



Eva Wunderer

Praxishandbuch Soziale Arbeit mit Menschen mit Essstörungen

BELTZ JUVENTA

Leseprobe aus: Wunderer, Praxishandbuch Soziale Arbeit mit Menschen mit Essstörungen, ISBN 978-3-7799-2996-3
© 2015 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-2996-3>

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 Ausbauarbeit 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 nomopragmatische 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 multiprofessionelle 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

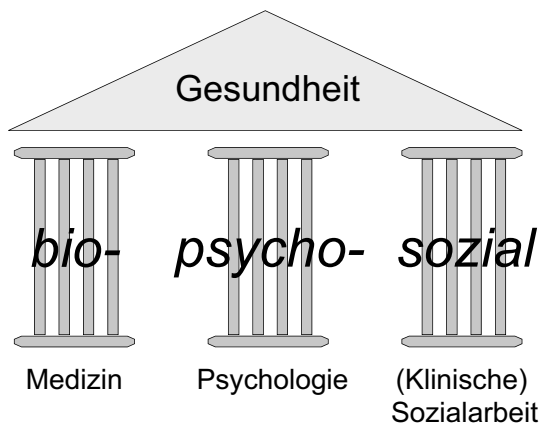
Sind es die Gene oder ist es die Umwelt? Diese Frage des „entweder-oder“ stellt sich lange nicht mehr, Körper- und Persönlichkeitsmerkmalen wie Krankheiten und psychischen Störungen liegt ein dynamisches Zusammenspiel aus Anlage und Umwelt zugrunde. Das Gehirn ist plastisch, psycho-soziale Erfahrungen 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.

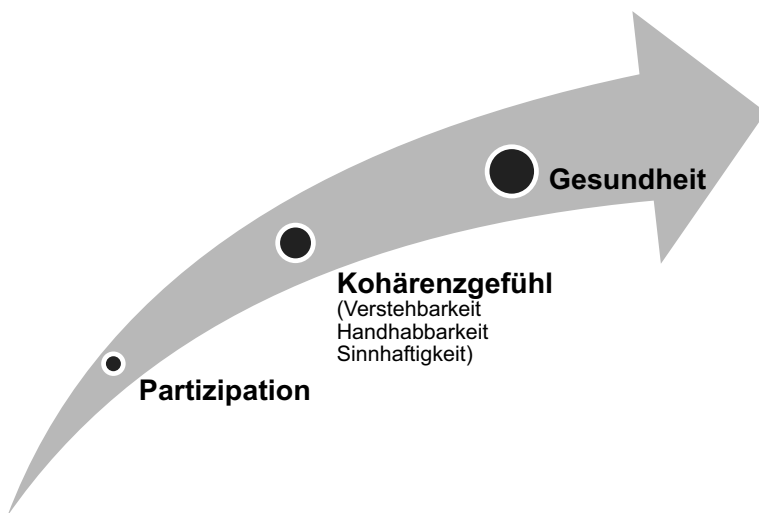
Die Antwort auf diese Frage findet er im Kohärenzgefühl (oder Kohärenzsinn), das das Vertrauen eines Individuums beinhaltet, dass die Anforderungen und Herausforderungen in seinem Leben verstehbar und vorhersagbar („sense of comprehensibility“), handhabbar („sense of manageability“) und bedeutsam sind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