die bio-psycho-soziale Perspektive	21
1.2.2 Betrachtung der Person im Kontext von Umwelt und Lebenslauf	23
1.2.3 Erkenntnisse aus der Stress- und Gesundheitsforschung	24
1.3 Zusammenfassung	28

Kapitel 2

Kalorien als Maßeinheit für Selbstwert: Merkmale und Verbreitung von Essstörungen	30
2.1 Grundlegende Merkmale von Essstörungen	31
2.2 Anorexia nervosa	34
2.2.1 Diagnostische Kriterien	34
2.2.2 Verbreitung	37
2.2.3 Verlauf	40
2.3 Bulimia nervosa	44
2.3.1 Diagnostische Kriterien	44
2.3.2 Verbreitung	46
2.3.3 Verlauf	47
2.4 Binge-Eating-Störung	50
2.4.1 Diagnostische Kriterien	50
2.4.2 Verbreitung	51
2.4.3 Verlauf	52
2.5 Atypische/andere spezifizierte und nicht spezifizierte Essstörungen	54

2.5.1	Diagnostische Kriterien	55
2.5.2	Verbreitung	57
2.5.3	Verlauf	58
2.5.4	Gestörtes Essverhalten	59
2.6	Abgrenzung zwischen den verschiedenen Arten der Essstörung	60
2.7	Differenzialdiagnose	62
2.8	Komorbidität	63
2.9	Männer und Essstörungen	64
2.9.1	Gemeinsamkeiten und Unterschiede bzgl. beeinflussender Faktoren	65
2.9.2	Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Essstörungs- und sonstigen Symptomatik	67
2.9.3	Fazit	68

Kapitel 3

	Wenn Essen einen seelischen Hunger stillt: ein bio-psycho-soziales Modell der Essstörung	70
3.1	Biologische Einflussfaktoren	71
3.1.1	Der Einfluss der Gene	72
3.1.2	Hormone und Neurotransmitter	73
3.1.3	Frühes Einsetzen der Menarche	74
3.1.4	Restriktives Essverhalten	74
3.2	Individuell-psychologische Einflussfaktoren	76
3.2.1	Selbstwertdefizite	76
3.2.2	Hohes Kontrollbedürfnis	79
3.2.3	Perfektionismus und weitere Persönlichkeitsmerkmale	80
3.2.4	Dysfunktionale Denkmuster	81
3.2.5	Sexueller Missbrauch	82
3.2.6	Essstörungen und Gesundheitsprobleme in der Kindheit	83
3.3	Soziale und soziokulturelle Einflussfaktoren (Person-in-ihrer-Umwelt)	83
3.3.1	Soziale Unterstützung – und Ansteckung	84
3.3.2	Familiäre Faktoren	86
3.3.3	Bildungsstand und sozioökonomischer Status	90
3.3.4	Psychosozialer Stress	90
3.3.5	Schlankeitsideal und Rollenanforderungen	91
3.3.6	Medieneinflüsse	95
3.4	Einordnung in den Entwicklungsverlauf	101
3.4.1	Neurobiologische Zusammenhänge	101
3.4.2	Entwicklungsaufgaben im Jugendalter	103
3.4.3	Frauen in der Lebensmitte	104

Kapitel 4

Eine Zusammenfassung in sechs Thesen	106
4.1 These 1: Essstörungen sind weit verbreitet	106
4.2 These 2: Essstörungen haben gravierende Auswirkungen auf die Betroffenen	107
4.3 These 3: Essstörungen sind bio-psycho-sozial bedingt	108
4.4 These 4: Essstörungen bleiben oft unerkannt und stellen hohe Anforderungen an professionelle HelferInnen	109
4.5 These 5: Essstörungen erfordern ein ressourcenorientiertes Vorgehen	110
4.6 These 6: Die Prävention und Intervention bei Essstörungen bedarf der (Klinischen) Sozialarbeit	111
4.7 Die weiteren Kapitel dieses Buches – Förderung basaler Kompetenzen der (Klinischen) Sozialarbeit	112

Teil II

Grundlagen und Methoden der Beratung und Fallarbeit

Kapitel 5

Der Blick hinter die Symptomatik: zur (sozialen) Diagnostik von Essstörungen	116
5.1 Screening auf Essstörungen	116
5.2 Die multiprofessionelle Anamnese	118
5.2.1 Medizinisch-psychiatrische Anamnese	120
5.2.2 Anamnese der Essstörungssymptomatik	120
5.2.3 Anamnese des Überweisungskontextes	122
5.2.4 Familienanamnese	123
5.2.5 Sozialanamnese	124
5.2.6 Traumatische Ereignisse	124
5.2.7 Anamnese der Ressourcen	125
5.3 Die soziale Diagnostik der Essstörung	126
5.3.1 Qualitätsmerkmale sozialer Diagnostik	127
5.3.2 Situationsanalyse: Das Person-in-Environment-System	129
5.3.3 Einschätzung von Ressourcen und Belastungen	131
5.3.4 Netzwerkanalyse	132
5.3.5 Familiendiagnostik mittels Genogramm	137
5.3.6 Biografische Einordnung	140
5.4 Das „Etikett“ Essstörung	142
5.5 Zusammenfassendes Fazit	147

Kapitel 6

Habe ich jetzt viel gegessen?

Grundlegende Hinweise zur Gesprächsführung und Beratung

	149
6.1 Grundlegendes zur Behandlung der Essstörung	149
6.1.1 Inanspruchnahme professioneller Hilfe	150
6.1.2 Zum Stand der Therapieforschung	152
6.1.3 Setting, Ziele und Inhalte der Essstörungsberatung und -therapie	156
6.1.4 Grundlegende Wirkfaktoren Klinischer (Sozial-)Arbeit	160
6.2 Das (erste) Gespräch mit Betroffenen	163
6.2.1 Hinweise für und Fallstricke in der Gesprächsführung	164
6.2.2 Hinweise für die Arbeit mit dem KlientInnensystem	169
6.3 Beratung im Netz	170
6.3.1 Möglichkeiten, Grenzen und Qualitätsanforderungen	171
6.3.2 „Lesen zwischen den Zeilen“: Anforderungen an die BeraterIn	177
6.4 Nützliche systemische und lösungsorientierte Fragetechniken	178
6.4.1 Anknüpfung an die Klinische Sozialarbeit	179
6.4.2 Systemische Fragetechniken	180
6.5 Psychoedukation	185
6.6 Zusammenfassendes Fazit	187

Kapitel 7

Wenn ich nur wollen könnte!

Zur Motivation und Motivierung Betroffener

	189
7.1 Phasen und Wege der Motivation	189
7.1.1 Fünf Phasen der Motivation	191
7.1.2 Vier Wege der Motivation	193
7.2 Motivierende Gesprächsführung	194
7.2.1 Basale Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung	194
7.2.2 Zentrale Strategien der Motivierenden Gesprächsführung	196
7.2.3 Vor- und Nachteile herausarbeiten	198
7.2.4 Geduld, Geduld, Geduld	203
7.3 Ziele setzen und Handlungen planen	204
7.4 Umgang mit Rückschritten	207
7.5 Zusammenfassendes Fazit	208

Kapitel 8

Wider den „Drehtür-Effekt“:

Case Management und Integrierte Versorgung	210
8.1 Vernetzung	210
8.1.1 Vom Netzwerk zur Versorgungskette	211
8.1.2 Empfehlungen für erfolgreiche Vernetzungsprozesse	212
8.2 Case Management	215
8.2.1 Definition und Leitprinzipien	216
8.2.2 Ebenen und Phasen des Case Management	217
8.3 Integrierte Versorgung im Essstörungsbereich	220
8.4 Zusammenfassendes Fazit	227

Kapitel 9

Gemeinsam den Weg gehen:

Hilfreiche Methoden in der Gruppenarbeit	228
9.1 Gruppe oder Einzel?	228
9.2 Grundlagen der Sozialen Gruppenarbeit	231
9.2.1 Phasen und Rollen	232
9.2.2 Organisatorische Aspekte	233
9.2.3 Methoden	236
9.3 Gruppenangebote im Essstörungsbereich	238
9.3.1 Selbsthilfegruppen	238
9.3.2 Gesprächsgruppen	241
9.3.3 Psychoedukationsgruppen	248
9.3.4 Gruppenangebote zum Training Sozialer Kompetenz	249
9.3.5 Gruppenangebote zum Körperbild und -gefühl	252
9.3.6 Gruppenangebote zum Essverhalten	255
9.3.7 Gruppenangebote zur Reflexion familiärer Strukturen und Beziehungsmuster	256
9.4 Erlebnispädagogische Ansätze	258
9.5 Zusammenfassendes Fazit	262

Kapitel 10

Von „Känguru“ und „Vogel Strauß“ –

Arbeit mit Angehörigen	264
10.1 Merkmale von Familien mit Angehörigen mit Essstörungen	265
10.2 Die Familie als „Mobile“: Auswirkungen der Essstörung auf andere Familienmitglieder	267
10.2.1 Auswirkungen auf Eltern und Geschwister	268
10.2.2 Auswirkungen auf PartnerInnen und FreundInnen	270
10.2.3 Auswirkungen auf Kinder von Betroffenen	271

10.3	Die Arbeit mit den Angehörigen	273
10.3.1	Mit oder ohne Familie?	274
10.3.2	Ziele und Themen der Angehörigenarbeit	275
10.3.3	Hilfreiche Metaphern und Methoden in der Angehörigenarbeit	278
10.4	Familienarbeit ohne Familie	289
10.5	Zusammenfassendes Fazit	290

Kapitel 11

Was Hänschen nicht isst... –

	Zur Prävention von Essstörungen	294
11.1	Grundlagen der Prävention	294
11.2	Anforderungen an Präventionsmaßnahmen	296
11.3	Zur Prävention von Essstörungen	298
11.3.1	Maßnahmen auf der Makro-Ebene	298
11.3.2	Maßnahmen auf der Mikro-Ebene	299
11.3.3	Maßnahmen auf der Meso-Ebene	302
11.3.4	Vorsicht, Falle!	305
11.4	Zusammenfassendes Fazit	306

Kapitel 12

Suizid auf Raten?

	Krisenintervention und Suizidprophylaxe	307
12.1	Krisenintervention	307
12.2	Suizidalität	310
12.2.1	Risikofaktoren und Anzeichen	311
12.2.2	Vorgehen	313
12.2.3	Dokumentation	314
12.2.4	Verträge	314
12.2.5	Nach einem Suizid	315
12.2.6	Selbstreflexion	316
12.3	Zusammenfassendes Fazit	317

Teil III

Inhaltliche Schwerpunkte

Kapitel 13

Essen? Wenn es sein muss... –

	Veränderung des Essverhaltens und des Körperbildes	320
13.1	Arbeit an Essverhalten und Purgier-Verhalten	320
13.1.1	Erhebung von Ist- und Ziel-Zustand	321

13.1.2	Aufbau einer geregelten Mahlzeitenstruktur	325
13.1.3	Normalisierung des Gewichts	327
13.1.4	Integration verbotener Lebensmittel	336
13.1.5	Abbau von Essanfällen und Purging-Verhalten	338
13.1.6	Und nicht zuletzt: Essen mit Genuss!	346
13.2	Arbeit am Körperbild	347
13.2.1	Aspekte des Körperbilds	348
13.2.2	Direkte Arbeit am Körperbild	349
13.2.3	Arbeit an den Kognitionen rund um den Körper	352
13.2.4	Positive Körperfürsorge	353
13.3	Rückfallprophylaxe	354
13.4	Umgang mit Psychopharmaka	355
13.5	Zusammenfassendes Fazit	356

Kapitel 14

Meine Freundin, die Magersucht... –

	Beziehung zu sich selbst und anderen	357
14.1	Selbstwertgefühl, Emotionen und soziale Integration	357
14.1.1	Arbeit an Wahrnehmung, Differenzierung, Ausdruck und Regulation von Emotionen	358
14.1.2	Arbeit am Selbstwertgefühl	361
14.1.3	Soziale (Re-)Integration	365
14.1.4	Stressbewältigung	367
14.2	Arbeit an den Kognitionen	369
14.2.1	Typische Denkmuster Betroffener	369
14.2.2	Umdenken lernen	371
14.3	Sexualität	377
14.4	Zusammenfassendes Fazit	378

Kapitel 15

Wenn das Leben an der Waage hängt:

	Tagesstruktur, Freizeitverhalten und Wohnsituation	380
15.1	Tagesstrukturierung und Freizeitverhalten	380
15.1.1	Aufbau des Freizeitverhaltens	380
15.1.2	Aufbau einer Tagesstruktur	382
15.2	Wohnsituation	383
15.2.1	Zur Auswahl individuell geeigneter Wohnmöglichkeiten	384
15.2.2	Gestaltung der Wohnsituation in (teil-)stationären Einrichtungen	388
15.3	Zusammenfassendes Fazit	389

Kapitel 16

Sich etwas zutrauen außer hungern:

Arbeit an beruflicher Integration	391
16.1 Strukturieren des Arbeitsalltags	393
16.2 Berufliche Orientierung, Berufsfindung	394
16.3 Umgang mit schulischen und beruflichen Leistungsanforderungen	397
16.4 Offenlegen der Essstörung im schulischen bzw. beruflichen Umfeld	399
16.5 Zusammenfassendes Fazit	399

Kapitel 17

Die Kosten der Essstörung:

Hilfe in finanziellen Angelegenheiten	401
17.1 Sparen bzw. ausgeben lernen	401
17.2 Umgang mit Geld und der Auszahlung von Geldbeträgen in (teil-)stationären Einrichtungen	403
17.3 Zusammenfassendes Fazit	404

Kapitel 18

Bloß keine Gespräche übers Essen!

Selbstfürsorge professioneller HelferInnen	405
18.1 Der Teufelskreis des „Ausbrennens“	406
18.2 Selbstreflexion als Grundlage professioneller Arbeit	409
18.2.1 Selbstreflexion I: Wie ist die „ideale“ (Klinische) SozialarbeiterIn?	409
18.2.2 Selbstreflexion II: Wie stehe ich zu Essen, Figur, Gewicht, Essstörungen?	411
18.2.3 Selbstreflexion III: Was lösen meine Figur, mein Alter, mein Geschlecht bei der KlientIn aus?	414
18.3 Intervision, Supervision und Selbstfürsorge	416
18.4 Zusammenfassendes Fazit	419

Teil IV

Fazit

Kapitel 19

Fazit: Grundlegende Inhalte, Methoden und Kompetenzen der (Klinischen) Sozialarbeit mit Menschen mit Essstörungen	422
--	-----

Teil V
Mitwirkende und Literatur

Mitwirkende	428
Literatur	430

Vorwort

Dieses Buch will eine Lücke schließen, denn zu Sozialer Arbeit mit Menschen mit Essstörungen gibt es bislang kaum Fach- und wissenschaftliche Literatur. Auch Forschungsprojekte sind rar und dringend notwendig, um Methoden und Arbeitsweisen zu eruieren und evaluieren.

Das vorliegende Buch ist als Praxishandbuch gedacht, entsprechend wurden die Erfahrungen etlicher EssstörungsexpertInnen aus der Praxis einbezogen, um die Literaturrecherche und meine eigenen Erkenntnisse zu ergänzen. Die Mitwirkenden gewann ich über einen Aufruf über den Bundesfachverband Essstörungen e. V. (BFE) und befragte sie in ausführlichen Interviews zu ihren Praxiserfahrungen; zudem tragen sie mit Praxisbeispielen dazu bei, dass das Buch anschaulich wird. Ein ganz herzlicher Dank dafür!

Danken möchte ich auch meinen KollegInnen, Prof. Dr. Dominique Moisl und Prof. Dr. Katrin Liel, die ebenfalls zu verschiedenen Kapiteln dieses Buches beigetragen haben, sowie Anja Schmidtke und Prof. Dr. Maria Ohling, die einige Passagen lasen und mir wertvolle Anregungen gaben.

Mein größter Dank gilt meiner Familie: meinem Mann, meinen Kindern und meinen Eltern. Sie haben mir in einer ohnehin turbulenten Zeit den Rücken gestärkt und freigehalten und so dieses Buch ermöglicht.

Eva Wunderer,
München im Juni 2014

Teil I
Hintergründe

Kapitel 1

Die soziale Säule im Gesundheitssystem: zur Begründung und Bedeutung Klinischer Sozialarbeit

Vorbemerkung: Der Begriff „Klinische Sozialarbeit“ ist in Deutschland noch nicht überall verbreitet und wird zum Teil fälschlicherweise mit „Sozialarbeit in Kliniken“ gleichgesetzt. Daher wurde für das Buch der umfassendere Titel „Soziale Arbeit“ gewählt. Da es sich bei der beschriebenen Arbeit mit EssstörungsklientInnen jedoch eigentlich um Klinische Sozialarbeit handelt, werden deren Ursprung und Bedeutung im ersten Kapitel dargelegt. Im Folgenden ist dann von der „Klinischen SozialarbeiterIn“ die Rede (um Männer und Frauen gleichermaßen zu berücksichtigen wurde die Schreibweise mit „groß I“ gewählt).

Schätzungsweise jeder zweite Deutsche erkrankt irgendwann im Laufe seines Lebens an einer psychischen Störung (Jacobi und Preiß 2011). Die BELLA-Studie, die auf dem für Deutschland repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS basiert, ergab, dass 14,5% der Kinder und Jugendlichen zwischen 7 und 17 Jahren in ihrer psychischen Gesundheit und dadurch auch in ihrer Lebensqualität und Funktionsfähigkeit beeinträchtigt sind (Ravens-Sieberer et al. 2008). Zwar ist umstritten, ob psychische Störungen in den letzten Jahrzehnten zugenommen haben, der Behandlungsbedarf ist jedoch gestiegen (Jacobi und Preiß 2011). Oftmals kommen mehrere Problemlagen zusammen, auch bei Essstörungen sind komorbid auftretende weitere Erkrankungen und Störungen eher die Regel als die Ausnahme. Die Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit ist folglich „... die Antwort der Profession auf die Tatsache, dass in vielen Arbeitsfeldern zunehmend seelisch stark gefährdete, chronisch kranke und mehrfach belastete Menschen den Schwerpunkt des Klientels bilden“ (Pauls 2011, S. 12). Sie ist zudem die Reaktion auf einen Strukturwandel in der Gesellschaft mit höheren Freiheitsgraden, die Chancen, aber auch Risiken bergen und Unterstützungsbedarf generieren (Mühlum 2005).

Dass psycho-soziale Problemlagen Einfluss nehmen auf die Gesundheit und die Entwicklung von Krankheiten und psychischen Störungen, ist unbestreitbar. Auch an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörun-

gen sind soziale und soziokulturelle Faktoren wesentlich beteiligt. Dennoch ist unser Gesundheitssystem nach wie vor stark von der Medizin und Psychologie bzw. Psychotherapie geprägt, der soziale Part im – noch näher zu erläuternden – bio-psycho-sozialen Entstehungs- und Behandlungsmodell ist unterbelichtet. Während sich die „clinical social work“ in den USA bereits in den 1960er und 1970er Jahren etablierte, 1978 durch die „National Association of Social Work“ als eigenständige spezialisierte Profession anerkannt wurde, mittlerweile weit verbreitet ist und hohes Ansehen genießt (Wright 2008), ist hierzulande weitere Aufbau- und Ausbaurbeit gefragt.

Im Folgenden wird in einer Begriffsbestimmung **Klinische Sozialarbeit definiert** (vgl. Kapitel 1.1), anschließend beleuchtet Kapitel 1.2 die **theoretischen Hintergründe**: die bio-psycho-soziale Perspektive, die Betrachtung der Person im Kontext von Umwelt und Lebenslauf und schließlich Erkenntnisse aus der Stress- und Gesundheitsforschung.

1.1 Begriffsbestimmung

Pauls (2011, S. 17) **definiert** Klinische Sozialarbeit als „integrierten professionellen Ansatz zur Verbesserung der psycho-sozialen Passung zwischen Klient bzw. Klientensystem und Umwelt“, Wüsten et al. (2009, S. 41) sehen sie als „Wissenschaft von der Gestaltung psychosozialer Veränderungsprozesse“. Geißler-Piltz et al. (2005, S. 156) betonen gleichfalls die spezifische Ausrichtung Klinischer Sozialarbeit als „*die* Profession und Disziplin, die den *sozialen* Menschen mit seinen psychosozialen Belastungen und Krisen, Behinderungen und Nöten in und mit seinem Umfeld wahrnimmt und in vernetzter, gemeindenaher Kooperation (be-)handelt – mit Respekt und in Kenntnis seiner Biographie und Familie und unter Einbeziehung seiner Arbeitswelt, Freunde und Lebenslage“.

Die Klinische Sozialarbeit sieht sich als (**gesundheitsbezogene**) **Fachsozialarbeit**, „klinisch“ steht dabei nicht für die Arbeit in Kliniken, was die Klinische Sozialarbeit weitgehend einengen würde auf das Feld der Krankenhaussozialarbeit, sondern für die direkte Beratung und Arbeit mit der KlientIn oder „direct practice“ – egal ob ambulant, (teil-)stationär, in Beratungsstellen oder Kliniken (Geißler-Piltz 2005; Geißler-Piltz et al. 2005).

Klinische Sozialarbeit ist eine **angewandte Disziplin**, so dass neben dem Tatsachen- und nomologischen Wissen („know what“ bzw. „know why“) das nomopragmatische Wissen („know how“) eine zentrale Rolle spielt (Pauls 2011; Schaub 2008). Fachkräfte und ExpertInnen entscheiden stets aufs Neue auf der Basis ihrer Ausbildung, ihres theoretischen Wissens, aber vor allem auch ihres eigenen Praxisbezugs und ihrer eigenen Erfahrungen über

die individuell einzusetzenden Methoden. Dieses nomopragsmatische Wissen zu bündeln, ist das wesentliche Ziel des vorliegenden Buches.

Zielgruppe der Klinischen Sozialarbeit sind KlientInnen in Multiproblemsituationen, beispielsweise in der Kinder- und Jugendhilfe, Psychiatrie, Suchtbehandlung, in Krankenhaus, Maßregelvollzug und Resozialisierung (Geißler-Piltz 2005; Wendt 2002). Das Aufgaben- und Arbeitsfeld ist somit breit gefächert.

Die Klinische Sozialarbeit greift auf **Methoden** der grundständigen Sozialen Arbeit zurück, z. B. psycho-soziale Diagnostik und Beratung, Krisenintervention, Gruppenarbeit, Case Management, macht aber verstärkt auch psychotherapeutische Methoden für sich nutzbar – Stichwort: Soziale Therapie, wobei die Begriffe Soziale Therapie, Sozialtherapie und Soziotherapie sehr unterschiedlich gebraucht werden, teilweise mehr oder weniger als Synonym für die gesamte Klinische Sozialarbeit, teilweise als spezifische ambulante Versorgungsleistung für KlientInnen mit schweren psychischen Störungen nach § 37a SGB V (Binner und Ortmann 2008). Pauls und Stockmann (2013) schlagen die Bezeichnung „sozialtherapeutische Beratung“ vor, um die Trennung von Therapie und Beratung zu relativieren und eine fachübergreifende soziale Gesundheitskompetenz und interdisziplinäre Kooperation anzuregen.

Die **Schnittstellen** mit der (Klinischen) Psychologie sind groß – nicht zuletzt kommen viele der führenden ForscherInnen und AutorInnen zur Klinischen Sozialarbeit aus diesem Bereich –, doch setzen beide Disziplinen unterschiedliche Schwerpunkte. Während die Klinische Psychologie vorwiegend an der psychischen Dimension ansetzt, hat die Klinische Sozialarbeit die soziale Dimension im Blick (Binner und Ortmann 2008). Eine enge multi-professionelle Zusammenarbeit ist unabdingbare Grundlage zum Wohle der KlientInnen.

Die Klinische Sozialarbeit unterwirft sich in ihrem Handeln den allgemeinen **ethischen Grundsätzen**: Selbstbestimmung (respect for autonomy), Gutes zu tun (beneficence), Schaden abzuwenden (nonmaleficence) und fair und gerecht zu sein (justice). Die Grundwerte der Klinischen Sozialarbeit wurzeln in denen der Sozialen Arbeit und umfassen „die Anerkennung der Würde und Selbstbestimmung des Individuums sowie dessen Wohlergehen, die Verpflichtung zu einer professionellen Berufsausübung, die sich durch Kompetenz und Integrität auszeichnet, und die Verbundenheit mit unserer demokratischen Gesellschaft, die all ihren Mitgliedern die gleichen Lebenschancen in gerechter und vorurteilsfreier Weise bieten soll, unabhängig von Nationalität, Religion, Geschlecht oder ethnischer Zugehörigkeit“ (Geißler-Piltz et al. 2005, S. 119; vgl. Grundsatzpapier der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit 2013).

Als Fazit bleibt somit festzuhalten: Klinische Sozialarbeit lässt sich weder über Zielgruppen noch Verfahren noch Arbeitsfelder allein definieren (Mühlum 2005). Sie ist Soziale Arbeit in direkter Auseinandersetzung mit Menschen, die an psycho-sozialen Beeinträchtigungen infolge bio-psycho-sozial zu verstehender Problemlagen, Krankheiten und Behinderungen leiden. Sie will die Passung zwischen KlientInnensystem und sozialer Umwelt verbessern und setzt an psycho-sozialer Lebenslage und Lebensweise an, kommt also dem für die Soziale Arbeit typischen doppelten Auftrag nach. Entsprechend tritt Klinische Sozialarbeit auch anwaltschaftlich für ihre Klientel ein, um strukturell-gesellschaftliche Bedingungen zu verändern (Lohner 2013).

1.2 Theoretische Grundlagen

Wesentliche theoretische Grundlagen sind die **bio-psycho-soziale Perspektive** (vgl. Kapitel 1.2.1), die **Betrachtung der Person im Kontext von Situation und Lebenslauf** (vgl. Kapitel 1.2.2) sowie **Erkenntnisse aus der Stress- und Gesundheitsforschung** (vgl. Kapitel 1.2.3).

1.2.1 Die bio-psycho-soziale Perspektive

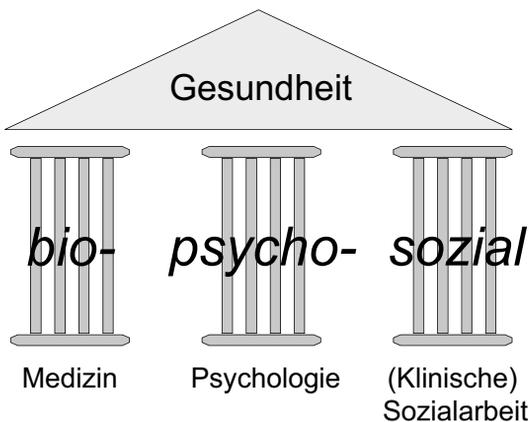
Sind es die Gene oder ist es die Umwelt? Diese Frage des „entweder-oder“ stellt sich lange nicht mehr, Körper- und Persönlichkeitsmerkmalen wie Krankheiten und psychischen Störungen liegt ein dynamisches Zusammenspiel aus Anlage und Umwelt zugrunde. Das Gehirn ist plastisch, psycho-soziale Erfahrungen beeinflussen die neuronale Entwicklung und Vernetzung, infolge frühkindlicher Traumatisierung entstehen beispielsweise „Stressnarben“ im Gehirn (Wettig 2010). Ebenso wird diskutiert, ob Essstörungen im Jugendalter „biologische Narben“ hinterlassen und dies nachfolgende psychische Probleme im Erwachsenenalter bedingen bzw. wahrscheinlicher machen könnte (Herpertz-Dahlmann et al. 2011a). Dass an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen sowohl biologische und psychologische als auch soziale und soziokulturelle Faktoren beteiligt sind, ist unumstritten. Menschen mit Essstörungen sind in ihrer psycho-sozialen und beruflichen Anpassung deutlich beeinträchtigt (Tchanturia et al. 2013a) und benötigen spezifische Unterstützung in diesem Bereich.

Aus soziologischem Blickwinkel beschreibt die **Soziogenese von Gesundheit bzw. Erkrankungen und Störungen** den Einfluss der Gesellschaft auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung (Dorner und Rieder 2010). Strotzka (1965; nach Pauls 2011, S. 119) unterscheidet drei Formen der So-

ziogenese: bei der direkten oder primären Soziogenese stehen soziale und Umweltfaktoren im Vordergrund der multifaktoriellen Kausalität, das Risiko einer Erkrankung kann nicht vom Einzelnen gesteuert werden. Bei der sekundären oder indirekten Soziogenese sind die Probleme zwar in erster Linie organisch oder durch individualpsychologische Schicksalsschläge verursacht, jedoch spielen im Hintergrund soziale Faktoren eine bedeutende Rolle. Die sozialen Bedingungen beeinflussen also indirekt über das Verhalten und den Lebensstil des einzelnen den Gesundheitsstatus (Dorner und Rieder 2010). Die tertiäre Soziogenese meint, dass die soziale Umwelt auf Krankheitsbild und -verlauf einwirkt, jedoch nicht zentral ist für die Entstehung; dies trifft für alle Störungen und Krankheitsbilder zu. Im Falle der Essstörungen ist von einer sekundären Soziogenese auszugehen.

Somit ruhen Gesundheit wie auch Krankheit auf drei Säulen: der biologischen, die somatische Vorgänge umfasst, der psychologischen und der sozialen. Abbildung 1 veranschaulicht das bio-psycho-soziale, bisweilen zur Betonung der sozialen Perspektive auch als sozio-psycho-somatisch bezeichnete Modell. Auch das Gesundheitssystem sollte gleichermaßen von den drei Säulen getragen werden, jeder sollte die gleiche Bedeutung in der Behandlung gesundheitlicher Probleme zukommen und alle drei sollten sich aufeinander beziehen und einander integrieren. Davon jedoch sind wir in Deutschland noch ein Stück weit entfernt. Die Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit will dem weiter entgegenwirken und die soziale Säule stärken.

Abbildung 1: Das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit



1.2.2 Betrachtung der Person im Kontext von Umwelt und Lebenslauf

Die Lebensweise eines Menschen ist stets im Kontext seiner Lebenslage, seines gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Umfelds zu sehen (Stichwort: **Person-in-Environment, Lebensweltorientierung**) – dies betonte Mary Richmond schon in den 1920er Jahren, rund 30 Jahre später Kurt Lewin in seiner Feldtheorie und weiterhin Hans Thiersch. Lebensweise und Lebenslage können wiederum nur im Kontext der Entwicklung eines Menschen verstanden werden.

Entwicklung lässt sich dabei in Anlehnung an Havighurst als Bewältigung von **Entwicklungsaufgaben** definieren (vgl. zusammenfassend Fuhrer 2012); bei unzureichender Bewältigung einer Aufgabe können nicht alle Ressourcen adäquat mobilisiert und genutzt werden, so dass die weitere Entwicklung gefährdet ist (Kirchweger 2010). Essstörungen beginnen üblicherweise im Jugendalter, einer Phase, in der eine Reihe wichtiger Aufgaben ansteht: Autonomie und Ablösung vom Elternhaus, Entwicklung einer stabilen Identität, Festigung moralischer Überzeugungen, Aufnahme intimer Liebesbeziehungen, berufliche Orientierung, Auseinandersetzung mit dem sich verändernden eigenen Körper. Entstehung, Aufrechterhaltung und Überwindung einer Essstörung sind oftmals eng mit diesen Entwicklungsaufgaben verknüpft.

Ob eine Entwicklungsaufgabe bewältigt werden kann, hängt dabei ebenso von biologischen und psychologischen Ressourcen des Individuums ab wie von den Ressourcen, die das soziale Umfeld bietet und den Anforderungen, die es an den einzelnen stellt – wiederum sind also alle drei Säulen beteiligt. Ablösung vom Elternhaus erfordert, dass Mutter und Vater ihr Kind „flügge“ werden lassen, mit der Vorstellung des „leeren häuslichen Nests“ zurechtkommen. Berufliche Orientierung hängt unter anderem von gesellschaftlichen Gegebenheiten, Chancen und Grenzen ab, beispielsweise von der Verfügbarkeit von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen. Wer verstehen will, warum für eine Jugendliche mit Anorexie die Mutter zur „besten Freundin“ und engsten Bezugsperson wird, warum ein Jugendlicher mit Bulimie es nicht schafft, seinen Tag zu strukturieren und einer regelmäßigen Arbeit nachzugehen, muss die Person im Kontext ihrer Entwicklung und ihrer Situation sehen.

Pauls (2011, S. 63 f.) nennt entsprechend sechs Leitlinien eines **integrativen klinischen Verständnisses menschlicher Entwicklung**:

1. *„Der Mensch ist ein aktives, selbstgestaltendes Wesen, das in fundamentaler Weise auf soziale Bindungen angewiesen ist und Bindungserfahrungen verinnerlicht.*

2. *Die Entwicklung und das Verhalten des Einzelnen vollziehen sich immer in sich historisch wandelnden sozialen und ökologischen Kontexten. (...)*
3. *Menschen entwickeln und verändern sich in der gesamten Lebensspanne. (...)*
4. *Erleben und Verhalten entwickeln sich als kreative Anpassung des Organismus und der Person an die soziale Umgebung. (...)*
5. *Es gibt Spielräume, Chancen und Grenzen für eine Entwicklungsförderung und für individuelle Veränderung im Rahmen sozialer Maßnahmen. (...)*
6. *Die Entstehung psycho-sozialer Störungen ist ein prozesshafter Vorgang im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Bedingungsgefüges.“*

Entsprechend muss Klinische Sozialarbeit nicht nur am Individuum, seiner leiblich-biologischen und psychischen Dimension ansetzen, sondern eben auch an sozialen Beziehungen, gesellschaftlichen Bedingungen und Strukturen sowie der materiellen und physikalischen Umwelt. Und die SozialarbeiterIn kann per se kein Expertenwissen haben, was für die KlientIn gut und richtig ist, sondern muss sich mit ihr in einen fortwährenden Aushandlungsprozess begeben und die eigenen Überzeugungen und Erkenntnisse immer wieder in Frage stellen.

1.2.3 Erkenntnisse aus der Stress- und Gesundheitsforschung

Stress kann der Gesundheit schaden und das Risiko für die Entwicklung psychischer Problemlagen erhöhen. Was jedoch als Stressor erlebt wird, ist individuell unterschiedlich und hängt auch von der jeweiligen Wahrnehmung und Bewertung und den verfügbaren Ressourcen ab – die wiederum in persönliche (physische, psychische, interaktionelle oder relationale, ökonomische) und Umweltressourcen unterteilt werden können (Schubert und Knecht 2012). Stressoren werden also je nach Entwicklungskontext und Situation beurteilt und sind somit wiederum Ergebnis von Lebenslage und Lebensweise.

Häufig verwendete Modelle in diesem Kontext sind das im Folgenden beschriebene **Vulnerabilitäts-Stress-Modell** sowie das **doppelte ABCX-Modell**. **Soziale Unterstützung** gilt als wesentliche Ressource und kann auch die Wahrnehmung vorhandener Stressoren verändern. Insgesamt geht die Entwicklung hin zu einer ressourcenorientierten Sicht, was sich in der Forschung zu **Salutogenese** und **Resilienz** widerspiegelt.

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Lazarus und Launier (1981) beschreiben Stress in ihrem transaktionalen Modell als Wechselwirkung und Ungleichgewicht aus Anforderungen und Bewältigungsmöglichkeiten und räumen der subjektiven Bewertung einen wesentlichen Stellenwert ein. Das in der klinischen und Gesundheitspsychologie vielfach propagierte Vulnerabilitäts- oder Diathese-Stress-Modell geht davon aus, dass die Entstehung von Stress vor dem Hintergrund individueller Vulnerabilitäten bzw. Prädispositionen für Krankheiten und Störungen zu sehen ist. Es ist auch in seiner Nomenklatur defizitorientiert ausgerichtet, neuere Ansätze berücksichtigen allerdings durchaus Schutzfaktoren und Ressourcen. So kann eine schwere Belastung zu Resignation und Krankheit führen, aber auch zu seelischem Wachstum, wenn sie beispielsweise infolge sozialer Unterstützung adäquat bewältigt werden kann.

Das doppelte ABCX-Modell

Reichen die Bewältigungsmöglichkeiten in einer schwierigen Lebenssituation nicht aus, kann es zu einer Kumulation von Stressoren kommen, wie sie das doppelte ABCX-Modell von McCubbin und Patterson beschreibt (vgl. Schneewind 2010). Es unterstreicht die wesentliche Bedeutung kognitiver Prozesse: Wie wird der Stressor eingeordnet, wem schreibe ich die Verantwortung für meine missliche Situation zu, traue ich mir zu, die Krise zu überwinden (Stichwort: Kontrollüberzeugungen, Selbstwirksamkeit)? Die Bewältigung des Stressors (A) ist bedingt durch dessen Wahrnehmung (C) und die vorhandenen Ressourcen (B). Es kommt zu einer Krise (X), die in einer Anhäufung von Stressoren resultieren kann. Wie diese bewältigt werden, hängt wiederum ab von der Einschätzung der neuen Situation und den aktuellen Copingmöglichkeiten – so entsteht ein neues „ABCX“, daher der Name „doppeltes“ Modell.

Soziale Unterstützung als zentrale Ressource

Zentral zur Bewältigung von Stressoren und Krisen ist soziale Unterstützung (Dehmel 2008; Kienle et al. 2006). Diese kann auf unterschiedliche Weisen erfolgen (Pauls 2011): emotional, in Form von positivem sozialem Kontakt, informationell, instrumentell (z.B. finanzielle Unterstützung), als konkrete Hilfe bei Alltagsproblemen und in Form von Bewertungs- und Einschätzungsunterstützung, die beispielsweise eine Umbewertung der gegebenen Situation erleichtert. Soziale Unterstützung führt dann unter anderem auch zu einem anderen Erleben, einer anderen Einschätzung von Stressoren: sie erscheinen als weniger beeinträchtigend und eher bewältigbar. Zudem vermittelt soziale Unterstützung Geborgenheit, soziale Integration, das Gefühl gebraucht zu werden, Selbstwertbestätigung und Orientierungsmöglichkeiten an anderen Menschen (Ningel 2011).

Die große Bedeutung sozialer Unterstützung in Paarbeziehungen belegt die Forschung der Gruppe um Guy Bodenmann (2008). So nimmt das „dya-dische Coping“, also der gegenseitige Beistand in Stresssituationen, starken Einfluss auf die Funktionsfähigkeit und Zufriedenheit in Beziehungen. Freilich kann soziale Unterstützung auch negativ wirken: Wenn beispielsweise die PartnerIn Hilfe nur anbietet, um „das Genörgel“ des anderen abzustellen, wenn eigennützige Ziele verfolgt werden oder eine Bewertung verfestigt wird, die der Überwindung der Krise entgegensteht. Auch in diesen Fällen zeigt sich jedoch – gleichsam von der anderen Seite der Medaille – die große Bedeutung sozialer Beziehungen.

Klinische Sozialarbeit kann in diesem Sinne als „social support“ verstanden werden und arbeitet an und mit den sozialen Beziehungen der Betroffenen und an ihrem Verständnis und ihrer Wahrnehmung von Beziehungen (Dehmel 2008).

Salutogenese statt Pathogenese

Die Welt-Gesundheits-Organisation WHO definierte 1946 Gesundheit als Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Zwar ist hierbei der bio-psycho-soziale Ansatz berücksichtigt, doch setzt die Formulierung „vollkommenen Wohlbefindens“ einen hohen Anspruch. Auch mit Behinderungen und Beschwerden kann sich eine Person gesund fühlen, Gesundheit und Krankheit haben einen subjektiven Aspekt, werden also interindividuell unterschiedlich wahrgenommen und definiert (Ansen 2008). Entsprechend beschrieb der israelisch-amerikanische Soziologe Aaron Antonovsky in den 1970er Jahren Gesundheit als dimensionales Geschehen; demnach gibt es nicht gesund oder krank, sondern ein Kontinuum zwischen beiden Polen (Antonovsky 1997, 1979). Antonovsky setzt der pathogenetisch orientierten medizinischen Sichtweise die Salutogenese entgegen und fragt nicht danach, was Personen vulnerabel für Erkrankungen macht, sondern was es ihnen ermöglicht, trotz widriger Umstände gesund zu bleiben – beispielsweise trotz der Erfahrung einer Deportation im nationalsozialistischen Deutschland.

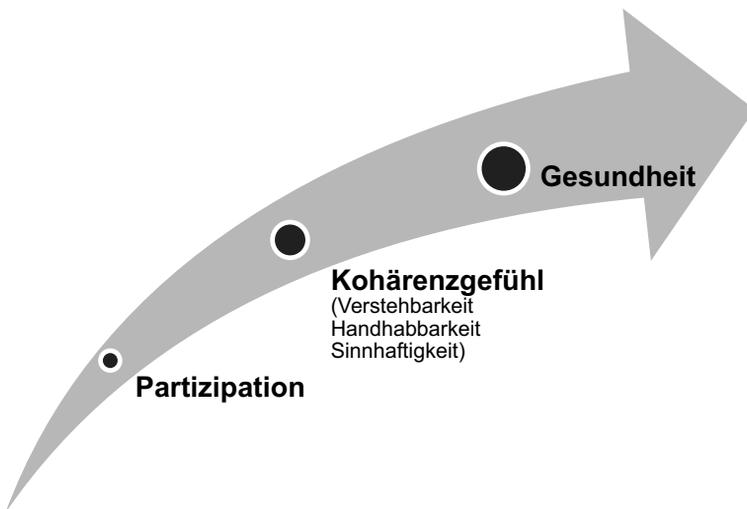
Die Antwort auf diese Frage findet er im Kohärenzgefühl (oder Kohärenzsinn), das das Vertrauen eines Individuums beinhaltet, dass die Anforderungen und Herausforderungen in seinem Leben verstehbar und vorhersagbar („sense of comprehensibility“), handhabbar („sense of manageability“) und bedeutsam sind („sense of meaningfulness“) bzw. dass ihre Bewältigung Sinn macht.

Das Kohärenzgefühl hängt seinerseits vom Zugang zu generalisierten **Widerstandsressourcen** ab, die im Individuum (z.B. körperliche Ressourcen, Intelligenz, Bildung, Ich-Stärke), sozialen Nahraum (soziale Beziehungen, sich zugehörig und selbstwirksam erleben), auf gesellschaftlicher Ebene

(Anerkennung, Teilhabe und Sicherheit) und im kulturellen Kapital angesiedelt sind (im Sinne tragfähiger Wertorientierungen) (Keupp 2012b). Die Widerstandsressourcen entsprechen den Verwirklichungschancen oder „Capabilities“ nach Amartya Sen.

Als Grundlage des Kohärenzgefühls begreift Antonovsky **Partizipation** (vgl. Abbildung 2): Nur wer mitbestimmen und Verantwortung übernehmen kann, wird Herausforderungen positiv erleben. Und hier kommt wieder die soziale Mitbedingtheit von Gesundheit ins Spiel: Auch wenn die Ottawa-Charta von 1986 bereits allen Menschen gleichen Zugriff auf Gesundheitsressourcen versprach, herrscht auch fast 40 Jahre später diesbezüglich starke soziale Ungleichheit – selbst in einem Sozialstaat wie Deutschland. Wie man wohnt, welchen Zugang man zur Gesundheitsversorgung hat, wie viel man in seine Gesundheit investiert und in welchem Ausmaß man Stress und Belastung erlebt, ist nicht zuletzt vom sozioökonomischen Status abhängig. Arme Kinder sind in Deutschland in deutlich höherem Maße materiell, kulturell, sozial und gesundheitlich unterversorgt als nicht-arme Kinder (Biwo und Hammer 2010). Wer sozial benachteiligt ist, erlebt Demoralisierung in Form von Selbstzweifeln und Zukunftsangst – und damit das Gegenteil von Kohärenzgefühl (Mühlum 2002).

Abbildung 2: Das Kohärenzgefühl nach Aaron Antonovsky (1979; 1997)



Von Vulnerabilität zu Resilienz

Der salutogenetische Ansatz ergänzt das bio-psycho-soziale Modell insofern, als er die Gesundheit und damit die Ressourcen von Menschen und sozialen Systemen, in den Vordergrund stellt. Gleiches gilt für die Resilienzforschung. **Resilienz ist dabei zu verstehen als Widerstandsfähigkeit gegenüber belastenden Umständen bzw. hohes Funktions- oder Anpassungsniveau trotz hoher Belastung** (Deegener et al. 2009; Reimann und Hammelstein 2006). Hohe Anpassung bei niedrigem Belastungsniveau wird hingegen als Kompetenz bezeichnet. Geringe Anpassungs- und Funktionsfähigkeit tritt bei niedriger Belastung als Vulnerabilität in Erscheinung und mündet bei hoher Belastung in eine gestörte Entwicklung.

Resilienz ist ein relationales Konstrukt, kein Persönlichkeitsmerkmal, insofern als sie das Ergebnis der Auseinandersetzung der Person mit den Einwirkungen bzw. dem Zusammenwirken verschiedener Risiko- und Schutzfaktoren darstellt (Schubert 2012).

Krisen im Lebenszyklus können von resilienten Personen gemeistert werden und dann Chancen zum Wachstum bieten (Fröhlich-Gildhoff et al. 2010). Es stehen genügend Ressourcen für eine gute Anpassungsleistung zur Verfügung.

1.3 Zusammenfassung

Klinische Sozialarbeit stellt die „soziale Säule“ im Verständnis von Gesundheit und Krankheit und im Gesundheitssystem dar. Grundlagen sind die bio-psycho-soziale Perspektive und das Verständnis von Stressoren und Schwierigkeiten im Kontext von Entwicklung und Situation. Soziale Ressourcen spielen dabei eine wesentliche Rolle in der Bewältigung von Krisen wie auch als Basis für Resilienz.

Im Folgenden wird folglich das bio-psycho-soziale Modell zur Strukturierung der Pathogenesefaktoren verwendet, ferner werden Entwicklungsaufgaben beleuchtet, die bei Essstörungen eine Rolle spielen. Der Fokus auf die sozialen Aspekte der Essstörung zieht sich durch das gesamte Buch, ebenso die explizite Ressourcenorientierung.

Inwiefern sich die Klinische Sozialarbeit an Diagnosen ausrichten sollte, ist umstritten. Gebbe und Riecken (2011, S. 170) sprechen sich dafür aus und fordern einen Paradigmenwechsel in der Klinischen Sozialarbeit: „Nicht die Zuschreibung einer Diagnose ist problematisch, sondern die Ausblendung des klinischen Befundes und das daraus resultierende Fehlen von Störungswissen und -verständnis“. Dass auch die Zuschreibung einer Diagnose freilich problematisch sein kann, zeigt Kapitel 5.4. Doch ist ein grundlegendes Verständnis der Kernsymptome und Ursachen unabdingbar, will man Men-

schen mit Essstörungen in der Sozialen Arbeit wirkungsvoll unterstützen. Entsprechend widmen sich die folgenden Kapitel den Merkmalen und Entstehungsbedingungen von Anorexie, Bulimie, Binge-Eating-Störung und weiteren Formen von Essstörungen.