

Autorin: Celine Desiree Hausner, B.A.

Auf dem Weg zur Selbstbestimmung

*Existenzanalytische Perspektiven in der Begleitung
von Menschen mit Essstörungen*

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts

in der Studienrichtung Sozialpädagogik

eingereicht an der

Universität Graz

Umwelt-, Regional- und Bildungswissenschaftliche Fakultät

Betreuung und Begutachtung:

Univ.- Prof. Dr.phil. Arno Heimgartner

Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft

2024

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei all den lieben Menschen bedanken, die mich während meines Studiums und dem Verfassen dieser Masterarbeit begleitet und unterstützt haben.

Insbesondere danke ich meinen Eltern, die mir das Studieren überhaupt erst ermöglicht und immer ein offenes Ohr für mich haben.

Ich danke meinem Freundeskreis und meinem Partner für all die energiebringenden und spaßigen Erlebnisse sowie Herrn Prof. Dr. Arno Heimgartner für den professionellen Support der Masterarbeit und die vielen spannenden Lehrinhalte.

Des Weiteren möchte ich mich bei allen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern für eure Zeit, die Expertise und die tiefen Einblicke in euren beruflichen Alltag bedanken.

Mit Abschluss dieses Masterstudiums beginnt ein neues Kapitel in meinem Leben. Ich werde mit Freude auf die vergangenen Jahre zurückblicken und mit Zuversicht in die Zukunft schauen!

Kurzzusammenfassung

Die folgende Masterarbeit befasst sich mit dem psychischen Erkrankungsbild der Essstörungen. Neben der Anorexia nervosa, der Bulimia nervosa und der Binge Eating Störung werden auch a-typische Formen erwähnt, obgleich der Fokus auf den drei Hauptformen liegt. So komplex Essstörungen auch sind, so sind es auch die möglichen Behandlungsansätze. Dabei ist auf eine gute Vernetzung der unterschiedlichen Professionen zu achten, um Betroffenen eine ganzheitliche Begleitung zu ermöglichen. Die Psychotherapierichtung der Existenzanalyse begegnet Menschen in einer offenen und verstehenden Haltung. Für viele Berufsgruppen aus dem Feld der Sozialen Arbeit könnte es hilfreich sein, sich diese besondere Herangehensweise näher anzuschauen. Für die Begleitung von Menschen mit Essstörungen auf ihrem Weg hin zu einem selbstbestimmteren Leben bedeutet das, sich als Professionelle*r mit grundlegenden Themen des Lebens auseinanderzusetzen und dabei auf eine achtsame Atmosphäre zu achten, die Veränderung sowie persönliches Wachstum ermöglicht, Halt gibt und Autonomie fördert. Der Mensch steht in diesem Prozess stets im Mittelpunkt, nicht die Erkrankung.

Um herauszufinden, wie Menschen, die an einer Essstörung leiden, gut begleitet werden können, wurden im Rahmen dieser Arbeit Expert*inneninterviews durchgeführt. Diese wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen die Wichtigkeit des Themas und repräsentieren die essentiellen Bestandteile einer wertvollen Begleitung aus existenzanalytischer Perspektive.

Abstract

The following master's thesis deals with the mental illness of eating disorders. In addition to anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder, atypical forms are also mentioned, although the focus is on the three main forms. As complex as eating disorders are, so are the possible treatment approaches. It is important to ensure good networking between the different professions in order to provide those affected with holistic support.

The psychotherapeutic approach of existential analysis meets people with an open and understanding attitude. For many professionals in the field of social work, it could be helpful to take a closer look at this particular approach. For accompanying people with eating disorders on their way to a more self-determined life, this means that for professionals, it is essential to engage with fundamental life issues while maintaining a mindful atmosphere that allows for change and personal growth, offers support, and fosters autonomy. In this process, the person is always at the center, not the illness.

In order to find out how people who suffer from an eating disorder can be well supported, expert interviews were carried out as part of this work. These were evaluated using qualitative content analysis. The results show the importance of the topic and represent the essential components of valuable support from an existential analysis perspective.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----------|
| THEORETISCHER TEIL | 7 |
| <hr/> | |
| 1 EINLEITUNG | 8 |
| <hr/> | |
| 2 ESSSTÖRUNGEN | 10 |
| <hr/> | |
| 2.1 KLASSIFIKATION UND DIAGNOSE | 11 |
| 2.1.1 ANOREXIA NERVOSA | 11 |
| 2.1.2 BULIMIA NERVOSA | 13 |
| 2.1.3 BINGE-EATING-DISORDER | 14 |
| 2.1.4 ANDERE A-TYPISCHE ESSSTÖRUNGEN | 15 |
| 2.2 KOMORBIDITÄTEN | 15 |
| 2.3 URSACHEN UND AUSLÖSER | 17 |
| 2.4 GÄNGIGE BEHANDLUNGSANSÄTZE | 19 |
| 2.4.1 MULTIPROFESSIONALITÄT | 22 |
| 2.4.2 PSYCHOEDUKATION | 22 |
| 2.4.3 HERAUSFORDERUNGEN UND BESONDERHEITEN | 24 |
| | |
| EXKURS: NUTRITIONAL PSYCHIATRY | 26 |
| <hr/> | |
| 3 LOGOTHERAPIE UND EXISTENZANALYSE (EA) | 27 |
| <hr/> | |
| 3.1 DIE BEGRÜNDUNG DER LOGOTHERAPIE UND EXISTENZANALYSE | 28 |
| 3.2 DAS MENSCHENBILD IN DER EXISTENZANALYSE | 29 |
| 3.3 PHÄNOMENOLOGIE | 30 |
| 3.4 EXISTENZIELLE KOMMUNIKATION | 31 |
| 3.5 DIE VIER GRUNDMOTIVATIONEN DER EXISTENZANALYSE | 33 |
| 3.6 EXISTENZANALYSE UND ESSSTÖRUNGEN | 36 |
| 3.7 DAS PSYCHOSOMATISCHE STÖRUNGSMODELL DER EXISTENZANALYSE | 38 |
| 3.8 „SELBSTBESTIMMUNG“ IM SINNE DER EXISTENZANALYSE - BEGRIFFSANNÄHERUNG UND DEFINITIONSVERSUCH | 39 |
| | |
| 4 EXISTENZIELLE PÄDAGOGIK | 42 |
| <hr/> | |
| 5 SOZIALE ARBEIT MIT MENSCHEN MIT ESSSTÖRUNGEN | 44 |
| <hr/> | |
| 5.1 BEZIEHUNG UND VERTRAUEN | 44 |
| 5.2 SELBSTWERT (STÄRKEN) | 46 |
| 5.3 DIE ZUSAMMENARBEIT MIT ANGEHÖRIGEN | 47 |
| 5.4 PRÄVENTIONSMÖGLICHKEITEN | 48 |
| | |
| 6 AUSGEWÄHLTE EXISTENZIELLE ASPEKTE IN DER BEGLEITUNG VON MENSCHEN MIT ESSSTÖRUNGEN | 50 |
| <hr/> | |
| 6.1 NAHRUNG ALS GRUNDBEDÜRFNIS MENSCHLICHER EXISTENZ | 51 |
| 6.2 SUCHTMECHANISMEN BEI ESSSTÖRUNGEN | 52 |
| 6.3 KÖRPERBILD UND EXISTENZIELLE KÖRPERARBEIT | 53 |
| 6.4 BEHANDLUNGSKOSTEN UND FINANZIERUNGSMÖGLICHKEITEN | 58 |

| | |
|---|------------------|
| <u>7 WICHTIGE ADRESSEN: ANLAUFSTELLEN UND NOTRUFNUMMERN IN DER STEIERMARK</u> | <u>60</u> |
| <u>EMPIRISCHER TEIL</u> | <u>62</u> |
| <u>8 EMPIRISCHES INTERESSE</u> | <u>63</u> |
| <u>9 ETHIK UND DATENSCHUTZ</u> | <u>65</u> |
| <u>10 EMPIRISCH-METHODISCHES VORGEHEN</u> | <u>67</u> |
| 10.1 ENTSCHEIDUNG DES THEMAS & WAHL DER FORSCHUNGSFRAGE | 67 |
| 10.2 QUALITATIVE FORSCHUNG: LEITFADENGESTÜTZTE EXPERT*INNENINTERVIEWS | 69 |
| 10.3 AUSWAHL DER EXPERT*INNEN | 69 |
| 10.4 ZUGANG, KONTAKTAUFNAHME & TERMINVEREINBARUNG | 73 |
| 10.5 ERSTELLUNG DES INTERVIEWLEITFADENS | 74 |
| 10.6 PRETEST | 75 |
| 10.7 DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS | 75 |
| 10.8 TRANSKRIPTION | 76 |
| 10.9 AUSWERTUNG: QUALITATIVE INHALTSANALYSE NACH KUCKARTZ UND RÄDIKER (2022) | 77 |
| <u>11 ERGEBNISDARSTELLUNG</u> | <u>81</u> |
| 11.1 PHÄNOMEN ESSSTÖRUNG | 81 |
| 11.2 EXISTENZANALYTISCHE HALTUNG | 87 |
| 11.3 MULTIPROFESSIONELLE BEHANDLUNG UND BEGLEITUNG | 90 |
| 11.4 BEDINGUNGEN | 91 |
| 11.5 SELBSTBESTIMMUNG | 96 |
| 11.6 ANGEHÖRIGE UND ANGEHÖRIGENARBEIT | 97 |
| 11.7 HERAUSFORDERUNGEN | 101 |
| 11.8 ZUKUNFTSWÜNSCHE | 103 |
| <u>12 DISKUSSION & SCHLUSSFOLGERUNGEN</u> | <u>108</u> |
| <u>13 FAZIT</u> | <u>110</u> |
| <u>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</u> | <u>112</u> |
| <u>LITERATURVERZEICHNIS</u> | <u>113</u> |
| <u>ANHANG</u> | <u>119</u> |

Theoretischer Teil

1 Einleitung

Essstörungen sind weder Modethema noch Trend. Eine Essstörung ist eine ernstzunehmende psychiatrische Erkrankung, die schwere Folgen haben kann. Nicht umsonst wird die Anorexia nervosa, auch bekannt unter dem Begriff der Magersucht, als die tödlichste psychiatrische Erkrankung bezeichnet (Jacobi & Beintner, 2021). So ist die Mortalitätsrate im Vergleich zur restlichen Bevölkerung um den Faktor 5-10 erhöht (Zipfel et al., 2022).

Eine frühzeitige Erkennung sowie eine multidisziplinäre Begleitung und Behandlung kann Betroffene jedoch gut auf ihrem Weg konstruktiv unterstützen. Deswegen sollte genug Wissen rund um das Thema vorhanden sein, um die Person bei Verdacht achtsam darauf ansprechen zu können und damit eventuell einen ersten Schritt in Richtung positiver Veränderung zu bewirken.

Menschen mit Essproblemen sind vor allem Menschen - sie möchten gesehen, gehört und ernst genommen werden. Zu sagen „Hey, mir ist aufgefallen, dass du dich in letzter Zeit eher zurückziehst. Mich interessiert, wie geht es dir? Weil du bist mir wichtig“ kann bereits ein erstes Gespräch ermöglichen.

Zudem geht es bei dieser Erkrankung eigentlich nicht ums Essen. Vielmehr sind es dahinterliegende innerpsychische Dynamiken, die sich durch Verletzungen, traumatische Ereignisse oder enttäuschende Beziehungserfahrungen entwickelt haben und die Aufgabe tragen, das Überleben der betroffenen Person zu sichern. Das zu viel oder zu wenig Essen, die regulierenden Maßnahmen wie das Erbrechen nach dem Essen oder exzessives Sporttreiben sind als Symptome zu betrachten.

In der Begleitung und Behandlung von Menschen mit Essstörungen kommen im Idealfall mehrere Disziplinen zusammen, unter anderem Medizin, Diätologie, Soziale Arbeit, Psychologie und Psychotherapie. Hierbei wird im Bereich der Psychotherapie häufig auf verhaltenstherapeutische Interventionen und systemische Therapieverfahren zurückgegriffen. Auch humanistische Ansätze, Elemente der Personzentrierten Psychotherapie oder der Existenzanalyse, werden zur Behandlung von Menschen mit Essstörungen herangezogen.

In dieser Arbeit sollen die Themengebiete Essstörungen, Existenzanalyse sowie Soziale Arbeit näher beleuchtet, miteinander verknüpft und in Beziehung zueinander gebracht

werden. Es wird versucht, Bezug auf aktuelle Behandlungsansätze und die daraus resultierenden Möglichkeiten und Herausforderungen für professionelle Begleiter*innen zu nehmen, wobei die existenzanalytische Perspektive immer wieder in den Fokus gerückt wird.

Die Frage „*Wie können Menschen, die an einer Essstörung leiden, gut begleitet werden, um ein selbstbestimmtes Leben zu führen?*“ soll mittels bereits vorhandener Fachliteratur sowie mithilfe von Expert*innen-Interviews beantwortet werden. Aus der primären Forschungsfrage lassen sich weitere Unterfragen ableiten, die insbesondere in den Expert*inneninterviews Beachtung finden:

- *Wie blickt die Existenzanalyse auf das Erkrankungsbild der Essstörung?*
- *Welche Fähigkeiten sollten professionelle Begleiter*innen mitbringen?*
- *Welche Herausforderungen ergeben sich in der Begleitung von Menschen mit Essstörungen?*
- *Was wäre wünschenswert für die Zukunft, um Menschen, die an einer Essstörung leiden, noch besser unterstützen zu können?*
- *Wie können Angehörige unterstützt werden?*
- *Was versteht die Existenzanalyse unter dem Begriff „Selbstbestimmung“?*

Obwohl die Begriffe Behandlung und Begleitung im Regelfall differenziert zu betrachten sind, möchte ich die Überlegung voranstellen, dass die Begleitung von Menschen mit Essstörungen das Zusammenfließen von diversen (später noch genauer beschriebenen) Professionen impliziert und insbesondere Perspektiven der existenzanalytischen Psychotherapie auf dem Weg zur Selbstbestimmung hilfreich sind. Mit dem Begriff Begleitung sind demnach in dieser Masterarbeit alle Maßnahmen gemeint, die der Unterstützung von Betroffenen dienen, egal ob professioneller oder privater Natur.

2 Essstörungen

Sich selbst zu ernähren hat bereits Viktor Frankl als einen Akt der Selbstfürsorge beschrieben (Mörkl & Várnagy, 2024). Menschen mit einer Essstörung leiden, wie der Name der Erkrankung schon vermuten lässt, an einem problematischen Essverhalten. Dieses kann sich beispielsweise in Hungern oder einer überdurchschnittlich großen Menge an Nahrungsaufnahme zeigen, aber auch durch regelmäßiges Erbrechen oder eine restriktive Ernährungsweise. Das Gewicht spielt hierbei eine große Rolle, vor allem, wenn es in einem für den Körper gefährlich niedrigen Bereich liegt. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass dieses nicht ausschlaggebend für die Diagnose einer Essstörung sein muss. Bulimische Patient*innen können zum Beispiel ein Gewicht haben, welches sich im „Normbereich“ befindet, trotzdem jedoch ein problematisches Essverhalten im Sinne von Essanfällen aufweisen.

Es ist immer eine Definitions- und Ansichtsfrage, ab wann von einer Essstörung gesprochen werden kann. Diese Arbeit bezieht sich bei Verwendung des Begriffs „Essstörung“ immer auf chronisch problematisches Essverhalten, welches in der Symptomatik den Kriterien des Diagnosesystems ICD 10 bzw. 11 entspricht und für Betroffene mit einem erheblichen Leidensdruck verbunden ist.

Im Folgenden sollen die drei am häufigsten vorkommenden Arten von Essstörungen, nämlich die Anorexia nervosa (AN), die Bulimia nervosa (BN) und die Ess-Sucht bzw. Binge Eating Disorder (BED) skizziert werden.

Auf atypische Formen oder Unterformen sowie näher und nicht näher bezeichnete Essstörungen wie beispielsweise die Pica, die Purging-Störungen, die AFRID sowie die Orthorexie oder die Ruminationsstörung wird in diesem Kapitel nicht näher eingegangen, obgleich mit dem Begriff der Essstörung in dieser Arbeit jede mögliche Art und Ausprägung gemeint ist.

2.1 Klassifikation und Diagnose

Zur Diagnose einer Essstörung kann entweder nach dem internationalen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation, dem ICD-10 (bzw. dem seit 2022 in Kraft getretenen ICD-11) oder dem amerikanischen Äquivalent, dem DSM-5, vorgegangen werden. Die „Fütter- oder Essstörungen“ werden im ICD-11 der Kennziffer 06 zugeordnet und zählen damit zu der Kategorie „Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen“.

Eine Essstörung ist eine psychiatrische Erkrankung, welche sich in hohem Maße durch ihre psychosomatische Dimension auszeichnet und damit auch körperliche Gefahren mit sich bringt. Sie rein auf Körper- oder Verhaltensebene zu betrachten, wäre aufgrund dieses hohen Zusammenhangs fahrlässig.

Zur Diagnose einer Essstörung wird häufig der BMI (Body Mass Index) herangezogen, welcher einen gewissen Normbereich vorgibt und dadurch Abweichungen sichtbar macht. Er errechnet sich durch das Verhältnis von Körpergewicht zu quadrierter Körpergröße (kg/m^2). Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen sollte darauf geachtet werden, dass sich die Berechnung des BMI aufgrund des jungen Alters verändert. Hier wird stattdessen auf die Altersperzentile Bezug genommen (Gerlinghoff & Backmund, 2017).

2.1.1 Anorexia nervosa

„Anorexia nervosa ist gekennzeichnet durch ein für die Körpergröße, das Alter und den Entwicklungsstand der Person signifikant niedriges Körpergewicht, das nicht auf eine andere gesundheitliche Störung oder auf die Nichtverfügbarkeit von Nahrung zurückzuführen ist. Ein häufig verwendeter Schwellenwert ist ein Body-Mass-Index (BMI) von weniger als $18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$ bei Erwachsenen“ (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2024).

Ein weiteres Kriterium ist der selbst herbeigeführte Gewichtsverlust entweder durch aktive Maßnahmen wie Erbrechen und dem Missbrauch abführender Medikamente oder passive Maßnahmen wie Hungern und übermäßige Bewegung. Betroffene haben trotz ihres Untergewichts eine große Angst davor, dick zu werden (Zeeck et al., 2020); ihre

Wahrnehmung in Bezug auf ihr Gewicht und ihre Figur ist verzerrt und bei Frauen geht die Krankheit zudem oft mit einem Ausbleiben der Monatsblutung einher (Gerlinghoff & Backmund, 2017).

Die Anorexie ist außerdem meist mit einem extremen Streben nach Kontrolle und Perfektion sowie einem geringen Selbstwert verbunden. Das Selbstwerterleben wird dabei oft von Figur und Gewicht abhängig gemacht (Zeeck et al., 2020).

Betroffen sind hauptsächlich Mädchen und junge Frauen in der Adoleszenz, aber auch männliche Jugendliche und Männer können an Anorexie erkranken (Gerlinghoff & Backmund, 2017).

Allerdings gibt es aufgrund der frauenorientierten Erhebungsinstrumente wenige Daten zur Prävalenz und Symptombildung von Essstörungen bei Männern. Bei männlichen Betroffenen scheint jedoch oft nicht direkt die Angst vor dem Dicksein oder Dickwerden im Vordergrund zu stehen. Diese zeigt sich eher in Verbindung mit dem Streben nach einem männlichen Körperideal, welches sich durch Muskelaufbau und spezifisches Essverhalten kennzeichnet. Diese Form der Essstörung wird „Muscularity-oriented disordered eating“ genannt (Mangweth-Matzek, 2022).

Obwohl die meisten Betroffenen im Alter zwischen 14 und 18 Jahren erkranken, können sowohl Kinder vor dem zehnten Lebensjahr als auch Erwachsene nach dem 25. Lebensjahr betroffen sein (Karwautz & De Zwaan, 2014). In Graz gibt es beispielsweise für die Behandlung frühkindlicher Essstörungen seit dem Jahr 2016 ein interdisziplinäres Therapiezentrum für Ess- und Fütterungsstörungen, wo auch sogenannte Esslernschulen stattfinden, das sogenannte „notube“.

In jedem Fall handelt es sich um eine sehr komplexe und vielschichtige Erkrankung, oftmals bestehend aus einer Störung des Körperschemas und der Wahrnehmung von Körpersignalen, einer beeinträchtigten Gefühlswahrnehmung sowie problematischen kognitiven Denkmustern (Weigel, 2008, zitiert nach Drexler, 2015).

Das bereits erwähnte Streben nach Perfektion ist bei jungen Betroffenen oft besonders wahrnehmbar. Einerseits, weil die Phase der Pubertät viel Veränderung mit sich bringt - in welcher der weibliche Körper automatisch an Körperfett gewinnt (Mangweth-Matzek, 2022) - sowie eine kritische Phase der Identitätsfindung ist und andererseits, weil die in

diesem Alter meist sehr präsenten sozialen Medien eine Plattform für omnipräsente Bewertung darstellen. Gawel (2016, S. 119) meint dazu: „Aber wenn der Kampf um Perfektionismus zur Quelle der Identität, zum Schutzschild vor Kritik und zum Ersatz für den Selbstwert wird, wird es eng für die Person“.

Aus existenzanalytischer Perspektive ist Perfektionismus eine Copingreaktion, d.h. ein situativer und automatisch ablaufender Mechanismus. In diesem Fall hat er vor allem eine Schutzfunktion, die das Person-Sein vor Abwertung schützen soll (Längle 2013, zitiert nach Gawel, 2016). Perfektionistisches Erleben und Leben resultiert nach Gawel (2016) aus fehlendem Vertrauen, einem eingeschränkten Zugang zum eigenen Gefühl, dem ständigen Übergehen der eigenen Grenzen und fehlender Offenheit.

Um die Diagnose „Anorexia nervosa“ stellen zu können, muss ein Verdacht zunächst medizinisch abgeklärt werden. Dazu gehört eine medizinische Anamnese (einschließlich Ernährungsgewohnheiten, Erbrechen, Durchfall, Bauchschmerzen), eine körperliche Untersuchung, bei welcher Blutdruck und Pulsfrequenz gemessen werden, eine Labordiagnostik sowie eine Untersuchung des Unterleibs mittels Ultraschall. Gegebenenfalls wird zur Differenzialdiagnose ein EKG, ein Röntgen des Brustkorbs, eine Gastroskopie, wie auch ein CCT oder NMR vom Kopf gemacht (Jacobi & Beintner, 2021).

2.1.2 Bulimia Nervosa

„Bulimie heißt so viel wie Stierhunger und bedeutet das Verschlingen großer Nahrungsmengen, welches in der Regel nicht durch ein Hungergefühl ausgelöst wird“ (Gerlinghoff & Backmund, 2017, S. 28). Zu den wichtigsten Symptomen gehören regelmäßig wiederkehrende Essanfälle, bei welchen meist hochkalorische Nahrungsmittel in ungewöhnlich großer Menge und in einer bestimmten Zeit (zum Beispiel innerhalb von 2 Stunden) verzehrt werden. Währenddessen haben Betroffene keine Kontrolle darüber, was und wie viel sie essen (Svaldi et al., 2020). Heißhungerattacken, kompensatorische Maßnahmen zur Vermeidung von Gewichtszunahme sowie die Abhängigkeit des Selbstwertgefühls vom eigenen Körpergewicht gehören ebenfalls zu den am häufigsten beobachteten Symptomen. Oft

ist bulimisches Verhalten ein Teil der Magersucht, für eine Diagnose muss die Störung aber bei mehr als einer Episode von Magersucht auftreten. „Aus Angst, wegen der Essanfalle an Gewicht zuzunehmen, setzen Personen mit BN regelmäßig verschiedene Strategien ... zur Gewichtskontrolle ein“ (Svaldi et al., 2020, S. 194). Die „beliebteste“ Methode hierfür ist das Erbrechen, es werden aber auch Abführmittel oder entwässernde Medikamente genutzt oder exzessiv Sport getrieben. Manche schränken sich ernährungstechnisch massiv ein (restriktiver Ernährungsstil) oder essen nach einem Essanfall mehrere Tage nichts. Dann spricht man von einer Nulldiät (Gerlinghoff & Backmund, 2017).

Obwohl bulimische Patient*innen manchmal ein nach dem BMI ideales Körpergewicht haben, ist die Gefahr für den Körper aufgrund des Elektrolyt- und insbesondere Kaliumverlusts enorm, da massive Kaliumentgleisungen zu einem Herzinfarkt und folglich auch zum Tod führen können. Diese für die Betroffenen mit sehr viel Scham verbundene Erkrankung wird oft lange geheim gehalten und ist aufgrund der geringen bis nicht vorhandenen Gewichtsveränderung von außen schwer erkennbar.

2.1.3 Binge-Eating-Disorder

Im Vergleich zum amerikanischen Diagnosesystem DSM-5, in welchem die Binge-Eating-Störung als eigene Form der Essstörung angeführt wird, gilt diese im ICD-10 nicht als eigenständige Krankheit. Das wurde mit Inkrafttreten des ICD-11 jedoch geändert.

Betroffene leiden unter regelmäßigen Essanfällen, bei welchen erheblich größere Nahrungsmengen zu sich genommen werden als bei den meisten anderen Menschen unter vergleichbaren Umständen (American Psychiatric Association, 2013, zitiert nach Hilbert et al., 2020). Im Vergleich zur Bulimie werden bei der Binge-Eating-Störung jedoch keine regelmäßigen kompensatorischen Maßnahmen zur Gewichtskontrolle, wie das Erbrechen nach der Nahrungsaufnahme, eingesetzt. Betroffene verlieren subjektiv die Kontrolle über das Essen, fühlen sich während eines Essanfalls oft deprimiert und empfinden Ekel vor sich selbst. Schuldgefühle sind ebenso Teil der Erkrankung (Gerlinghoff & Backmund, 2017). Die Essanfalle scheinen außerdem dazu zu dienen, unangenehme Gefühle wie beispielsweise Traurigkeit, Leere oder Angst zu verdrängen

(Munsch et al., 2018). Im Gegensatz zur Magersucht ist aber nicht das Gewicht für die Diagnosestellung entscheidend, sondern das problematische Essverhalten und der damit in Verbindung stehende psychische Leidensdruck (Gerlinghoff & Backmund, 2017). Viele Menschen mit einer Binge-Eating-Störung bemühen sich sehr darum, ihre Nahrungsaufnahme zu kontrollieren, scheitern aber immer wieder daran, was zu großer Verzweiflung, Scham und einem niedrigen Selbstwertgefühl führt. Folglich ziehen sie sich eher zurück und meiden soziale Kontakte (Munsch et al., 2018).

2.1.4 Andere A-typische Essstörungen

Neben den soeben beschriebenen Hauptformen gibt es im ICD-11 auch die Diagnosen Rumination- und Regurgitationsstörung, Vermeidend-restriktive Ernährungsstörung (ARFID), Pica und andere näher bezeichnete sowie nicht näher bezeichnete Fütter- oder Essstörungen (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2024).

2.2 Komorbiditäten

Nicht selten tritt eine Essstörung in Verbindung mit anderen psychiatrischen Erkrankungen auf. Diese können vor, nach oder während des erschwerten Zugangs zu einem gesunden Essverhalten vorhanden sein. Am häufigsten handelt es sich bei den Begleitkrankheiten um Depressionen, Zwangs- und Angststörungen sowie den Missbrauch von Alkohol und anderen schädlichen Stoffen. Auch komorbide Persönlichkeitsstörungen, wie insbesondere die Borderline-Persönlichkeitsstörung, können vorkommen (Gerlinghoff & Backmund, 2017, S. 41/42).

All diese Komorbiditäten können Einfluss auf den Verlauf der Essstörung und somit deren Behandlung haben. Sie treten bei Menschen, die unter einer Anorexie leiden, mit 42- bis 75- prozentiger Wahrscheinlichkeit auf, wobei der Anteil depressiver Störungen zwischen 50 % und 75 % liegt (Jacobi & Beintner, 2021, S. 10). Bei der Binge-Eating-Störung liegt der Anteil komorbider Erkrankungen bei über 70 % und umfasst vor allem die Major Depression, die Bipolare Störung sowie diverse Angststörungen (De Zwaan, 2022, S. 38).

Betrachtet man das Auftreten von Begleiterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, so lässt sich in der Literatur außerdem ein signifikanter Zusammenhang zwischen einer Depressions- und einer Angstsymptomatik im Kindesalter sowie einer Essstörung in der Adoleszenz erkennen.

Neben den psychiatrischen Diagnosen spielen somatische bzw. körperliche Komorbiditäten eine bedeutende Rolle. Hierzu zählt bei der Anorexie im Kindes- und Jugendalter u.a. das beeinträchtigte Längenwachstum sowie ein verminderter Knochenaufbau (Herpertz-Dahlmann, 2022, S. 104).

Die in der Einleitung bereits erwähnte hohe Mortalitätsrate resultiert oft aus somatischen Komplikationen. Dazu gehören insbesondere Infektionen und kardiovaskuläre Komplikationen aufgrund von Dehydration und Elektrolytentgleisungen. Abgesehen von diesen tödlichen Folgen kommt es zu einer Vielzahl körperlicher Beschwerden. Diese sind in Kombination mit der zu Beginn meist fehlenden Krankheitseinsicht auch der Grund, warum häufig Mediziner*innen die erste Anlaufstelle für Menschen mit Essstörungen sind. In vielen Fällen wird von Schwindel, Bauchschmerzen, Rachenschmerzen, Zahnschäden, Amenorrhö (d.h. das Ausbleiben der Regelblutung bei Frauen), Muskelschwäche, Konzentrationsstörungen, trockener Haut und weiteren Symptomen berichtet. Die körperlichen Folgen dürfen nicht unterschätzt werden. Es sollten regelmäßige Untersuchungen stattfinden, um laborchemische und organische Veränderungen möglichst früh zu erkennen und dementsprechend handeln zu können (Friederich et al., 2022).

2.3 Ursachen und Auslöser

In der Literatur gibt es unterschiedliche Erklärungsmodelle für die Entwicklung von psychischen Erkrankungen wie der Magersucht: genetische, biologisch-psychiatrische, biopsychosoziale, verhaltens-psychologische, systemische und psychodynamische (Rettenwander, 2005).

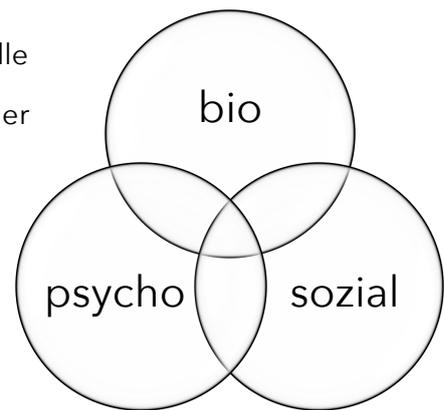


Abb. 1: Bio-psycho-soziales Modell (eigene Darstellung)

Schon lange ist jedoch bekannt, dass die Ursachen der Entwicklung einer Essstörung nicht rein auf genetischer oder umweltbedingter Grundlage fußen. Es ist vielmehr ein dynamisches Zusammenspiel aus biologischen, psychologischen, sozialen und soziokulturellen Faktoren (s. Abb. 1). Alle Elemente sollten sich in der Behandlung von Menschen mit Essstörungen aufeinander beziehen und einander integrieren (Wunderer, 2015).

Daraus ergibt sich auch die im nächsten Kapitel näher beschriebene notwendige multiprofessionelle Herangehensweise in der Begleitung von Menschen mit Essstörungen.

Auch Gerlinghoff und Backmund (2017) sprechen in Bezug auf die Ursachen einer Essstörung von einem multidimensionalen Entstehungsmodell mit biologischen, psychosozialen und soziokulturellen Faktoren. Eine genetische Disposition kann durchaus vorliegen, muss aber nicht zur Erkrankung führen. Das weibliche Geschlecht stellt hierbei einen bedeutenden Risikofaktor dar. Zusammen mit anderen persönlichen Eigenschaften, wie einem geringen Selbstbewusstsein und Selbstwerterleben oder einem extrem hohen Leistungsanspruch, erhöht sich das Risiko. Oft wird in den Familien der Betroffenen trotz (oder gerade wegen) eines hohen Bedürfnisses nach Harmonie wenig Emotionalität offen ausgelebt. Soziokulturelle Verhältnisse wie beispielsweise die Berufsgruppe von Models und Sportler*innen können die Entwicklung einer Essstörung ebenso begünstigen, da der Druck, einen perfekt funktionierenden Körper haben zu müssen, einfach so groß ist.

Weiters kann eine übermäßige Nutzung digitaler (insbesondere sozialer) Medien die Entwicklung diverser psychischer Erkrankungen begünstigen (L. Wagner, persönliche Kommunikation, 31. Januar 2024).

Wichtige Lebensereignisse wie zum Beispiel die Geburt eines Geschwisterchens oder der Schulabschluss sowie Schicksalsschläge, wie der Verlust einer wichtigen Bezugsperson, können (müssen aber nicht) Auslöser für ein problematisches Essverhalten sein. Viele Betroffene sehen sich, teils aufgrund einer starken Abhängigkeit zu ihren Eltern, einer Entscheidung (wie die nach Ende der Schulzeit beispielsweise) nicht ausreichend gewachsen. Ein eingeschränktes und stark kontrolliertes Essverhalten kann ihnen dabei helfen, scheinbar aus Überforderung und Gefühlschaos Kontrolle zu schaffen (Gerlinghoff & Backmund, 2017).

Man weiß, dass zu wenig Essen und eine mangelhafte Nährstoffaufnahme tatsächlich hirnorganisch dazu führen, dass der Zugang zum eigenen Gefühlserleben eingeschränkt und teilweise sogar abgeschnitten wird. Das führt wiederum dazu, dass unangenehme, bedrohliche Gefühle nicht mehr wahrgenommen werden müssen. Die Person versucht sich dadurch also zu schützen. Eine eigentlich schlaue, nur leider auf Dauer selbstschädigende Strategie.

Es gibt also nicht DEN einen Grund für die Entwicklung einer Essstörung. Viele verschiedene Faktoren spielen eine Rolle, seien es genetische Veranlagungen, ein destruktives familiäres Umfeld oder traumatische Ereignisse. Aufgrund dessen sollte man Betroffenen möglichst offen und vorurteilsfrei begegnen und ihnen aufmerksam zuhören. Dazu wird im Kapitel über die Phänomenologie der Existenzanalyse und die existenzielle Kommunikation noch näher Bezug genommen.

2.4 Gängige Behandlungsansätze

„Wir werden in der Psychotherapie niemanden heilen, heilen tut nur das Leben“ (M. Hötzer, persönliche Kommunikation, 29. Juni 2024).

Wie eingangs bereits erwähnt, spielen bei der Begleitung von Essstörungen viele Faktoren und mehrere Disziplinen eine Rolle. Neben *medizinischen Maßnahmen*, bei welchen in erster Linie eine organische Ursache für die Erkrankung ausgeschlossen werden soll und die Erhaltung der körperlichen Gesundheit im Vordergrund steht, wird eine *psychotherapeutische* Behandlung empfohlen. Bei dieser soll es die Möglichkeit eines sicheren Raumes für Begegnung geben, durch welchen mehr über die (Schutz-) Funktion der Essstörung im Leben der/des Betroffenen in Erfahrung gebracht werden kann.

Bevor eine Psychotherapie jedoch ambulant, also außerhalb eines Klinikaufenthalts stattfinden kann, ist es unerlässlich, den gesundheitlichen Zustand sowie die soziale Situation der betroffenen Person zu überprüfen. Denn nur, wenn keine organischen Risikofaktoren, wie beispielsweise Blutbildveränderungen oder Herzrhythmusstörungen und keine Gefährdungen auf psychosozialer Ebene vorliegen (die die Behandlung der Essstörung im klinischen Setting erforderlich machen), kann ein ambulantes therapeutisches Gespräch stattfinden. Eine vorgelagerte Überweisung zu einem Facharzt bzw. zu einer Fachärztin zur Abklärung ist demnach unerlässlich.

Ist dies geklärt, so kann aufgrund des meist jungen Erkrankungsalters die Einbeziehung der Familie in das therapeutische Setting wichtig sein. Das bietet Entlastung, klärt die Beziehungen und Zuständigkeiten und beugt Querulieren vor. Manchmal ist es für Betroffene allerdings auch wichtig, Grenzen zu Familienmitgliedern zu ziehen und/oder etwas Abstand zu nehmen. So kann beispielsweise der Auszug von Zuhause in eine eigene Wohnung Entlastung sowie neue Möglichkeiten bieten (wie etwa die Inanspruchnahme einer mobilen sozialpsychiatrischen Betreuung). Ich selbst habe hierzu die folgende Aussage einer Betroffenen mitbekommen: „Ich kann nicht da gesund werden, wo ich krank geworden bin“.

Existenzanalytisch betrachtet liegt ein therapeutischer Schwerpunkt (insbesondere bei Anorexie und Bulimie) auf der defizitären Entwicklung von Identität und Selbstwert. „Um den Rahmen für diese Entwicklung sicher zu stellen, ist auf eine klare, auch Grenzen

vermittelnde Haltung zu achten. Es verlangt eine in sich ruhende Therapeutenpersönlichkeit, die der Patientin trotz ihrer Verzweiflung und Aggression standhält und dieser durch ihre authentischen Stellungnahmen ein Gegenüber ist, an dem die Patientin ihre Persönlichkeit entwickeln kann“ (Drexler, 2015, S.79). Hierzu folgen weitere Ausführungen im Kapitel über die Grundmotivationen der Existenzanalyse.

Ebenso kann der Einsatz von *Psychopharmaka* bei der Behandlung einer Essstörung unterstützend sein, insbesondere bei komorbider Symptomatik. Hier gibt es jedoch deutliche Unterschiede zwischen den Erkrankungsbildern. So haben trizyklische Antidepressiva (TCA) sowie Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) bei der Anorexie nur sehr geringe bis keine Wirksamkeit. Das Risiko von Nebenwirkungen ist hingegen erhöht. Atypische Neuroleptika können im Einzelfall empfohlen werden, sind jedoch nicht für eine Gewichtszunahme, sondern lediglich für die Verringerung von Zwangssymptomen oder Gedankenkreisen geeignet. Auch hier liegt begrenzte Evidenz vor (De Zwaan & Svitek, 2022). Ein positiver Effekt konnte bei der Substitution von Zink festgestellt werden. Dies hat sich im klinischen Alltag aber nicht durchgesetzt (Birmingham & Gritzer 2006, zitiert nach De Zwaan & Svitek, 2022).

Eine etwas höhere Wirksamkeit und geringere Nebenwirkungen zeigen SSRIs (speziell Fluoxetin) bei Menschen, die an einer Bulimie leiden. Das Antidepressivum hat einen positiven Effekt auf Essanfälle und den Einsatz kompensatorischer Maßnahmen sowie auf die Einstellung zu Körper und Gewicht. Es lässt sich diesbezüglich sagen, dass psychotherapeutische Behandlungen wirksamer sind als alleinige Pharmakotherapie, weshalb der Einsatz dieser Medikamente oft nur in Verbindung mit einer Psychotherapie erlaubt ist (De Zwaan & Svitek, 2022).

Bei Menschen mit einer Binge Eating Störung konnte nachgewiesen werden, dass Pharmakotherapie, insbesondere in Bezug auf die Reduktion der Essanfälle sowie komorbide depressive Symptomatiken, wirksam ist, Langzeiteffekte jedoch nicht ausreichend erforscht sind und kein Medikament zur Behandlung zugelassen ist. Die Psychotherapie ist somit das Mittel erster Wahl (De Zwaan & Svitek, 2022).

„Zusammenfassend lässt sich nach dem heutigen Erkenntnisstand sagen, dass zur Behandlung der BN nur Fluoxetin in Kombination mit Psychotherapie zugelassen ist. Zur

Behandlung der AN und der BES ist kein Medikament zugelassen“ (De Zwaan & Svitek, 2022, S. 373).

Auf der Suche nach Alternativen zu klassischen Psychopharmaka und deren unerwünschten Nebenwirkungen rücken zunehmend auch natürlich vorkommende psychoaktive und halluzinogene Stoffe wie beispielsweise Psilocybin (in bestimmten Pilzarten enthalten, umgangssprachlich in „magic mushrooms“) oder LSD in den Fokus der Forschung. Um aussagekräftige Erkenntnisse zu deren Wirkung auf Patient*innen mit Anorexia nervosa treffen zu können, sind jedoch noch größer angelegte Studien nötig (Peck et al., 2023).

In der Steiermark gibt es neben stationären Behandlungsmöglichkeiten in psychiatrischen Einrichtungen auch die Möglichkeit einer ambulanten Betreuung mittels Psycholog*innen, Psychiater*innen, Diätolog*innen und/oder Psychotherapeut*innen. Was für die betroffene Person hilfreich ist, richtet sich ganz nach den individuellen Bedürfnissen. Da ein stationärer Aufenthalt aufgrund der langen Aufenthaltsdauer oft nicht möglich oder gewünscht ist, braucht es weitere Angebote. Seit einigen Jahren gibt es aus diesem Grund auch ein Tageszentrum in Graz für Menschen mit Essstörungen – das Lebens.Liebe - Tageszentrum („LeLi“). Dieses sieht sich als Schnittstelle zwischen der stationären und ambulanten Betreuung. Neben Therapeutinnen aus verschiedenen Fachrichtungen und Psychologinnen sind dort auch Diätologinnen und Pädagoginnen sowie Sozialarbeiterinnen tätig (LeLi-Tageszentrum, o.D.).

Zusätzlich zu den soeben benannten Behandlungs- und Begleitungsmöglichkeiten gibt es unter anderem auch Forschungen in Bezug auf EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Diese Methode zur Behandlung traumatischer Erlebnisse widmet sich der Wirksamkeit von Augenbewegungen auf emotionale Belastungen und stellt in der modernen Traumatherapie ein bedeutendes Element dar (Plassmann, 2009). Auch in der Behandlung von Essstörungen, im Speziellen bei der Bulimia nervosa, zeigt die Methode des EMDR Erfolge (Burkart, 2009).

2.4.1 Multiprofessionalität

Eine gesamtheitliche psychische wie auch körperliche Behandlung und Begleitung einer Essstörung bedarf des Zusammenwirkens mehrerer Disziplinen. Die Psychotherapie ist dabei immer die Methode erster Wahl und wesentlich für die Bearbeitung der der Erkrankung zugrundeliegenden Dynamiken. Um den gesunden Umgang mit Lebensmitteln und Nahrungsaufnahme wieder pflegen zu lernen, braucht es auch für diesen Bereich professionelle Unterstützung. So spielen Diätolog*innen eine bedeutende Rolle bei der Behandlung von Menschen mit Essstörungen (Gerlinghoff & Backmund, 2017).

Aufgrund des breiten Spektrums körperlicher Risiken ist die Zusammenarbeit mit Mediziner*innen und regelmäßige Kontrollen laborchemischer Werte (d.h. eine Blutuntersuchung) unerlässlich. Diese bestimmen in Kombination mit dem BMI auch, wann es einer stationären Aufnahme bedarf. Für die Verschreibung von Psychopharmaka, für welche es jedoch bei Essstörungen nur sehr begrenzte Einsatzbereiche gibt, kommen medizinische Fachpersonen (vor allem Psychiater*innen) zum Einsatz.

Auch die Soziale Arbeit kann als unterstützende Behandlungsmaßnahme wirken, sowohl in akuten Krisensituationen als auch präventiv. So können beispielsweise Tageszentren dabei helfen, wieder Struktur in das Leben der Betroffenen zu bringen. Ebenso ist der soziale und gemeinschaftliche Aspekt nicht zu unterschätzen. Auf diesem Weg können neue Erfahrungen in Bezug auf das Erleben von Wertschätzung und wertvollen Aktivitäten gemacht werden, die Kontakt zur Lebendigkeit herstellen. Dies reicht von kreativen Therapieeinheiten (Malen, Stricken, Häkeln, etc.) über tiergestützte Interventionen bis hin zu gemeinsamen Koch- und Backeinheiten. Auch die mobile sozialpsychiatrische Betreuung leistet Hilfestellung, vor allem im Alltag der Betroffenen.

2.4.2 Psychoedukation

„Unter dem Begriff der Psychoedukation werden systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, die dazu geeignet sind, Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren,

das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Bäumli & Pitschel-Walz, 2008, zitiert nach Bäumli, 2010, S. 122). Hierzu zählt die Aufklärung über Symptomatik, Begleit- und Folgeerscheinungen, Risikofaktoren, aufrechterhaltende Mechanismen sowie Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten (Wunderer, 2015). So werden Betroffene zu Expert*innen ihrer Erkrankung.

Die folgende Sicht einer damals 20-jährigen Patientin mit Anorexie beschreibt, wie wichtig die Aufklärung über die eigene Erkrankung ist.

Lanugo-Behaarung und Liquorraum-Erweiterung im Gehirn, diese Begriffe hörte ich das erste Mal vor mehr als 5 Jahren und kann sagen, dass ich sie bis heute nicht vergessen habe. Nicht weil ich damals das Gefühl hatte, die Therapeuten setzen auf Abschreckung oder wollten mir Angst machen: Die Aufklärung über Hypothermie verbunden mit der Blaufärbung von Fingern, Zehen, Ohren, die Gefahren eines verlangsamten Herzschlags, die Verminderung der Knochendichte mit der Spätfolge Osteoporose, all das löste vielmehr ein zartes Mitleid mit mir selbst aus und bestärkte mich auf besondere Weise in dem Wunsch, den ich eigentlich kaum auszusprechen wagte: Gibt es einen anderen Lebensweg für mich?

(Bea, zitiert nach Gerlinghoff & Backmund, 2017, S. 57/58)

Betroffene und Angehörige über Krankheit und Therapiekonzept aufzuklären, stellt eine Grundvoraussetzung für die erfolgreiche Behandlung einer Essstörung dar. Es ermöglicht eine Begegnung auf Augenhöhe und ein gemeinsames Vorgehen (Gerlinghoff & Backmund, 2017). Aber Achtung: „Wo (noch) keine Problemeinsicht vorhanden ist, erreicht die Aufzählung von potenziellen Folgeerscheinungen eher das Gegenteil: dass sich die/der Betroffene weiter zurückzieht, bevormundet und nicht verstanden fühlt“ (Wunderer, 2015, S. 187).

Psychoedukative Interventionen können bei vorhandener persönlicher und fachlicher Eignung von pädagogischem Fachpersonal, Psychotherapeut*innen, Ärzt*innen und ähnlichen Berufsgruppen erfolgen. Wichtig dabei ist die Beachtung der Zielgruppe.

Handelt es sich um noch sehr junge Menschen, Kinder oder Jugendliche, so wird man bei der Erklärung anders vorgehen als bei bereits erwachsenen Betroffenen oder Angehörigen. Für manche sind bildhafte Metaphern hilfreich, für andere wiederum logische Erklärungen.

Psychoedukation, das Wissen rund um Essstörungen und auch andere psychische Störungen, hilft jedoch nicht nur betroffenen Personen beim Verstehen der Erkrankung, sondern könnte auch beispielsweise für Fachpersonen von Vorteil sein. So wirken etwa Lehrer*innen als Multiplikator*innen und können durch spezifisches Knowhow besser auf die Bedürfnisse der Schüler*innen eingehen, erkennen diverse „Warnzeichen“ womöglich schneller und würden weniger rasch in Sorge oder Angst und damit einhergehend in einen Aktionismus geraten. „Entsprechend ist es wichtig HelferInnen aller Professionen für erste Anzeichen zu sensibilisieren und sie zu ermutigen, auf potenziell Betroffene zuzugehen – freilich ohne mit der Tür ins Haus zu fallen oder die Probleme zu bagatellisieren“ (Wunderer, 2015, S. 187).

Psychoedukative Angebote, egal ob in Einzel- oder Gruppensettings, online oder in Person, sollten stets auf ihre Professionalität hin geprüft werden. Auch im Internet gibt es unzählige Informationen über Essstörungen, darunter befinden sich einige hilfreiche Internetseiten aber auch destruktive Inhalte, die zum Beispiel Pro-ANA bzw. Pro-MIA zuzuordnen sind und Essstörungen verharmlosen oder verherrlichen (Wunderer, 2015).

2.4.3 Herausforderungen und Besonderheiten

Mit der spezifischen und vielseitigen Symptomatik einer Essstörung gehen auch einige Besonderheiten in der Begleitung, Beratung und Behandlung von Betroffenen einher. „Um eine effektive niedrigschwellige kürzere oder längere Beratungsarbeit gewährleisten zu können, müssen Beraterinnen und Berater eingehende Kenntnisse der verschiedenen Formen von Essstörungen, ihrer möglichen Ursachen und Konsequenzen sowie die Anforderungen an eine fachgerechte Behandlung haben“ (Reich et al., 2005, zitiert nach Wunderer, 2015, S. 110). Neben dem fachlichen Wissen rund um das Thema Essstörungen bedarf es auch eines großen Einfühlungsvermögens und der Bereitschaft mit Menschen in Kontakt zu treten, die Probleme mit etwas haben, das selbst vielleicht

als Genuss empfunden wird. Der ständige Fokus auf Essen bzw. Nicht-Essen geht mit enormer körperlicher und psychischer Anspannung einher. Das ist auch für professionelle Helfer*innen deutlich spürbar. Selbstreflektiertes Fühlen und Handeln wird somit zu einer wichtigen Voraussetzung im Umgang mit Betroffenen.

Herausfordernde Gefühle wie Wut, Trauer, Hilflosigkeit oder Frustration sind ebenfalls Teil der Arbeit mit Menschen mit Essstörungen, sowohl bei den Betroffenen selbst, als auch bei Fachpersonen. So kann beispielsweise die zu Beginn oft mangelnde Krankheitseinsicht der Betroffenen eine große Herausforderung darstellen.

Rückschritte sind normal und Teil des Krankheitsbildes. Mit diesen gilt es umgehen zu können (Wunderer, 2015). Auch Schummeleien und „Herumtricksen“ bei der Gewichtskontrolle und der Essenzubereitung sowie das extreme Kleinschneiden oder Überwürzen von Essen am Teller gehört dazu. Hier ist es als Helfer*in wichtig, ehrlich und klar zu bleiben, behutsam den Weg zum gesunden Verhalten aufzuzeigen und Unterstützung anzubieten.

Aufgrund der bereits mehrmals erwähnten hohen Mortalitätsrate, müssen sich Fachpersonen zwangsläufig mit dem Tod auseinandersetzen. Weiters muss die Bereitschaft für die Begegnung mit selbstverletzendem Verhalten und suizidalen Krisen vorhanden sein.

Zudem benötigt professionelles Begleiten immer die Zusammenarbeit und Vernetzung mit anderen Fachrichtungen. Das oft junge Erkrankungsalter schließt außerdem die Arbeit mit Bezugspersonen und Familiensystemen mit ein.

Exkurs: Nutritional Psychiatry

„Wenn wir ursächlich helfen und behandeln wollen, reicht es wahrscheinlich nicht, nur Symptome zu behandeln. Wir müssen auch das, was gesund ist, unterstützen und die Selbstheilungskräfte des Körpers anregen“ (Mörkl & Várnagy, 2024, S. 10).

Ernährung hat einen direkten Einfluss auf die menschliche Psyche. Insbesondere ist es unser Darmmikrobiom, das in enger Verbindung mit unserem Denken, Fühlen und Handeln (Darm-Gehirn-Achse) steht. Psychiatrische Erkrankungen werden neben einer Psychotherapie oft mit der Unterstützung von Psychopharmaka behandelt. Letztere lösen jedoch meist kein ursächliches Problem für das Leiden der Person, sondern behandeln die Symptomatik. Obgleich Psychopharmaka eine wichtige Rolle bei der Behandlung psychisch kranker Menschen spielen, kann auch die richtige Ernährungsweise zu deutlichen Verbesserungen beitragen. Hierzu wird seit einigen Jahren auch an der Medizinischen Universität Graz geforscht. Dr. Sabrina Mörkl (2024, S. 22) beschreibt eine Veränderung des Darmmikrobioms (d.h. der Bakterien im Darm) bei diversen psychischen Erkrankungen wie beispielsweise Depressionen, Angststörungen, Schizophrenie oder auch Anorexie. Je vielfältiger die Bakterienstämme im Darm sind, desto besser. Nimmt hingegen ein Bakterienstamm die Überhand und verdrängt dadurch andere, so können Nährstoffe aus der Nahrung teilweise nicht mehr aufgenommen werden. Das verhindert wiederum die ausreichende Bildung von Botenstoffen wie Dopamin und Serotonin - Hormone, die verantwortlich für das Empfinden von Glück und Zufriedenheit sind.

Auch Seitz (2022) widmet sich in seiner Forschung dem tierischen und menschlichen Darmmikrobiom und untersucht unter anderem die für die Anorexie relevante Interaktion zwischen Mikrobiom und Körper. Sowohl die Energieaufnahme als auch die Gewichtsregulation scheinen bei Betroffenen dadurch deutlich beeinträchtigt zu sein.

Mithilfe von Tierversuchen konnte 2019 erstmals festgestellt werden, dass die Transplantation des Stuhls von Patientinnen mit Anorexie in Mäusemütter eine verminderte Gewichtszunahme bei den Mäusekindern bewirkte. Es bedarf in diesem Feld allerdings noch weiterer Forschung, insbesondere für Menschen mit Bulimie oder einer Binge Eating Störung (Hata et al., 2019, zitiert nach Seitz, 2022).

3 Logotherapie und Existenzanalyse (EA)

Die Existenzanalyse ist eine von insgesamt 23 verschiedenen psychotherapeutischen Schulen in Österreich, welche vom Bundesministerium für Gesundheit als eigenständige psychotherapeutische Methode anerkannt ist. Sie wird der humanistischen Psychotherapie zugeordnet und beschreibt sich als „... ein phänomenologisch-personales Psychotherapieverfahren mit dem Ziel, der Person zu einem (geistig und emotional) freien Erleben, zu authentischer Stellungnahme und zu eigenverantwortlichem Umgang mit sich selbst und ihrer Welt zu verhelfen“ (Längle, 2013, zitiert nach Längle, 2021, S. 23). Neben der Psychoanalyse (nach Sigmund Freud) und der Individualpsychologie (nach Alfred Adler) gilt die Logotherapie und Existenzanalyse als dritte Wiener Schule der Psychotherapie (Längle, 2021).

Im Wesentlichen geht es in der EA um die Unterstützung und Förderung von Personen in deren Lebenswirklichkeit. Ein Leben mit Entschiedenheit zu gestalten, mit sich selbst und der Welt in Dialog zu treten sowie die Annahme, nicht dem Schicksal ausgeliefert zu sein, sondern sich als antwortendes Wesen wahrzunehmen, sind wichtige Grundsätze der EA (Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse, 2024).

„Im Unterschied zu praktisch allen anderen Psychotherapierichtungen beschreibt die EA eine geistige Dimension im Menschen, die über die gängigen Dimensionen Körper und Psyche hinausreicht: die Person“ (Längle, 2021, S. 29). Diese meint, dass der Mensch sich geistig mit sich selbst und seiner Umwelt auseinandersetzen kann, unter anderem zur Selbstdistanzierung fähig ist und Stellung zu sich und zur Welt beziehen kann, was Autonomie mit sich bringt (Längle, 2021). So kann die Person als Fähigkeit zur Resonanz mit dem eigenen Sein beschrieben werden, die nur im Dialog mit dem Ich - dem Vermittler der Person - entfaltet werden kann. Diese Resonanzebene ermöglicht dem Menschen ein Fühlen seiner Existenz, was ihm wiederum die Gelegenheit bietet, seine Entscheidungen und Handlungen mit innerer Zustimmung zu erleben (Waibel, 2018).

3.1 Die Begründung der Logotherapie und Existenzanalyse

Die von Viktor Frankl in den 1920er Jahren begründete Logotherapie stellt die „Selbstbestimmung des Menschen aufgrund seiner Verantwortlichkeit und vor dem Hintergrund der Sinn- und Wertewelt“ in den Fokus (Frankl, 1990, zitiert nach Kriz, 2014, S. 221). Geprägt von Frankls durchwachsenen und teils konfliktreichen Begegnungen mit Alfred Adler, den schrecklichen Erlebnissen als Jude in Zeiten des Nationalsozialismus, der Ermordung seiner Ehefrau sowie den drei Jahren in Konzentrationslagern, entwickelte sich die Frage nach dem Sinn vermutlich als eine Art Überlebensstrategie (Kriz, 2014).

Der Sinn als eine geistige Orientierung sowie zukunftsorientierte Ausrichtung vermag es, dem Menschen so viel Kraft zu geben, sodass er selbst unter den schwierigsten und extremsten Lebensbedingungen lebensfähig sei (Längle, 2021).

In Viktor Frankls Werk „...Trotzdem JA zum Leben sagen“ beschreibt er seine Erlebnisse sowie die unmenschlichen Zustände in den Konzentrationslagern während des zweiten Weltkrieges und wie er es unter diesen Bedingungen trotzdem schaffte, dem Leben zugewandt zu bleiben und einen Sinn darin zu sehen (Frankl, 2018).

Was nun die Weiterentwicklung der Existenzanalyse unter Alfred Längle kennzeichnet, ist der stringente Einsatz der Phänomenologie, einer Erkenntnishaltung und philosophischen Strömung, in der es um die subjektive Wahrnehmung eines Menschen geht. Forschung, Praxis und Methodik sind infolgedessen nicht primär theoriegeleitet, sondern auf das Erleben fokussiert (Längle, 2021). Die Sinnthematik der Logotherapie Frankls steht nicht mehr im Vordergrund, sondern beschreibt nunmehr eine von insgesamt vier Dimensionen bzw. Grundmotivationen der Existenz. Ihr voran geht das Sein-Können, das Leben-Mögen und der Vollzug des Selbst-Seins. Dabei prägen Begriffe wie Freiheit, Innere Zustimmung und Dasein die therapeutische Arbeit, mit dem Ziel, dem Menschen zu einer für sich erfüllenden Existenz zu verhelfen.

3.2 Das Menschenbild in der Existenzanalyse

„Menschsein bedeutet, mit Körper und Psyche und ihren Bedürfnissen und Erfordernissen zu leben, und auf ihrer Grundlage und gemeinsam mit ihnen sich dem zu widmen, was man in dieser Situation als wichtig, wertvoll, lebensförderlich und stimmig ansieht“ (Längle, 2021, S. 15). So beschreibt die EA im Unterschied zu praktisch allen anderen Psychotherapierichtungen eine geistige Dimension im Menschen, die über die gängigen Dimensionen Körper und Psyche hinausreicht: die Person (siehe Abb. 2). Diese geistige Dimension meint, dass der Mensch sich mit sich selbst und seiner Welt geistig auseinandersetzen kann. Demnach ist der Mensch mehr als bloß seine Triebe und Affekte, er ist unter anderem auch zur Selbst-Distanzierung fähig und kann Stellung zu sich selbst beziehen (Längle, 2021). Die Würde des Menschen sowie die ihm innewohnende Freiheit entspringt diesen Annahmen.

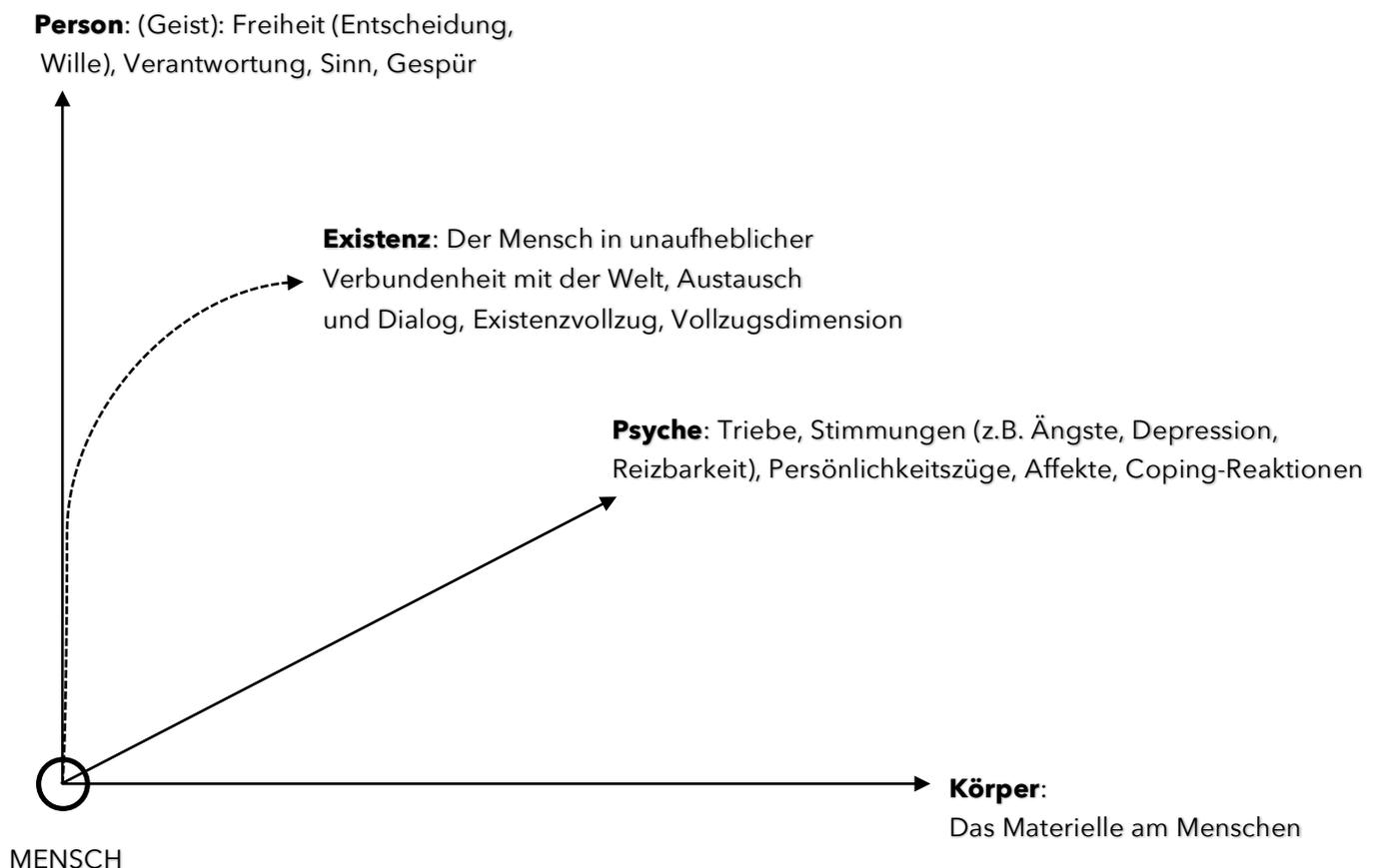


Abb. 2: Die Seinsdimensionen des Menschen: ein vierdimensionales Menschenbild (in Anlehnung an Frankl 2005, zitiert nach Längle, 2021, S.30)

Die Dimension der Person ist also zur Selbst-Distanzierung, umgekehrt aber auch zur Selbstbeziehung fähig. Wie wir in Beziehung mit uns selbst treten, hat unterdessen direkten Einfluss auf die Beziehung zur Welt. Durch einen inneren Dialog gelingt im Weiteren der Zugang zu den Ressourcen einer Person (Steinert, 2014).

Um die Potenziale der Person freizusetzen, folgt die Existenzanalyse einer phänomenologischen Vorgangsweise. Diese wird im nachfolgenden Kapitel genauer beschrieben.

3.3 Phänomenologie

„Welche Bedeutung hat das, was ist, für den jeweiligen Menschen“

(Kolbe, 2016, S. 45).

Die Phänomenologie ist eine ursprünglich philosophische Strömung des 20. Jahrhunderts und wurde als Forschungsrichtung von Edmund Husserl begründet. Auch Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre und viele andere bedeutende Philosophen waren Teil der phänomenologischen Bewegung. In der Phänomenologie geht es nicht um objektive Daten und Fakten. Es geht immer um das subjektive Erleben, die Erfahrung. Der Begriff Phänomen wird dabei nicht als etwas Mystisches oder Unwirkliches verstanden, sondern als etwas in Erscheinung Tretendes - etwas, das sich zeigt (Fellmann, 2006).

„Die Existenzanalyse ist eine primär phänomenologische Psychotherapierichtung, die in erster Linie den Menschen in seinem Lebensvollzug zu verstehen trachtet, um ihm helfen zu können“ (Längle, 2021, S. 88). Vor allem war es die hermeneutische Phänomenologie Martin Heideggers, welche die EA beeinflusste. Sie sieht „... das Wesen nicht hinter den Phänomenen, sondern im Phänomen selbst“ (Längle, 2021, S. 92). Es geht darum, den Menschen in seinen individuellen Beweggründen zu verstehen und wirklich nachvollziehen zu können, wie und warum er fühlt und handelt. Dieses tiefgründige Verstehen ermöglicht das Erfassen des subjektiven Wertelerbens einer Person, welche damit ihre Welt öffnet.

Dabei tritt das Wesentliche auf verschiedene Arten in Erscheinung:

- Aussehen
- Gestik
- Mimik
- Narrativ
- Sprache
- Bewegung
- Kleidung
- u.a.

(Längle, 2021).

Durch eine phänomenologische Vorgangsweise können Menschen in ihrer Einzigartigkeit gesehen werden. Sie erlaubt einen Blick, der möglichst frei von Wertungen und Vorurteilen ist. Das ermöglicht eine von Herzen und Gedanken offene Einstellung, in der wirkliche Begegnung stattfinden kann. So kann sich das Wesentliche zeigen.

3.4 Existenzielle Kommunikation

Wir sind ständig in Gespräch mit uns, unseren Mitmenschen, der Welt, mit Fachpersonen, Klient*innen, etc. Christoph Kolbe (2016) beschreibt in seinem Beitrag „Existenzielle Kommunikation“ die Zugänge zum Wesentlichen in Beratung und Therapie. Diese sollen folglich zusammengefasst wiedergegeben werden.

„Gesprächsführung bedeutet in diesem Sinne also ein aktives Zugehen des Gesprächsführenden auf das, was hinsichtlich des Erlebten für den jeweiligen Menschen von Bedeutung ist und worum es ihm darum [sic] im Grunde geht, so dass ihm authentische Antworten auf diese Aspekte möglich werden“ (Kolbe, 2016, S. 45). Das, was einen Menschen bewegt, was ihn fühlen lässt, was ihn nachdenklich macht, ist zentral für die persönliche Beteiligung und Bedeutung. Die existenzielle Kommunikation versucht durch eine erkenntnisgewinnende Gesprächsführung die Relevanz dessen zu fokussieren, was den Menschen bewegt und erfüllt. Sie ist geprägt von Respekt vor dem Erleben des Gegenübers.

Für eine gelingende existenzielle Kommunikation nennt Kolbe (2016) sechs Prinzipien:

1. Anfragen statt Abfragen
... ermöglicht es, sich zu öffnen und einzubringen.

2. Das Problem mit der Warum-Frage
 - ... es gibt oft keine kausalen Zusammenhänge für das Empfinden einer Person. Was jemand als wertvoll betrachtet und was nicht, ist individuell. Nach logischen Kausalitäten Ausschau zu halten, würde den Erkenntnisraum verkleinern. Wie- und Was-Fragen sind dabei hilfreicher als Warum-Fragen.
3. Stellungnahmen des Gesprächsführenden
 - ... sollen keine moralischen Bewertungen sein, sondern die eigene Position repräsentieren und stets einen anfragenden sowie offenen Charakter haben.
4. Bewusstheit für eigene Annahmen und Interesse an Antworten
 - ... „Fragen beruhen auf subjektiven Annahmen, die aus der phänomenologischen Begegnung oder eigenen anthropologischen Überzeugungen ... stammen“ (Kolbe, 2016, S. 48). Offenheit jedoch benötigt die Bereitschaft, die eigenen Annahmen zu hinterfragen sowie ein gleichzeitiges Interesse an den Antworten des Gegenübers.
5. Aktive Gesprächsführung zum phänomenalen Gehalt und seinem Grund
 - ... ermöglicht zu erkennen, wodurch ein Mensch bewegt und motiviert ist.
6. Bedeutung der Sprache
 - ... Um dem Erlebten möglichst differenzierten Ausdruck zu verleihen, ist eine behutsame und nuancenreiche Sprache gefragt. Sie erleichtert das Verstehen.

Diese sechs Prinzipien können dabei helfen, die Gesprächsführung in ihren einzelnen Phasen zu stärken. In der ersten Phase, der Deskription, geht es um ein Erheben dessen, was ist, d.h. um den Sachverhalt. So kann ein klares Bild der Person in ihrer Situation mit ihrem Problem entstehen. In der darauffolgenden Phase des Zuhörens werden die Eindrücke auf das Wesentliche verdichtet. Das zuvor entstandene Bild wird nun, metaphorisch gesprochen, farbig. Dieser Prozess, bis aus vielen Eindrücken die Wesentlichen sichtbar werden, braucht Zeit und Geduld. Die dritte Phase versucht das Spezifische des wesentlichen Eindrucks hervorzuheben: die Beweggründe, das Berührende und die Motive. Die vierte und letzte Phase geht nun der Frage nach „Woher kommt es, dass das Gegenüber sich so erlebt?“ (Kolbe, 2016, S. 50).

Auch der Begründer der Klientenzentrierten Gesprächstherapie, Carl Rogers, benennt ähnliche Prinzipien für eine gelungene Gesprächsführung in beraterischer Tätigkeit. Diese sind Empathie, unbedingte Wertschätzung und Echtheit bzw. Kongruenz (Rogers, 1976, zitiert nach Wunderer, 2015).

Nach Hartman McGilley und Szablewski (2010, zitiert nach Wunderer, 2015) gibt es einige Grundhaltungen, die im Gespräch mit Menschen, die an einer Essstörung leiden, beachtet und eingenommen werden sollten. „Aus ihrer Sicht fußt eine gute Helferbeziehung auf unbedingtem Respekt, einer mitfühlenden Neugier, wie der/die Betroffene sein Leben gestaltet und ihm einen Sinn verleiht, dem Wunsch sein Gegenüber in seinem Lebensumfeld zu verstehen, ehrlicher, direkter Kommunikation auf Augenhöhe sowie der Bereitschaft Grenzen zu beachten, auch selbst Fehler zu machen und Konflikt und Konfrontation zuzulassen, um damit die Beziehung noch weiter zu festigen“ (Wunderer, 2015, S. 165).

Vor allem im Erstgespräch muss man „den Finger nicht unbedingt in die Wunde legen“. Stattdessen sollte achtsam und behutsam vorgegangen werden. Das Besprechen tieferliegender Themen benötigt Zeit, Beziehung und Vertrauen. Bewertende Aussagen sind tunlichst zu vermeiden.

3.5 Die vier Grundmotivationen der Existenzanalyse

Die Bezeichnung „Innere Zustimmung“ spielt eine bedeutende Rolle im Wesen der EA. In der Annahme vom Leben angefragt zu werden, ist damit ein inneres gefühltes JA zu dem was man tut (oder auch lässt) gemeint, das stets mit Hingabe verbunden ist. Um mit innerer Zustimmung leben und handeln zu können und im weiteren Sinne ein erfülltes Leben führen zu können, braucht es eine Bejahung aller vier existenziellen Dimensionen. Die EA fasst diese in einem Strukturmodell zusammen und beschreibt darin die wesentlichen Grundmotivationen der Existenz (Längle, 2021):

1. Grundmotivation: Weltbezug

In der ersten GM geht es um das Dasein in der Welt und die Frage: *Kann* ich sein? Um hierauf mit Ja antworten zu können, braucht es drei Kernelemente: Schutz, Raum und

Halt. Durch diese entwickelt der Mensch ein Grundvertrauen, durch welches man sich geschützt und sicher fühlt. Das Vertrauen steht der Ängstlichkeit gegenüber (Längle, 2021).

Auf der ersten GM bauen die folgenden Grundmotivationen auf, sie ist sozusagen die Basis, von der aus sich die anderen drei Grundmotivationen entwickeln können.

2. Grundmotivation: Lebensbezug

Ich lebe - *Mag* ich leben? So lautet die Grundfrage der zweiten GM. Dahinter stehen die zentralen Begriffe Beziehung, Zeit und Nähe. Zur Lebensverwirklichung braucht es diese, sowohl zu anderen Menschen als auch zu Dingen. Durch die Nähe zu anderen Menschen erwächst die Fähigkeit, Zuwendung zu geben und zu erhalten. Aus dieser Zuwendung kann ein Empfinden von Wert stattfinden. Das Leben als wertvoll zu erleben, schützt den Menschen vor Depressivität (Längle, 2021).

3. Grundmotivation: Selbstbezug

Hinter der Grundfrage des Personseins „Ich bin ich - *darf* ich so sein?“ stehen drei Kernelemente: Beachtung, Gerechtigkeit und Wertschätzung. Sich selbst als gesehen und beachtet zu erleben, ermöglicht die Entstehung eines Selbstbildes. Dieses macht wiederum die Abgrenzung zu anderen möglich. Nur so kann sich ein Gefühl der Stimmigkeit für die eigene Person und ihr Handeln sowie das Handeln anderer Menschen bilden. Ohne diesen Selbstbezug ist man sich selbst fremd (Längle, 2021).

4. Grundmotivation: Sinnbezug

„Ich bin in dieser Welt - aber wozu *soll* ich da sein?“ lautet die Frage hinter der vierten Grundmotivation. Ein Eingebundensein in einen positiven (familiären, beruflichen, ...) Kontext, ein Tätigkeitsfeld, das es erlaubt anzuwenden und umzusetzen, was einem wichtig ist sowie Zukunftswerte ermöglichen das Erleben existenziellen Sinns (Längle, 2021).

Viktor Frankl beschreibt Sinn in diesem Kontext folgendermaßen:

Unter Sinn verstehen wir in der Logotherapie im allgemeinen den konkreten Sinn, den eine konkrete Person - kraft ihres ‚Willens zum Sinn‘ - aus einer konkreten Situation herauszulesen vermag. Ein Vermögen, dank dem sie imstande ist, auf dem

Hintergrund der Wirklichkeit eine Möglichkeit wahrzunehmen, ebendiese Wirklichkeit auch zu verändern, oder aber, falls dies wirklich unmöglich sein sollte, insofern sich selbst zu ändern, als wir ja auch noch an einem Leidenszustand, dessen Ursache sich nicht beheben und beseitigen lässt, reifen, wachsen, über uns selbst hinauswachsen können. (Frankl, 1987, zitiert nach Heitger-Giger, 2016, S. 188)

Es geht ihm dabei nicht um den großen Sinn des Lebens, wie er in der Philosophie oder der Religion bekannt ist, sondern um jenen in konkreten Situationen (Heitger-Giger, 2016). Durch diesen Sinnbezug kann der Mensch in Kontakt kommen mit dem Lebendigen, dem, weswegen es sich zu leben lohnt.

Das Tischmodell (siehe Abb. 3) verbildlicht die zuvor beschriebenen Grunddimensionen der menschlichen Existenz. Die Tischplatte der Existenz stützt sich auf die vier Tischbeine *Können, Mögen, Dürfen und Sollen* (Längle, 2002).

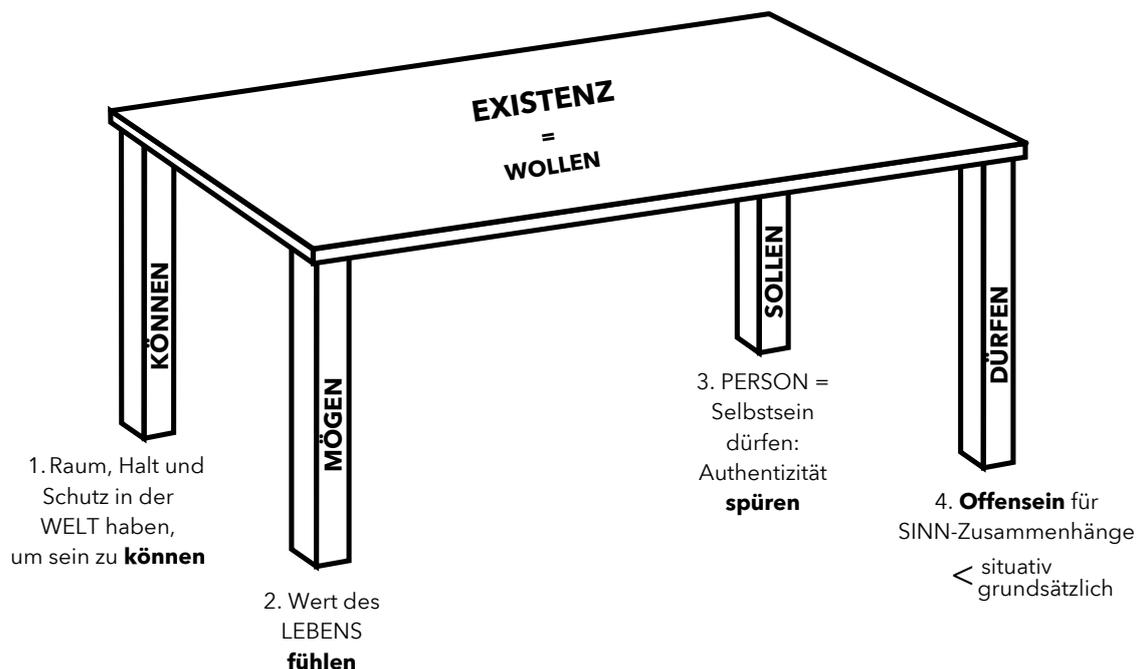


Abb. 3: Die vier Grundbedingungen erfüllter Existenz in der lebensnahen Beschreibung durch die Modalwörter
 (in Anlehnung an Längle, 2002, S. 3)

3.6 Existenzanalyse und Essstörungen

Mit Beziehung auf Essstörungen schreibt Koch (2012, S. 57) dazu:

Betrachtet man Anorexie und Bulimie auf der Grundlage der existenzanalytischen Grundmotivationen, fällt auf, dass die Defizite der Selbstwahrnehmung und des Selbstwertgefühls (3. GM) von mangelnder Beziehungsfähigkeit, nicht nur zum eigenen Körper, ergänzt werden (2. GM) und sich auch Unsicherheit, innere Unruhe und Zwangssymptome (1. GM) finden. Das Erleben von Sinn und Werten (4. GM) erscheint weitgehend eingeschränkt und wird ersetzt durch die Idealvorstellung des „formbaren“ Körpers.

Die EA verortet in der ersten Grundmotivation pathologische Störungsbilder, die sich durch eine Ängstlichkeit zeigen. Das Aushalten- und Annehmen-Können des Gegebenen wird durch den Verlust von Schutz, Raum und Halt erschwert. So bietet die Essstörung Betroffenen durch ihr kontrollgebendes Gefühl den Schutz und Halt, der in der Außenwelt nicht ausreichend gegeben bzw. in der Innenwelt nicht ausreichend zugänglich ist. Sie sichert auf diese Weise das Überleben der Person, obgleich sie nicht gesund, sondern lebensgefährlich ist.

Vor allem aber werden Essstörungen in der EA der zweiten und dritten Grundmotivation zugeordnet. So entsteht etwa die Bulimie durch diffuse, enttäuschende Beziehungserfahrungen. Es mangelt an Zuwendung zu sich (2. GM) sowie der Findung und Bewahrung des Selbst und der damit verbundenen Fähigkeit zur Abgrenzung (3. GM). Betroffene nehmen sich selbst und ihre Gefühle nur wenig bis gar nicht wahr, sowohl auf körperlicher als auch auf psychischer Ebene. Aufgrund dessen mangelt es auch an Zuwendung zu sich. Dies wird mittels Essen zu kompensieren versucht und führt schlussendlich zu einem selbstschädigenden Verhalten, welches durchaus mit einer gewissen Aggression sich selbst gegenüber verbunden ist.

Aus phänomenologischer Perspektive geht es bei der Bulimie um Befüllung und Entlastung. Weil das Essen oft auf Gefühlen der Einsamkeit und Leere basiert, kommt es zu keiner wohligen Sättigung. Stattdessen bewirkt die rasche und unkontrollierte Nahrungszufuhr eine schmerzliche Überfüllung und führt zur Wahrnehmung des bereits psychisch vorhandenen Leidens auf körperlicher Ebene. Da dieses Gefühl jedoch kein gutes ist, kommt es im weiteren Geschehen zum Erbrechen, dem Versuch einer

Grenzziehung, um das Eigene zu schützen. Das bietet jedoch lediglich kurze Entlastung. Das dahinterliegende Thema bleibt bestehen (Längle et.al, 2012).

Die Dynamik ähnelt der einer Sucht. Ein tiefes Bedürfnis nach Nähe und Beziehung wird durch etwas zu ersetzen versucht, was einem selbst schadet. Die Entlastung ist dabei nicht von Dauer. „Gewissermaßen betrogen und enttäuscht wendet sich die Aktion gegen sich selbst“ (Längle et al., 2012, S. 47).

Es folgt die Erzählung einer Betroffenen:

Ich hungere nach Liebe, Verstehen, Freude und Lust, und ich verschlinge Nahrung ohne Ende, seit vielen Jahren immer wieder und wieder. Ich zerstöre mich durch Erbrechen und Abführmittelmissbrauch, aber ich fresse weiter. Ich kann nicht mehr aufhören. Ich fresse bis zum Platzen. Ich will endlich satt werden. Ich will mich endlich geborgen und geliebt fühlen. Die Nahrung, die ich bei meinen Fressanfällen bevorzuge, ist warm, süß, weich, aber mir ist danach nicht wohlig warm und angenehm. Ich hasse und verachte mich. Ich finde mich widerlich und mache mich erneut auf den Weg, Nahrung zu finden.

(Desiree, zitiert nach Gerlinghoff & Backmund, 2017, S.105)

Diese Beschreibung der damals 20-jährigen Desiree verdeutlicht die existenziellen Aspekte hinter der Essstörung. Auch die Härte sich selbst gegenüber wird in diesen Zeilen äußerst spürbar; es handelt sich um eine junge Frau, die sich nach Zuwendung sehnt und Ablehnung erfährt.

An dieser Stelle soll erwähnt werden, dass Betroffene zwar oft Ausdrücke wie „fressen“ oder „kotzen“ verwenden, professionelle Helfer*innen dies jedoch unterlassen und stattdessen auf eine neutrale Sprache achten sollten (Wunderer, 2015).

3.7 Das psychosomatische Störungsmodell der Existenzanalyse

Es ist wohl unumstritten, dass Körper und Psyche miteinander in Verbindung stehen, sich gegenseitig beeinflussen und aufeinander wirken. Bei einem psychosomatischen Störungsbild bleiben psychische Konflikte, Probleme, Leiden und Defizite nicht auf der Ebene der Psyche, sondern führen, wie es auch Sigmund Freud schon sagte, zu körperlichen Dysfunktionen und Störungen (Längle, 2009).

Der Körper spielt demnach für die Existenz eine fundamentale Rolle. Ohne die körperliche Erfahrung sind Menschen nicht dazu imstande zu erleben, Werte zu fassen und zu fühlen. Dabei hängt das zentrale Problem psychosomatischer Störungen mit Problemen im Fühlen und Sich-Abstimmen in Auseinandersetzung mit Belastungen zusammen.

Dies „... addiert sich mit einem somatischen Entgegenkommen durch Disposition, Schwächung, Vorschädigung und/oder psychischer Repräsentationsfunktion der Organe ...“ (Längle, 2009, S. 21). Beispielsweise repräsentiert die Lunge die Themen Raum und Halt der ersten Grundmotivation; das Herz-Kreislaufsystem die Themen Nähe und Beziehung der zweiten Grundmotivation und der Magen-Darmtrakt sowie die Haut spiegeln Abgrenzung und Intimität aus der dritten Grundmotivation wider.

Das psychosomatische Störungsbild wird in der Existenzanalyse vor allem Problemen in der zweiten und dritten Grundmotivation zugeordnet. Sowohl die Fähigkeit zur Erfassung des Geschehenden in seiner Bedeutsamkeit, als auch die des gefühlten Spürens von Stimmigkeit scheinen bei psychosomatischen Störungen beeinträchtigt zu sein. „Es besteht keine *gefühlte Beziehung* zu den Werten und keine *gespürte Beziehung zum Eigenen*, zum persönlich Wichtigen“ (Längle, 2009, S. 22). Um die Defizite der zweiten und dritten Grundmotivation auszugleichen, kommt es in Folge häufig zu einem verstärkten Einsatz der ersten und vierten Grundmotivation. So können Elemente wie Funktionalität und Leistung in den Vordergrund rücken.

Als mögliche Ursachen für die Entstehung psychosomatischer Krankheiten nennt Längle (2009) unter anderem genetische und psychische Dispositionen, traumatisierende Beziehungserfahrungen sowie Traumata und Lernerfahrungen. Hier ist eine große Ähnlichkeit zum bio-psycho-sozialen Entstehungsmodell der Essstörungen zu erkennen.

So können Verletzungen in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie ein Mangel an erlebter Nähe entweder zu einem Gefühlsabbau oder zu so schmerzlich erlebten Gefühlen führen, dass ein Rückzug aus den Beziehungen und der eigenen Gefühlswelt die Folge ist (2. GM). Des Weiteren führen Defizite an personaler Begegnung und an Gesehenwerden als Person zu einer Beeinträchtigung des Selbstbilds und Selbstwerts (3. GM). Dies kann außerdem zu Verunsicherungen und Misstrauen in Bezug auf die Zuverlässigkeit von Beziehungen, Begegnungen und den eigenen Gefühlen führen (1. GM) sowie zu einer Sinn-Leere und damit einhergehender Neigung zur Funktionalität (4. GM) (Längle, 2009).

Beschäftigt man sich nun mit den verschiedenen Erkrankungsbildern von Essstörungen und kommt mit Menschen in Kontakt, die an einem pathologisch problematischen Essverhalten leiden und einen an ihrem Leben und Erleben teilhaben lassen, so werden die soeben beschriebenen Thematiken ganz deutlich erkennbar. Dies zeigt sich auch im empirischen Teil dieser Arbeit.

3.8 „Selbstbestimmung“ im Sinne der Existenzanalyse - Begriffsannäherung und Definitionsversuch

Aus Sicht der Existenzanalyse will jeder Mensch ein *selbstbestimmtes*, *eigenverantwortetes* und *erfülltes* Leben führen (GLE International, 2017). Um zu verstehen, was damit gemeint ist, soll an dieser Stelle das PEA-Modell vorgestellt werden. Es spielt neben der zuvor bereits beschriebenen Inneren Zustimmung und dem Strukturmodell eine bedeutende Rolle in der Dynamik menschlicher Existenz. PEA steht für Personale Existenzanalyse und beschreibt ein Prozessmodell, welches dem natürlichen Verlauf des Dialogs folgt. Es vermittelt kurz gesagt zwischen Welt und Person. Dies ermöglicht „... eine Personale Bearbeitung dessen, was einen erreicht hat, anspricht oder angeht“ (Längle, 2021, S. 66). Um die spontan ablaufende Verarbeitung von Eindrücken in einzelnen Schritten darstellen zu können, hat Alfred Längle das sogenannte PEA-Modell entwickelt:

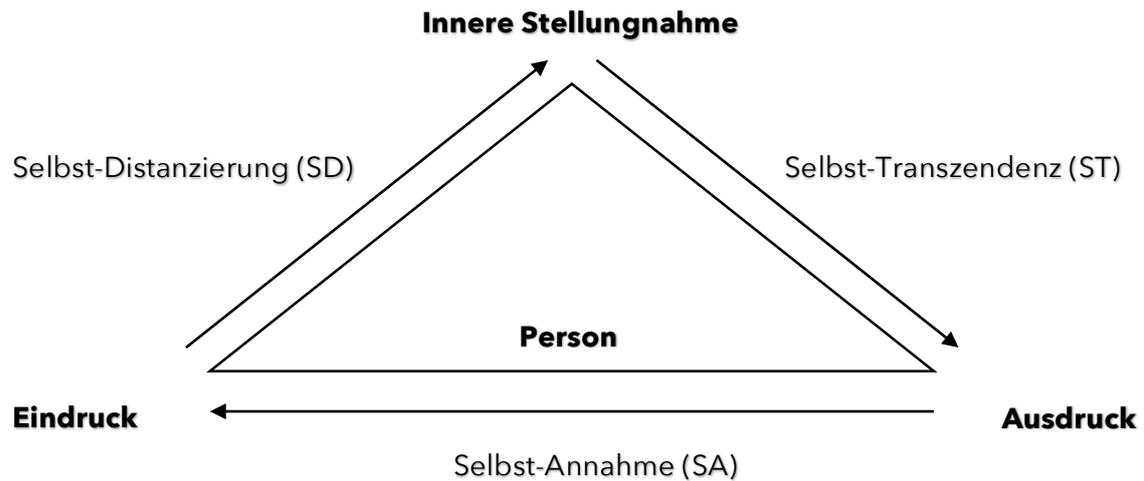


Abb. 4: Die subjektive Erlebnisseite personalen Geschehens mit Eindruck, Stellungnahme, Ausdruck (in Anlehnung an Längle, 2021, S. 68)

„Im subjektiven Erleben empfängt der Mensch dort, wo er angesprochen ist, einen *Eindruck*, gelangt über das *Verstehen* zu persönlichen *Stellungnahmen* und erlebt sich im Antworten als sein Inneres zum *Ausdruck* bringend“ (Längle, 2021, S. 68).

Kommt es zu Brüchen in einem oder mehreren dieser Schritte, so wird das Verhalten nicht mehr von personalem Wollen, sondern von psychodynamischen Reaktionen bestimmt. Diese „Copingreaktionen wurzeln also nicht in der Entschiedenheit, d.h. der Mensch handelt nicht aus einer Stellungnahme, in der abgewogen wäre, welches Verhalten ihm und der Situation entsprechen würde“ (Längle, 2021, S. 73).

Auch eine Essstörung kann eine solche psychodynamische Schutzreaktion darstellen. Es handelt sich dann nicht mehr um selbstbestimmtes Handeln, das mit wahrhaftiger innerer Zustimmung geschieht, einem Konglomerat von Gefühl, Gespür, Denken, Wissen und Erfahrung. Stattdessen bestimmen innerpsychische Vorgänge das weitere Vorgehen der Person.

„Im Fokus der Existenzanalyse als psychotherapeutischer und beraterischer Methode steht das Anliegen, den Menschen zu einem freien und verantwortlichen Umgang in dessen Welt zu befähigen. Dies verlangt die Fähigkeit, in das eigene Leben gestaltend einzugreifen, um es selbstbestimmt zu vollziehen“ (Kolbe, 2019, S. 4).

Der Versuch einer eigenen Definition von Selbstbestimmung

Unter dem Begriff der Selbstbestimmung kann ein Leben und Erleben sowie das Verhalten einer Person verstanden werden, welches sich durch die Möglichkeit zur freien und authentischen Stellungnahme (abseits von innerpsychischen und gesellschaftlichen Zwängen) sowie durch die Fähigkeit auf das eigene Leben gestaltend einwirken zu können, auszeichnet. Der Person ist es möglich, in Kontakt mit der Umwelt auf der einen und mit der eigenen Gefühlswelt auf der anderen Seite zu kommen. So kann sie frei und auf Basis des Konzepts der inneren Zustimmung über ihr Handeln entscheiden.

4 Existenzielle Pädagogik

Aus der Existenzanalyse entwickelte sich ab dem Jahr 2000 unter Eva Maria Waibel eine pädagogische Haltung; die Existenzielle Pädagogik. Sie legt den Fokus im Wesentlichen auf die Haltungen und Einstellungen der Akteur*innen (Pädagog*innen, Lehrpersonen, etc.) und nicht auf spezifische Methoden oder Instrumente zur Vermittlung von Lehrinhalten. Die Selbstgestaltungsfähigkeit soll aktiviert und dadurch Menschen darin begleitet werden, Erfüllendes erleben zu können (Waibel, 2018). Somit können die Entfaltung des Ichs sowie die Stärkung der Person als die beiden zentralen Ansätze der existenziellen Pädagogik beschrieben werden. Das dreidimensionale Menschenbild der Existenzanalyse (Körper-Psyche-Geist) dient dabei stets als Ausgangspunkt dafür, den Menschen in seiner Ganzheit zu sehen und dadurch seine körperliche, psychische und kognitive Entfaltung zu ermöglichen und zu fördern (Breckner, 2015).

Existenzielle Pädagogik bietet Raum für Selbstbestimmung. Von außen, also beispielsweise von Erziehenden, können Anregungen und Impulse kommen. Wie diese jedoch aufgenommen oder umgesetzt werden, bestimmt immer die handelnde Person (Waibel, 2018). „Ihr Hintergrund ist demgemäß eine fundierte Theorie, die nicht nur in der Psychotherapie, sondern auch in anderen Disziplinen wie Pädagogik, Beratung oder Unternehmensführung die Person und deren Sinn in den Mittelpunkt stellt“ (Waibel, 2017, S. 2).

„Generelles Ziel der Existenziellen Pädagogik ist es, Kinder und Jugendliche darin zu begleiten, ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen und ein Leben mit innerer Zustimmung zu führen“ (Waibel, 2018, S. 10). Die Person soll durch die Bewusstwerdung der eigenen Freiräume und Verantwortung gestärkt und ihr Ich aktiviert werden. Dadurch entstehen Möglichkeiten zur Selbstbestimmung, Selbstentfaltung und Selbstgestaltung. Gelingen kann diese Entfaltung der Potenziale durch die Erfüllung der Grundbedürfnisse im Sinne der in Punkt 3.5 genannten Grundmotivationen (Waibel, 2018).

Ein weiteres Element ist die existenzielle Anwohrtung. Diese meint, dass es nicht um eine (Verhaltens-)Veränderung des zu Erziehenden geht, sondern vielmehr um die Anfrage dabei an sich selbst. Was an dieser Stelle vielleicht etwas philosophisch klingen

mag, geht im Grunde auf eine einfache Frage zurück: Was braucht *dieses* Kind *jetzt* von *mir*? Und wie erlebe ich dieses Kind? Eine existenzielle pädagogische Haltung braucht aufgrund der Verschiedenheit und Individualität jeder Person sowie in sämtlichen Situationen darüber hinaus Mut, Vertrauen, Demut, eine ganzheitliche Hinwendung und die Freigabe der eigenen Aufmerksamkeit (Waibel, 2018).

An dieser Stelle wird der phänomenologische Zugang der EA deutlich: Sich von dem leiten zu lassen, was sich zeigt. Dazu benötigt der/die Erziehende „... eine empathische, verstehende Haltung, Wertschätzung und Echtheit, Offenheit und Aufmerksamkeit. Diese Haltungen können als *teilnehmende Präsenz* zusammengefasst werden“ (Waibel, 2018, S. 11). Nur so, sprich durch eine vorurteilsfreie und absichtslose Begegnung, die frei von Bewertungen und geprägt durch Achtsamkeit ist, können authentische Stellungnahmen gelingen (Breckner, 2015). Damit lehnt sich die existenzielle Pädagogik an Martin Bubers Zitat „Der Mensch wird am Du zum Ich!“ an und verweist auf die Wichtigkeit der personalen Begegnung in Erziehungsprozessen (Buber, 1995, zitiert nach Breckner, 2015, S. 102).

Neben der Stärkung und Entwicklungsförderung von Kindern und Jugendlichen geht es in der existenziellen Pädagogik auch um die Weiterentwicklung pädagogischer Fachpersonen. So lohnt sich beispielsweise eine reflektierte Auseinandersetzung mit der eigenen Schulzeit sowie den eigenen Beziehungserfahrungen und Konflikten. Dies ermöglicht ein professionelleres Handeln und eine entspannte Atmosphäre im beruflichen sowie privaten Kontext. Fähigkeiten wie Selbstsicherheit, Authentizität und ein verbesserter Umgang mit herausfordernden Situationen können außerdem präventiv wirken und Burnout-Symptomen vorbeugen (Waibel, 2017).

5 Soziale Arbeit mit Menschen mit Essstörungen

Während der Literaturrecherche für diese Masterarbeit wurde festgestellt, dass es für die Profession der Sozialen Arbeit nur sehr beschränkte Möglichkeiten gibt, um sich auf wissenschaftlicher Basis über den Umgang und die Begleitung von Menschen mit Essstörungen zu informieren. Das liegt aber auch daran, dass die Sozialpädagogik in der Regel nicht „störungsorientiert“ arbeitet und Prinzipien sowie Methoden universell konzipiert sind. Anfang Januar 2024 besuchte ich eine Fortbildung zum Thema Essstörungen. Als ich die Vortragende, eine Expertin auf diesem Gebiet mit über 20 Jahren Erfahrung als Psychiaterin, nach Literaturtipps für mich bzw. für die Profession der Sozialen Arbeit fragte, sagte sie mir, es keine große Auswahl. Ein Mangel an Informationsmöglichkeiten wurde sichtbar.

Einige wichtige Punkte, welche die Soziale Arbeit mit Menschen mit Essstörungen beschreiben, werden im Werk der Psychologin Eva Wunderer (2015) erfasst und sollen an dieser Stelle angeführt werden. Neben gelingenden Beziehungs- und Bindungserfahrungen stellen auch die Stärkung des Selbstwerts, psychoedukative Interventionen, multidisziplinäre Behandlungsstrategien und die Zusammenarbeit mit Angehörigen bedeutende Aspekte in der Begleitung von Menschen mit Essstörungen dar.

5.1 Beziehung und Vertrauen

Als positiv erlebte Beziehungserfahrungen sind für alle Menschen wichtig, egal ob als Kind, in der Jugend oder im Erwachsenenalter. Bei Personen mit psychischen Erkrankungen kann das soziale Umfeld jedoch durch verschiedene Faktoren ins Wackeln geraten oder vielleicht sogar ursächlich für die Störung sein. Vernachlässigung, Missbrauch unterschiedlicher Art oder übermäßige Kontrolle im Elternhaus sind dabei nicht selten im Hintergrund zu erkennen. Auch bei Betroffenen einer Essstörung kann das familiäre und soziale Umfeld sowohl zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Erkrankung als auch zur Besserung des problematischen Verhaltens führen. „Oft sind Kontakte zu FreundInnen verloren gegangen oder die Peers haben durch Hänseleien,

Spott oder ihren eigenen Umgang mit Essen, Figur und Gewicht zur Aufrechterhaltung, ggf. sogar Entstehung der Essstörung beigetragen“ (Wunderer, 2015, S. 378).

Aus existenzanalytischer Perspektive fußt eine Essstörung in erster Linie auf enttäuschten Beziehungserfahrungen. Da sowohl die Beziehung zu sich, als auch oft die zu anderen Menschen beeinträchtigt ist, wird es umso wichtiger, Betroffenen stabile und haltgebende Beziehungserfahrungen zu ermöglichen. Bereits Goethe schrieb: „Der Mensch erkennt sich nur im Menschen, nur Das [sic] Leben lehret jedem, was er sei“ (1807, zitiert nach *Aphorismus zum Thema Menschenkenntnis*, 2012, o.S.). Ebenso spiegelt Martin Bubers Ich-Du-Philosophie die Notwendigkeit zwischenmenschlicher Beziehungen wider.

Um Menschen in schwierigen Lebensphasen sowie in Veränderungs- und Entwicklungsprozessen begleiten zu können, braucht es unter anderem die Basis einer sicheren Beziehung und eines damit einhergehenden Vertrauens. Dies ist ein Prozess, der oft viel Geduld erfordert. Immerhin herrscht bei Beratungs- und Therapiegesprächen automatisch ein Ungleichgewicht der beteiligten Personen, da Klient*innen in der Regel wenig bis nichts Privates von der Fachperson wissen. Umgekehrt aber sollen sie sich öffnen und viel von ihren Gedanken und Gefühlen preisgeben. Auch wenn dies auf Freiwilligkeit basiert und die Person selbst entscheiden kann, wie viel sie von sich zeigt und erzählt, so liegt die Verantwortung bei der jeweiligen Fachperson, dies wertzuschätzen und achtsam sowie respektvoll mit diesem ihr entgegengebrachten Vertrauen umzugehen. Dabei spielt die Schweigepflicht eine bedeutende Rolle. Speziell bei Sozialpädagog*innen und Psychotherapeut*innen wird diese besonders ernst genommen und das ist gut so.

Neben „klassischen“ Elementen wie beispielsweise dem Einfühlungsvermögen und dem benötigten Wissen rund um ein Erkrankungsbild braucht es aber noch mehr, um eine stabile professionelle Beziehung aufzubauen, die Halt vermittelt und persönliches Wachstum ermöglicht.

Um diesbezüglich mehr zu erfahren, sprich wie man als Fachperson (d.h. als Pädagog*in, Therapeut*in etc.) gut in Beziehung mit Betroffenen einer Essstörung kommt und was es dazu auch an persönlichen Eigenschaften braucht, wird im empirischen Teil dieser Arbeit geforscht. Dabei liegt der Fokus aufgrund der Forschungsfrage immer auf der Haltung und Sichtweise der Existenzanalyse.

5.2 Selbstwert (stärken)

„Beim Selbstwert handelt es sich im Gegensatz zum Minderwertigkeitsgefühl um ein Erleben einer positiven Grundeinstellung, bei der sich der Mensch als wertvoll erlebt. Es ist ein erlernbares Gefühl für den eigenen Wert. Dabei geht es im Gegensatz zur Selbstachtung um die Wertschätzung des eigenen Wesens, der eigenen Anlagen und Fähigkeiten“ (Waibel, 2017, S. 135). Der Selbstwert eines Menschen entwickelt sich also in Auseinandersetzung mit seiner Umwelt einerseits und hat Auswirkungen auf das Sozial- und Leistungsverhalten andererseits. Gawel (2016, S. 123) beschreibt für die Entstehungsbedingungen eines gesunden Selbstwerts „die gelebte Verbindung zwischen Eigenwert und Funktionalität, die beide die Basis erfüllender Daseinsbewältigung darstellen“. Wird der Selbstwert ausreichend (früh) gestärkt, wirkt sich dies präventiv auf die Entwicklung abweichenden Verhaltens aus (Waibel, 2017).

Mit einer Essstörung verbunden sind häufig Defizite des Selbstwerts. Aufgrund dessen wird zum Teil versucht, das Essverhalten und das äußere Erscheinungsbild vermeintlichen Schönheitsidealen anzupassen, um so den Selbstwert aufzubessern (Wunderer, 2015). Auch das Streben nach Perfektion und Kontrolle ist ein unbewusster Versuch, Halt und Schutz zu erfahren (Gawel, 2016). Jedoch liegt der Grund des vorhandenen Defizits womöglich in Kindheitstagen, wo die Bedürfnisse des Kindes nicht wahr- oder/und ernstgenommen wurden (Wunderer, 2015).

Aus existenzanalytischer Perspektive liegt die Entwicklung des Selbstwerts drei zentralen motivationalen Fragen zugrunde - der Seinsfrage, der Wertfrage und der Rechtfertigungsfrage. Sie repräsentieren die erste, zweite und dritte Grundmotivation. Sich selbst als wertvoll zu erleben sowie zu spüren, dass man wertvoll für andere ist und die eigenen Handlungen als wertvoll zu erachten - das versteht die EA unter Selbstwert. Dies setzt die Annahme der unbedingten Würde des Menschen sowie das Vorhandensein von Grundvertrauen und Grundwert voraus (Waibel, 2017).

Um den Selbstwert zu fördern, benennt Waibel (2017) mehrere relevante Bereiche. Dazu gehört die Zugewandtheit des Menschen an Werte (und damit auch zu sich), das Sehen und Fühlen der eigenen Freiheit, die Bewusstwerdung der eigenen Verantwortung, die Überwindung des Reduktionismus (d.h. der Reduktion des Menschen auf etwas

Organisches/Funktionelles) sowie die aktive Anwohrtaltung. In ihrem Werk „Erziehung zum Selbstwert“ beschreibt die Entwicklerin der existenziellen Pädagogik diesen zentralen Erziehungsaspekt im Detail.

5.3 Die Zusammenarbeit mit Angehörigen

Aus dem bio-psychozialen Modell resultiert automatisch die Wichtigkeit und das Ausmaß des Einflusses von engen Bezugspersonen auf Betroffene einer psychischen Erkrankung. So können sich Familienmitglieder oder Freunde sowohl positiv als auch negativ auf den Krankheits- und Genesungsverlauf auswirken. Sie wirken oft unbewusst bei der Entstehung dysfunktionaler interpersoneller Teufelskreise mit und tragen somit zur Aufrechterhaltung der Essstörung bei (Treasure et al., 2020, zitiert nach Schmidt 2022). Unterdessen ist die Belastung Angehöriger von Menschen mit einer psychischen Erkrankung sehr hoch. Angst- und Depressionssymptome können die Folge sein (Anastasiadou et al., 2014, zitiert nach Schmidt, 2022).

Aus diesen Gründen ist es wichtig, nahestehende Personen in den Entwicklungsprozess miteinzubeziehen, sie gut zu informieren und auch zu entlasten. Besonders Elternteile machen sich oft Vorwürfe und haben das Gefühl, etwas falsch gemacht zu haben. Auch sie professionell zu begleiten und zu stärken macht Sinn, da sie ihrem Kind folglich offener und verständnisvoller begegnen können. Die Zusammenarbeit mit Angehörigen kann beispielsweise in Form von Selbsthilfegruppen, Workshops oder auch durch diverse Informationsveranstaltungen erfolgen.

In einem Leitfaden von Janet Treasure, Gráinne Smith und Anna Crane (2020) wird ausführlich beschrieben, wie Angehörige von Menschen mit Essstörungen unterstützend wirken können. Sie beschreiben unter anderem verschiedene Fürsorgestile, darunter den sogenannten Delfin. Dieser Fürsorgestil sei besonders empfehlenswert, um Betroffene einer Essstörung zu unterstützen. Der Delfin stupt den betroffenen Menschen in Richtung Sicherheit, schwimmt manchmal voraus, leitet an, schwimmt neben- oder hinterher und begleitet durch schwierige Passagen.

Gegenseitiges Verständnis, Wissen über die Erkrankung, eine wertschätzende Kommunikation sowie die Notwendigkeit eigener Entlastungsmöglichkeiten sind nur einige der im Werk enthaltenen Inhalte.

5.4 Präventionsmöglichkeiten

Grundsätzlich gibt es verschiedene Arten der Prävention. Wunderer (2015) benennt neben der primären, sekundären und tertiären Prävention auch die universelle, selektive und indizierte Prävention sowie die Verhaltens- und Verhältnisprävention. Bei Essstörungen als besonders wirksam scheint jedoch insbesondere die zielgruppenspezifische Verhaltensprävention in Kombination mit der Verhältnisprävention zu sein. Dazu zählt die Beeinflussung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen sowie die Herstellung gesunder Lebensverhältnisse (Gepkens & Gunning-Schepers, 1996, zitiert nach Wunderer, 2015).

So wie Wunderer (2015) benennt auch das Institut Suchtprävention (2022) in ihrem Unterrichtsmaterial zur Prävention von Essstörungen in Schulen die wichtige Rolle der Gruppe von Gleichaltrigen. Die Peers haben demnach großen Einfluss auf das Schlankeitsideal und das Symptomverhalten.

Die Kernthemen der Prävention von Essstörungen im schulischen Setting können nach dem Institut Suchtprävention (2022) folgende Elemente umfassen:

- Selbstvertrauen
- Wahrnehmung des Körpers, eigener Bedürfnisse und Gefühle
- Umgang mit Stress und schwierigen Gefühlen
- Genussfähigkeit
- Gesundes Essverhalten
- Veränderungen des Körpers in der Pubertät
- Einstellung zu Figur und Gewicht
- Kommunikation und Konflikte
- Probleme lösen

Um präventive Maßnahmen auch erfolgreich umzusetzen zu können, sollten einige Aspekte Beachtung finden. Der Fokus im Suchtgefüge sollte stets auf den Schutz- und nicht auf den Risikofaktoren liegen, da eine Darstellung der Symptomatik zu unerwünschtem Probierverhalten führen kann. Zu den Schutzfaktoren zählen beispielsweise ein positives Körperbild, unterstützende Beziehungen, soziale Integration sowie eine kritische Auseinandersetzung mit der Funktionsweise von Medien.

Aufgrund der (wie auch in Kapitel 6.3 näher beschriebenen) hohen Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper soll die Resistenz gegenüber dem Druck, einem schlanken Schönheitsideal entsprechen zu müssen, gefördert werden. Auch geschlechtsspezifische Unterschiede sind zu beachten. Zudem sollten präventive Maßnahmen möglichst früh (in der Vorpubertät) ansetzen und Bildungsangebote für Bezugspersonen angeboten werden (Institut Suchtprävention, 2022).

Ähnlich weisen auch Sinton und Taylor (2010, zitiert nach Wunderer, 2015) auf fünf gängige methodische Vorgehensweisen in der Prävention von Essstörungen hin: Psychoedukation, Soziales Lernen, Erzeugen von Dissonanz (durch Hinterfragen der eigenen Einstellungen und Verhaltensweisen), gendersensibles Vorgehen und Medienkompetenz.

Im Abschlussbericht „Adressatengerechte Angebote bei Essstörungen“ vom Universitätsklinikum Jena konnte festgehalten werden, dass sowohl Betroffene als auch Angehörige die Prävention, Aufklärung und Information in Arztpraxen, Schulen, Mädchen- und Jugendeinrichtungen sowie auf Webseiten und den sozialen Medien bevorzugen. „Als ideales Alter für Prävention fanden Dreiviertel der befragten Angehörigen und Betroffenen eine Altersspanne von 10-13 Jahren ideal“ (Mühleck & Berger, 2018).

6 Ausgewählte existenzielle Aspekte in der Begleitung von Menschen mit Essstörungen

Es finden sich bei jeder Art von psychiatrischer Störung und generell im Leben eines jeden Menschen existenzielle Aspekte. Manche nehmen bei Menschen mit einer Essstörung jedoch mehr Platz ein als andere. So stellt beispielsweise Nahrung ein basales Grundbedürfnis dar, ohne das Leben und Überleben gar nicht erst möglich wäre. Aufgrund der sehr geringen Nahrungsaufnahme, wie es bei der Anorexie der Fall ist, kommt der Körper an die Grenzen seiner Existenz. Bezieht man sich auf die erste Grundmotivation, die als zentrale Frage „Kann ich sein?“ innehat, so wird die Bejahung dieser bereits auf basaler körperlicher Ebene zur Herausforderung. In der zweiten und dritten Grundmotivation der Existenzanalyse geht es, wie in Kapitel 3.5 ausführlicher beschrieben, viel um Werte, Personsein bzw. Identität und Authentizität. Die vierte Grundmotivation bezieht sich wiederum auf den Willen und die persönlichen Perspektiven. Einige den Essstörungen ähnliche Themen finden sich im Bereich der Süchte, weswegen Essstörungen aus existenzanalytischer Sicht unter anderem auch dort verortet werden.

Körper und Körperbild spielen ebenso eine große Rolle beim Erkrankungsbild einer Essstörung und sollten deshalb in die Behandlung oder Begleitung miteinbezogen werden. Hierzu gibt es verschiedene Methoden. Als Beispiel soll in weiterer Folge das Existenzielle Grounding weiter ausgeführt werden.

Doch spielen nicht nur persönliche Eigenschaften, Sehnsüchte, Vorstellungen oder Wünsche und Ähnliches eine Rolle in der Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Auch strukturelle und insbesondere finanzielle Möglichkeiten der Klient*innen sollten mitbedacht werden, weswegen sich Punkt 6.4 dem Thema der Finanzierungsmöglichkeiten und der finanziellen Herausforderungen widmet.

6.1 Nahrung als Grundbedürfnis menschlicher Existenz

Wie das Atmen gehört auch die regelmäßige Aufnahme von Nahrung zu den Grundbedürfnissen menschlichen Lebens. Sich zu ernähren ist dabei phänomenologisch betrachtet eine Form der Selbstzuwendung. Der Körper, das Sein, wird genährt.

Viele Menschen haben ein Thema mit Essen, nicht unbedingt eine Essstörung im engen Sinne, jedoch aber ein nur bedingt gesundes Essverhalten. Sie essen zu viel, zu schnell, zu ungesund, sehr eingeschränkt oder unregelmäßig, sie nehmen sich nicht ausreichend Zeit, essen im Stehen oder am Sofa, holen sich etwas zum Mitnehmen oder besuchen Fastfood-Restaurants. Nicht selten stellt das Essen dabei etwas Funktionelles dar, etwas, das nebenbei geschieht. Dabei gehen jedoch Genuss, Stimmung, Gemeinschaft und Achtsamkeit häufig verloren.

Aufgrund dessen soll an dieser Stelle darauf aufmerksam gemacht werden, dass Essen nicht nur die bloße Aufnahme von Nahrung, sondern mit vielen Beziehungselementen verknüpft ist – insbesondere der Beziehung zu sich selbst.

Das Psychosoziale Zentrum Voitsberg hat in diesem Zusammenhang gemeinsam mit der MedUni Graz und der Abteilung für medizinische Psychologie, Psychosomatik und Psychotherapie sowie des Gesundheitsfonds Steiermark das Projekt „Ernährung macht Sinn“ ins Leben gerufen, wo es um die Stabilisierung der psychischen Gesundheit durch den psychotherapeutischen Ansatz der Existenzanalyse in Verbindung mit Ernährung geht. Das Projekt, welches im sozialpsychiatrischen Behandlungs- und Betreuungssetting durchgeführt wird, bezieht sich dabei auf die personale Existenzanalyse (PEA) und die Ernährungslehre der traditionellen chinesischen Medizin. Es soll dadurch sowohl die psychische Gesundheit als auch das subjektive Wohlbefinden verbessert sowie die Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit der Teilnehmenden gefördert werden (*Ernährung macht Sinn*, 2023).

6.2 Suchtmechanismen bei Essstörungen

„Sucht ist Hunger nach Erleben der eigenen Vitalität, ist der ursprünglich geistige Griff nach mehr Leben, der sich nun psychisch (und somatisch) verselbstständigt hat“ (Längle & Probst, 2020, S. 117).

„In einer Reihe von Untersuchungen konnten deutliche Parallelen zwischen Ess- und Gewichtsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen nachgewiesen werden“ (Steins-Loeber & Paslakis, 2022, S. 212). Diesbezüglich gibt es vermehrt neurobiologische Erklärungsansätze, die insbesondere eine Sensitivierung der dopaminergen Neurotransmission im mesolimbischen Belohnungssystem beschreiben. Vereinfacht gesagt reagiert das Gehirn bei der Sucht hypersensitiv auf mit Belohnung assoziierte Stimuli, welche im Fall einer Essstörung zum Beispiel Lebensmittel oder auch untergewichtige Körperbilder sein können. Hinzu kommt, dass aus selbstgesteuerten Gewohnheiten nun automatisierte und zwanghafte Verhaltensweisen werden, die nicht mehr kontrollierbar sind. Es sind sowohl Veränderungen der neuronalen Aktivierung und kognitiven Funktionen als auch der Plasmakonzentration des appetitregulierenden Hormons Leptin erkennbar (Steins-Loeber & Paslakis, 2022).

Kohler, Rauch und Bachmann (2012) führen in ihrem Artikel „Die Begegnung mit dem Nichts“ weitere neurophysiologische Erkenntnisse und existenzanalytische Perspektiven über den Zusammenhang der inneren Leere und der Sucht an. Dabei erwähnen sie die chronischen Gefühle innerer Leere als ein zentrales Kriterium der Borderline-Persönlichkeitsstörung (welche etwa auch als Komorbidität von Essstörungen benannt wird). „Eng verbunden mit dem Gefühl der Inneren Leere ist ein Erleben extremer körperlicher Anspannung“ (Kohler, Rauch & Bachmann, 2012, S. 19). Auch dieses Phänomen steht in enger Verbindung zum Erleben von Menschen mit Essstörungen.

Aufgrund des als quälend erlebten Gefühls und dem Impuls, diesen Zustand verlassen zu wollen, greifen Betroffene häufig zu drastischen Maßnahmen wie hochdosiertem Alkohol- oder Opiatkonsum bis hin zu selbstverletzendem Verhalten. Auf diese Weise wird einerseits versucht, dem nicht spürbaren Körper näher zu kommen und andererseits der Ohnmacht und Hilflosigkeit zu entkommen (Kohler, Rauch & Bachmann, 2012).

Ebenso dient übermäßiges Essen bei Menschen mit starkem Übergewicht oft dem Zweck, unangenehme und bedrohliche Gefühle wie Angst oder Unsicherheit

auszuweichen. Die Entlastung nach einer Essattacke ist jedoch nicht von Dauer, es folgen schlechtes Gewissen und Schamgefühle. Die Macht des Suchtverhaltens, welches nicht immer leicht von ungünstigen Gewohnheiten zu unterscheiden ist, muss erst bewusstgemacht werden, um Hungergefühle nicht mit anderen Gefühlen zu verwechseln (Davet, 2015). Eine differenziertere Körper- und Emotionswahrnehmung, die Akzeptanz der Suchtmacht sowie die Selbstannahme scheinen daher wichtige Bausteine für die Behandlung und Begleitung von Betroffenen zu sein.

Längle und Probst (2020) charakterisieren das Phänomen der Sucht durch das subjektive Erleben einer Anziehungskraft und einer fremden Macht sowie durch ein Defizit- und Ohnmachterleben. Der Person fehlt es an einer emotionalen Basis, von der aus gegen die Sucht vorgegangen werden könnte. Sie definieren demnach Sucht als „... das gleichzeitige Erleben einer imperativen Anziehungskraft eines Objekts und eines ohnmächtigen subjektiven Defiziterlebens mit ausgeprägt treibendem Charakter“ (Längle & Probst, 2020, S. 112). Dem oder der Süchtigen gehen dabei die eigenen Werte verloren. Auch Viktor Frankl sprach diesbezüglich vom sogenannten existenziellen Vakuum, wo die Sehnsucht nach Sinn und Wert zu einem Gefühl der inneren Leere und im Weiteren zu süchtigem Verhalten führen kann (Frankl, 1986, zitiert nach Längle & Probst, 2020). Bezieht man dies auf Menschen mit Essstörungen, „... geht es dem Hungrigen um die Nahrung, während es dem Eßsüchtigen [sic] *um das Erleben geht*“ (Längle & Probst, 2020, S. 116). Dem physiologischen Hungergefühl liegt eine psychische Bedürftigkeit zugrunde (Längle & Probst, 2020).

6.3 Körperbild und existenzielle Körperarbeit

„Die Körperlichkeit - eigentlich die „Leiblichkeit“ - ist eine konstituierende Dimension des Menschen. Anders gesagt: Der Mensch ist körperlich - oder er ist es nicht. Alles, was wir tun, ist mit unserem Körper verbunden: jeder Gedanke, jede Entscheidung, jedes Erleben und jedes Handeln“ (A. Längle, zitiert nach Angermayer, 2022, o.S.).

Unausweichlich ist eine Essstörung eng mit dem Körper verbunden. Das eigene Bild des Körpers entspricht dabei oft nicht dem äußeren Erscheinungsbild und wird von Betroffenen nicht realitätsgetreu eingeschätzt. Diese sogenannte Körperschema-

Störung zeigt sich insbesondere bei der Anorexie und ist oft auch nach Besserung der eigentlichen Essstörungssymptomatik noch äußerst präsent.

Anhand mehrerer Studien lässt sich beobachten, dass das Körperbild jugendlicher Mädchen sich von ihrem tatsächlichen Gewicht hochgradig unterscheidet. So fühlen sich 48 % aller befragten normalgewichtigen Mädchen, die an der Heidelberger Schulstudie mit insgesamt 5.849 Jugendlichen teilnahmen, zu dick. Auch bei den bereits untergewichtigen Mädchen fühlen sich immer noch ganze 15 % zu dick (Brunner & Resch, 2022, S. 10). Ähnliche Zahlen zeigt die österreichische HBSC-Studie aus dem Jahr 2021/22. Mit insgesamt 7.099 Schüler*innen ist sie europaweit die größte Kinder- und Jugendgesundheitsstudie. Unabhängig vom BMI-Wert, welcher durch Angabe von Körpergröße und Gewicht errechnet wurde, empfinden sich ungefähr 15 % der Mädchen als zu dünn und 40 % als zu dick. Nur knapp die Hälfte der weiblichen Befragten denken, ungefähr das richtige Gewicht zu haben und das obwohl die Zahl der normalgewichtigen Mädchen mit 68 % weitaus höher ist. Bei männlichen 17- und 18-jährigen Jugendlichen, die sich laut BMI im Normalgewicht befinden, empfindet sich hingegen ungefähr ein Drittel davon als zu dünn (Felder-Puig et al., 2023).

Ein negatives Körper selbstbild wird durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst. Hierbei spielen Indikatoren der psychischen Gesundheit wie beispielsweise Einsamkeit, Lebenszufriedenheit und emotionales Wohlbefinden eine bedeutende Rolle. Auch die Nutzung von sozialen Medien und die täglich verbrachte Zeit am Smartphone stehen in Zusammenhang mit der Entwicklung eines negativen Körper selbstbildes (Felder-Puig et al., 2023). Auch Brunner und Resch (2022) heben den Aspekt der Verfügbarkeit und Kommunikation in den sozialen Medien hervor, dessen Einfluss bei Mädchen höher als bei Jungen ist.

„Das Körperbild von Frauen, welches in den Medien gezeigt wird, ist für die meisten nicht zu erreichen. Internalisieren Mädchen und Frauen dieses Bild, ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie unzufrieden mit dem eigenen Körper sind, hoch“ (Götz, 2022, S. 180). Egal, ob in Printmedien, im Fernsehen oder im Internet – hauptsächlich sind stereotype, schlanke weibliche Körper zu sehen. Insbesondere können bildorientierte soziale Medien wie Instagram oder TikTok sowie Communities (z.B. Pro-ANA bzw. Pro-MIA) die

Zufriedenheit mit dem eigenen Körper negativ beeinflussen und gesundheitsschädigendes Essverhalten fördern (Götz, 2022). Um dieses unerreichbare Schönheitsideal nicht länger zu propagieren, wurde 2017 in Frankreich ein Gesetz veröffentlicht, welches Modelagenturen verbietet, Models mit einem BMI von unter 18,5 für Laufstegjobs oder Fotoshootings zu engagieren. Damit soll die Darstellung ungesund dünner Körperbilder in der Modebranche verhindert werden (*Frankreich führt Gesundheitsattest für Models ein*, 2017). Auch die ehemalige österreichische Frauenministerin Gabriele Heinisch-Hosek sprach sich für ein Beschäftigungsverbot untergewichtiger Models aus (*Frauenministerin gegen zu dünne Models*, 2016).

Mangweth-Matzek (2022, S. 110) schreibt dazu: „Medien aller Art tragen dazu bei, dass sich normalgewichtige Kinder und Jugendliche beider Geschlechter als übergewichtig, unmuskulös oder „nicht passend“ empfinden.“ Dabei ist nicht das tatsächliche Gewicht, sondern die Vorstellung und Angst, übergewichtig oder dick zu sein, verantwortlich für die Vulnerabilität der Entstehung eines problematischen Essverhaltens (Brunner & Resch, 2022).

Ähnliche Ergebnisse in Bezug auf die Mediennutzung und die damit verbundenen Auswirkungen auf das Körperbild zeigt die Studie „Schönheitsideale im Internet“, die vom Institut für Jugendkulturforschung und Kulturvermittlung durchgeführt wurde. Demnach geben 65 % der 11- bis 17-Jährigen einen Zusammenhang zwischen den Inhalten in sozialen Netzwerken und dem eigenen Schönheitsempfinden an. Rund 70 % der insgesamt 400 befragten Jugendlichen scheinen zumindest „eher zufrieden“ mit ihrem Aussehen zu sein, obwohl gut die Hälfte (51 %) gerne etwas am eigenen Körper ändern würde (bei Mädchen sind es 60 %). 28 % haben sogar schon über eine Schönheitsoperation nachgedacht (*Neue Studie: Schönheitsideale im Internet*, 2024).

Die folgende Grafik zeigt die Ergebnisse der soeben erwähnten Studie und bietet einen guten Überblick darüber, warum Jugendliche aufgrund der Schönheitsideale im Internet so unter Druck geraten und welche Strategien gegen negative Einflüsse angewandt werden können.

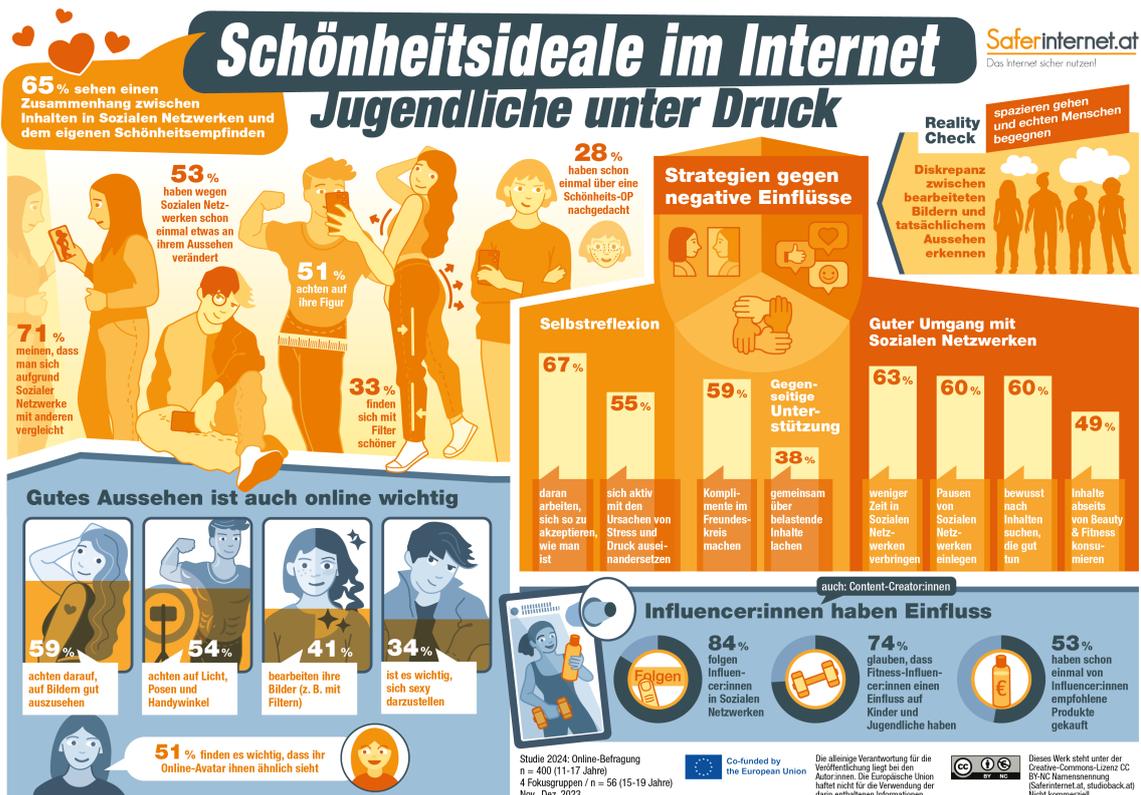


Abb. 5: Schönheitsideale im Internet
(Neue Studie: Schönheitsideale im Internet, 2024)

Sowohl als Präventions- als auch als Interventionsmaßnahme für ein positives Selbstbild kann die Arbeit mit dem Körper wirksam werden. Für Betroffene einer Essstörung erscheint der eigene Körper oft sehr schambehaftet oder wird als etwas Funktionelles betrachtet. Nun ist der Körper aber der kleinstmögliche Raum, in den wir einziehen können. Fühlen wir uns in ihm zuhause, so kann darin Ruhe und Entspannung erlebt werden. Um diesen Raum zu öffnen und in ihm gerne verweilen zu können, braucht es Zuwendung.

Achtsamkeit spielt sowohl bei der Körperarbeit als auch bei vielen anderen therapeutischen Methoden zur Behandlung von Essstörungen eine bedeutende Rolle. Ein bewusstes Wahrnehmen, Spüren und Vorstellen kann den Betroffenen die Möglichkeit eines Perspektivenwechsels ermöglichen und sie so im Prozess unterstützen.

Mittels Atemübungen kann Achtsamkeit beispielsweise praktiziert werden, wodurch sich Gelassenheit und Freiheit einstellen. Ziel der Behandlung durch Atemübungen ist ein Lösen der Fixierungen auf Körper, Gewicht und Kalorien (Seifert, 2010). Auch bei den verschiedenen Körperwahrnehmungsübungen, wie sie oft im Yoga stattfinden, wird der

Fokus immer wieder auf den eigenen Atem gelenkt und dadurch ein meditationsähnlicher Zustand erzielt.

Des Weiteren steht die Breema Körperarbeit unter dem Thema Achtsamkeit. Das wird bereits deutlich, wenn man die Begriffszusammensetzung betrachtet: **B**eing, **R**ight now, **E**verywhere, **E**very moment, **M**yself, **A**ctually. Es geht dabei um die reine Wahrnehmung des Körper-Habens und Leib-Seins für ein Erleben der eigenen Präsenz (Angermayer, 2009).

Aus der Existenzanalyse heraus hat sich das Existenzielle Grounding entwickelt. Es meint im Wesentlichen ein Sich-Erden im Hier und Jetzt und versucht einen Kontakt zu unserem Körper-Leib herzustellen, zum körperleiblichen Fühlen und Spüren – ein Wahrnehmen und Annehmen dessen, was ist. Durch sogenannte Grounding-Übungen kann es gelingen, eine Verbindung zum Körper-Leib aufzubauen, um so die Wahrnehmungsfähigkeit sowie die Präsenz des eigenen Daseins – ein absichtsloses Bei-sich-sein – zu stärken (Angermayer, 2014). Das Existenzielle Grounding nutzt dabei Elemente der Breema-Körperarbeit und des Focusing.

Indem wir Beziehung aufnehmen zu unserem bloßen Dasein (durch Atem und Gewicht), wird unser Vertrauen ins Leben selbst genährt und unterstützt. Existenzanalytisch gesehen erfahren wir dabei Seinsgrund (Raum und Halt) und finden zu einer tiefen Gelassenheit, Ruhe und Akzeptanz. Die Beziehung zu unserem „vorreflexiven“ leiblich gespürtem Dasein und die Erfahrung der Präsenz aktivieren unsere (Selbstheilungs-)Kräfte und öffnen uns neu für unser Leben (Grundwert). (Angermayer, 2022, o.S.)

Aus dem körperorientierten Arbeiten erschließt sich die Verbindung zur Behandlung von Essstörungen. Durch die Erdungsübungen und eine begleitende Haltung der Therapeutenperson können Betroffene Entspannung erfahren und lernen, ihren Körper so wahrzunehmen, wie er ist und spüren, was er braucht. In Anbetracht der zuvor beschriebenen Verzerrung des Körperbildes, ergibt sich außerdem der Gedanke eines möglichen präventiven Ansatzes, welcher die gesunde Wahrnehmung des eigenen Körpers fördert. Hiermit könnte etwa bereits in Kindergärten oder Schulen spielerisch begonnen werden.

6.4 Behandlungskosten und Finanzierungsmöglichkeiten

Eine Psychotherapie ist meist mit Kosten verbunden. Diese belaufen sich in Österreich im Durchschnitt auf 70 € bis 150 € pro Sitzung à 50 Minuten (Hofbauer, 2024).

Grundsätzlich gibt es die Möglichkeit, einen Teil der Kosten beim jeweiligen Sozialversicherungsträger geltend zu machen. Der restliche Betrag muss jedoch selbst geleistet werden. Somit müssen Klient*innen, je nach Vereinbarung mit der therapeutischen Fachperson, einerseits dazu in der Lage sein, das Geld vorzustrecken und andererseits die finanziellen Mittel haben, um den verbleibenden Betrag entrichten zu können.

Ein Beispiel: Personen, die bei der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) versichert sind und zehn Einheiten bei einer freiberuflichen tätigen Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten in Anspruch nehmen möchten, bekommen gemäß §131b ASVG einen Kostenzuschuss in Höhe von 33,70 € pro Einheit. So entstehen (bei einem Honorar von 100€) Kosten von 663 €. Zudem ist noch vor der zweiten Einheit eine ärztliche Untersuchung notwendig, um die physische Vereinbarkeit festzustellen. Es sollte außerdem mitbedacht werden, dass auch Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen Unterstützung benötigen, wofür meist wiederum Geld in die Hand genommen werden muss.

Zur Info: Für die Angehörigen von Menschen mit Essstörungen gibt es in Graz das LeLi-Tageszentrum, welches (sowohl online als auch in Präsenz) regelmäßig kostenlose Angehörigenabende und Angehörigenworkshops anbietet. Zusätzlich zu den Kosten für eine Psychotherapie können zudem notwendige Leistungen wie beispielsweise eine Physiotherapie oder Osteopathie, welche die körperliche Ebene in die Behandlung miteinbeziehen, hinzukommen.

Was kann man nun tun, um finanzielle Unterstützung zu bekommen?

Die steirischen Krankenkassen stellen im Jahr ein Gesamtkontingent von 100.000 Therapiestunden zur Verfügung, davon rund 60.000 Stunden bei niedergelassenen Therapeut*innen und 6.000 speziell für Kinder und Jugendliche. Die Koordination der zu vergebenden Plätze findet durch das Netzwerk Psychotherapie und den Verein VAPP-Steiermark statt (Gesundheitsfonds Steiermark, 2024).

Unter <https://psychotherapie-steiermark.net/> kann man sich über kostenlose Therapieplätze in der Steiermark informieren. Fast alle österreichischen Sozialversicherungsträger bieten mittlerweile eine Kostenübernahme an (Schenk, o.D.). Die freien Plätze sind jedoch beschränkt und die Inanspruchnahme oft mit langen Wartezeiten verbunden. So gibt es Stand 1. August 2024 beispielsweise keinen einzigen verfügbaren Kassenplatz in Graz. Die Website bietet einen guten ersten Überblick darüber, was Psychotherapie ist, welche Methoden es gibt und wo es freie Plätze gibt.

Immer wieder gibt es auch Projekte und andere Angebote, die den Zugang zur Psychotherapie erleichtern. In Österreich können Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis zum 22. Geburtstag beispielsweise durch das Projekt „Gesund aus der Krise“ vom Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen (o.D.) in Kooperation mit dem österreichischen Berufsverband für Psychotherapie kostenlos Therapie in Anspruch nehmen. Auch Sucht- und Familienberatungsstellen bieten niederschwellige Angebote. Oft sind diese jedoch auf zehn oder 15 Einheiten beschränkt und die Wartezeiten sehr lange.

Als derzeitige psychotherapeutische Ausbildungskandidatin und ehemalige Praktikantin in diversen therapeutischen und psychiatrischen Institutionen habe ich die Erfahrung gemacht, dass es vielen Betroffenen nicht möglich ist, die entsprechenden Kosten einer Therapie zu tragen, obwohl der Bedarf und die Motivation groß sind, etwas an ihrem Leidenszustand zu verändern. Es bleibt zu hoffen, dass in Zukunft die finanziellen Ressourcen zur Unterstützung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung erweitert werden.

„Ein Gesamtvertrag der Krankenkassen mit den Psychotherapeut*innen war bereits vor Jahren ausverhandelt, scheiterte allerdings aus politischen Erwägungen und Kostengründen“. Die präventive Wirkung einer Psychotherapie könnte die Kosten im Gesundheitswesen zudem mittel- und langfristig senken (Hofbauer, 2024).

7 Wichtige Adressen: Anlaufstellen und Notrufnummern in der Steiermark

An dieser Stelle sollen die wichtigsten stationären und ambulanten Einrichtungen für Menschen mit Essstörungen aufgelistet werden, ebenso wie die 24h-Notrufnummern verschiedener Organisationen.

Stationäre und ambulante Einrichtungen:

- **Landeskrankenhaus Universitätsklinikum Graz - Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie**

Adresse: Auenbruggerplatz 31, 8036 Graz

Tel.Nr.: +43 316 385-13612

E-Mail: psychiatrie@uniklinikum.kages.at

- **Landeskrankenhaus Graz II - Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Standort Süd**

Adresse: Wagner Jauregg Platz 1, 8053 Graz

Tel.Nr.: +43 316 21912534

E-Mail: kjp@lkh-graz2.at

- **AMEOS Klinikum Bad Aussee, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**

Adresse: Sommersbergseestraße 395. 8990 Bad Aussee

Tel.Nr.: +43 3622 52100

E-Mail: k.A.

- **Landeskrankenhaus Graz II - Standort Bruck**

Adresse: Tragösser Straße 1, 8600 Bruck an der Mur

Tel.Nr.: +43 3862 895 5401

E-Mail: k.A.

- **Landeskrankenhaus Hochsteiermark - Standort Leoben - Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Adresse: Vordernberger Straße 42, 8700 Leoben

Tel.Nr.: +43 3842 401 2463

E-Mail: kjpambulanz.leoben@kages.at

- **Lebens.Liebe Tageszentrum für Menschen mit Essstörungen**

Adresse: Reininghauspark 7, 8020 Graz

Tel.Nr.: +43 676 847155580

E-Mail: leli@lebensgross.at

- **Drogenberatung des Landes Steiermark**

Adresse: Friedrichgasse 7, 8010 Graz

Tel.Nr.: +43 316 326044

E-Mail: drogenberatung@stmk.gv.at

Notrufnummern (24/7 Erreichbarkeit):

- Psychiatrisches Krisentelefon PsyNot: 0800 449933
- Rat auf Draht: 147

Empirischer Teil

8 Empirisches Interesse

Im Internet finden sich viele Berichte rund um das Thema Essstörungen. Genaue Zahlen zur Anzahl der Betroffenen lassen sich daraus jedoch nur teilweise ableiten. Diese divergieren je nach Studie stark. In einem Artikel von Juni 2024 bezieht sich die österreichische Tageszeitung „Der Standard“ auf eine deutsche Studie der Kaufmännischen Krankenkasse, welche einen deutlichen Anstieg von Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating-Disorder verzeichnet. Dieser Erhebung zufolge sollen die Fälle zwischen 2012 und 2022 bei den zwölf- bis 17-jährigen Mädchen um rund 54 Prozent angestiegen sein (Hausbichler, 2024). Die österreichische Ärztezeitung berichtet von etwa vier Prozent der weiblichen elf- bis 18-jährigen Jugendlichen und 0,3 Prozent der männlichen Jugendlichen im selben Alter, die an einer Essstörung erkranken. Im Gegensatz zum Standard Artikel spricht sie jedoch von unverändert hohen Zahlen. Außerdem sollen rund drei Viertel der Erkrankungen weder diagnostiziert, noch adäquat begleitet sein (*Essstörungen: Großteil nicht diagnostiziert*, 2023).

Die Frage nach der Wirksamkeit psychotherapeutischer Methoden ist (u.a. aufgrund der erschwerten Messbarkeit) überaus komplex und hängt von verschiedenen Faktoren ab. Die Kognitive Verhaltenstherapie gilt dabei als die psychotherapeutische Richtung, deren Wirkungen am besten erforscht sind. Das heißt aber nicht, dass andere Therapieverfahren weniger hilfreich sind. Auch die Existenzanalyse weist „... hohe bis sehr hohe Verbesserungen in der Schwere der körperlichen, psychischen und interpersonalen und der Gesamtbeeinträchtigung ...“ auf (Laireiter et al., 2013, S. 12). Die Wirksamkeit der Logotherapie und Existenzanalyse ist vergleichbar mit jener anderer Therapierichtungen. Dabei kommt zum Vorschein, dass der Fokus weniger auf einer schnellen Symptomentlastung, sondern mehr auf einer langfristigen Entlastung liegt (Längle et al. 2000, zitiert nach Laireiter et al., 2013).

In der Behandlung und Begleitung von Menschen mit Essstörungen durch das psychotherapeutische Verfahren der Existenzanalyse werden in der Fachliteratur einige Fallstudien und theoretische Artikel beschrieben. Als Beispiel dient etwa der Artikel „Existenzanalytische Therapie von Anorexie und Bulimie“ von Helene Drexler oder der

gemeinschaftlich verfasste Artikel „Bulimie - Die betrogene Verheissung: Phänomenologisches Verständnis und existenzieller Zugang“ von Alfried Längle et al. Konkrete repräsentative und umfassende Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit der Existenzanalyse bei Essstörungen gibt es zum jetzigen Zeitpunkt nicht. Hierzu bedarf es weiterer wissenschaftlicher Auseinandersetzung.

Der empirische Teil dieser Masterarbeit soll einen Überblick über den existenziellen Zugang in der Begleitung von Menschen mit Essstörungen bieten und sich darauf fokussieren, was eine wertvolle Begleitung ausmacht. Es geht in diesem Fall um die Perspektiven der psychotherapeutischen Fachpersonen. Sie sind Expert*innen der Existenzanalyse und ermöglichen mit ihrem Hintergrund der humanistischen Ausrichtung einen umfassenden Blick auf die Person.

Die Sicht betroffener Personen zu untersuchen, wäre ebenso äußerst spannend und könnte Aufschluss darüber geben, was diese in der Begleitung als wichtig und wertvoll ansehen.

Das LeLi-Tageszentrum für Menschen mit Essstörung in Graz arbeitet neben anderen Methoden wie beispielsweise der Neurodeeskalation bereits nach den Grundlagen der Existenzanalyse. Seit August 2024 gibt es den Podcast „LeLi - Warum es um Lebens.Liebe und nicht ums Essen geht“, der sowohl Informationen aus Expert*innensicht als auch aus der Sicht von Betroffenen bereitstellt.

9 Ethik und Datenschutz

In jedem sozialwissenschaftlichen Forschungsprozess spielen ethische Richtlinien eine zentrale Rolle. Sie dienen als Leitfaden für den Umgang mit menschlichen Teilnehmer*innen und stellen sicher, dass die Forschung auf verantwortungsvolle und respektvolle Weise durchgeführt wird. Sie orientieren sich an Grundprinzipien wie Respekt für die Autonomie, Gerechtigkeit und Schutz vor Schaden. Auch die hier beschriebene Forschung wurde sorgfältig entwickelt, um diesen ethischen Richtlinien zu entsprechen.

Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass die Einhaltung ethischer Richtlinien nicht nur eine Frage des Befolgens von Regeln ist, sondern auch eine Frage der Achtung und Anerkennung der Würde und Rechte der beteiligten Personen. Daher wird nicht nur Wert auf die Einhaltung dieser Richtlinien gelegt, sondern auch auf eine klare und transparente Kommunikation mit Interviewpartner*innen.

Die Einwilligung der zu interviewenden Person ist dabei ein Schlüsselement. Sie muss umfassend über den Zweck und den Prozess der Forschung informiert werden – nur so kann eine informierte Entscheidung über die Teilnahme getroffen werden.

Darüber hinaus ist es unerlässlich, die Privatsphäre und Anonymität der Expert*innen und der im Gespräch erwähnten dritten Personen zu schützen. Dies bedeutet, dass alle personenbezogenen Daten mit höchster Sensibilität behandelt und alle notwendigen Maßnahmen ergriffen werden, um sicherzustellen, dass diese Daten nicht in die falschen Hände geraten oder auf eine Weise verwendet werden, die ihnen schaden könnte. Letztendlich sind diese ethischen Richtlinien Ausdruck einer Verpflichtung gegenüber den Interviewpartner*innen und der Gesellschaft im Allgemeinen, Forschung auf eine Weise durchzuführen, die respektvoll, verantwortungsvoll und transparent ist.

Einwilligung

Zunächst ist es notwendig, die Einwilligung aller an der Forschung beteiligten Menschen einzuholen. Das heißt, dass die Expert*innen ausreichend über alle relevanten Forschungsaspekte informiert werden müssen und folglich nach eigenem Ermessen der

Durchführung des Interviews zustimmen oder diese ablehnen. Dieser Prozess wird mit der Unterschrift der jeweiligen Fachperson und der Unterschrift des/der Forschenden bestätigt, sodass ein Vertrag zustande kommt. Man spricht von einer informierten Einwilligung. Diese Form der Einwilligung basiert auf dem Prinzip des Respekts für die beteiligten Personen und beinhaltet das Recht auf Selbstbestimmung, welches einen Bestandteil des gesetzlich geregelten Datenschutzes darstellt (Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten, 2017).

Seitens der Teilnehmer*innen wird durch die Einwilligung vorausgesetzt, dass sie die Konsequenzen ihrer Teilnahme abschätzen können. Zu keiner Zeit darf es zur Überforderung durch die forschende Person kommen, welche beispielsweise einen Zeitdruck auslösen könnte, was als Belastung für die Teilnehmer*innen wahrgenommen wird (Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten, 2017).

Ebenso muss erfragt werden, ob die Einwilligung für Ton- und Videoaufzeichnung gegeben wird. Eine Zustimmung sollte im situativen Kontext noch einmal gesondert eingeholt werden, um Missverständnisse ausschließen zu können.

10 Empirisch-methodisches Vorgehen

Bei der Datenerhebung ist eine detaillierte Dokumentation des Forschungsvorhabens und der Methodik unerlässlich. Umso wichtiger ist es, hierbei auch auf eine Veröffentlichung zu achten, welche keine Verfälschung der Ergebnisse durch Auslassungen beinhaltet. Daher dürfen Ergebnisse nicht manipuliert, überinterpretiert, erfunden oder gestohlen werden (Döring, 2022).

Um diesbezüglich Transparenz zu wahren, folgt eine detaillierte Abbildung der einzelnen Schritte der durchgeführten Forschung.

10.1 Entscheidung des Themas & Wahl der Forschungsfrage

Bei der Überlegung der Forschungsfrage und der damit verbundenen Art und Weise des empirischen Vorgehens folgte ich in erster Linie meinem persönlichen Interesse. Ich dachte darüber nach, welche Inhalte mich während meiner studentischen Laufbahn und meiner Fort- und Weiterbildungen besonders interessiert haben. Das waren stets die persönlichen Geschichten von Menschen. Jede*r trägt sein eigenes „Päckchen“, steht vor schwierigen Entscheidungen, begegnet Herausforderungen und durchlebt Phasen, in denen es einem mal mehr und mal weniger gut geht. Viele Menschen müssen leider schon sehr früh sehr schwierige Situationen meistern, haben dabei womöglich Traumatisches erlebt und überlebt. Ich habe mich immer schon dafür fasziniert, was Menschen antreibt, was sie begeistert und was das Leben für sie bedeutet. Psychische Erkrankungen habe ich dabei nie als Tabuthema gesehen. Menschen überhaupt in gesund und krank zu unterscheiden erscheint mir fraglich. Um Hilfe zu bitten und sowohl private, als auch professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen zu können, sollte einem jeden Menschen möglich sein.

Dem Erkrankungsbild einer Essstörung begegnete ich zum ersten Mal während meines Praktikums im Bachelorstudium, als ich einen jungen Mann auf der Abteilung für Neurologie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters kennenlernte.

Er litt unter starker Anorexie. In den wenigen Gesprächen mit ihm fiel mir auf, dass er kognitiv ganz klar, der Zugang zu seinen Gefühlen jedoch erheblich eingeschränkt war.

Ich fühlte eine extreme Strenge, mit der er sich selbst begegnete. Leider fehlte mir damals noch das notwendige Wissen, um meine Wahrnehmungen einordnen zu können.

Neben meinem persönlichen Interesse entschied ich mich auch wegen des damals anstehenden Praktikums beim LeLi-Tageszentrum für das Themenfeld der Essstörungen, weswegen dieses an der ein oder anderen Stelle in dieser Arbeit erwähnt wird.

Mein Praktikum fand im Zeitraum von 04. März 2024 bis 14. Juni 2024 statt. Über diese 15 Wochen hinweg hatte ich an zwei Tagen pro Woche die Möglichkeit aktiv am Geschehen im „LeLi“ teilzunehmen. Ich durfte in dieser Zeit lernen, dass es bei Essstörungen eben nicht um das Essen per se geht.

Das Tageszentrum versteht sich als Brücke zwischen stationärer und ambulanter Behandlung und bietet Menschen ab dem 14. und bis zum 40. Lebensjahr, welche an Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa leiden, die Möglichkeit der Teilnahme an multidisziplinären Angeboten. Diese erstrecken sich von Psychotherapie über Skillstraining, NeuroDeeskalation, Alltagstraining sowie Ernährungsberatung und körperorientierte Therapien wie beispielsweise Yoga bis hin zu Kochgruppen, Entspannungsübungen und vielem mehr. Dabei wird immer darauf geachtet, welche Therapien für welche Teilnehmer*innen passend und hilfreich sind.

Neben den Angeboten zur Behandlung der Essstörung selbst, gibt es außerdem auch Informationsveranstaltungen, Gruppenangebote und Hilfestellung für Angehörige (LeLi-Tageszentrum, o.D.).

Diese Überlegungen und Beobachtungen führten mich zu meinem Forschungsvorhaben, in dem durch Expert*inneninterviews ein weitgehendes Verständnis dafür gewonnen werden soll, wie Menschen mit Essstörungen auf ihrem Weg zu einem selbstbestimmten Leben begleitet werden können.

10.2 Qualitative Forschung: leitfadengestützte Expert*inneninterviews

Für die Erfassung subjektiver Konstrukte von Gesundheit eignen sich insbesondere qualitative Untersuchungsmethoden, wie beispielsweise Expert*inneninterviews, Fallstudien oder Gruppendiskussionen. Qualitative Methoden ermöglichen ein hohes Maß an inhaltlicher Tiefe und Flexibilität, bringen aber auch mehr Aufwand bei der Durchführung und Auswertung sowie eine geringere Objektivität mit sich.

Aufgrund des Forschungsvorhabens, welches tiefe Einblicke in persönliche professionelle Ansichten gewähren soll, wurde eine qualitative Herangehensweise präferiert. Die Entscheidung, leitfadengestützte Expert*inneninterviews durchzuführen, beruht auf der primären Forschungsfrage dieser Arbeit, die durch persönliche Gespräche eine nähere Auseinandersetzung ermöglichen, ein tieferes Verständnis für existenzanalytische Perspektiven gewähren sowie Unterschiede und Gemeinsamkeiten zu bestehender Fachliteratur zeigen soll.

Leitfadengestützt bedeutet in diesem Fall, dass vor der eigentlichen Durchführung der Interviews ein Leitfaden erstellt wurde, welcher verschiedene Elemente umfasst, die alle der Beantwortung der Forschungsfrage dienen sollten. Gestützt deshalb, da der Leitfaden mehrere Fragen beinhaltet, die als Anhaltspunkte und Unterstützung der interviewenden Person dienen und nicht jede darauf stehende Frage gestellt wurde, sondern auch spontane Fragen ermöglichten – je nach dem, was das Gespräch ergab. Schlussendlich beinhaltete der Leitfaden sechs Hauptkategorien mit je ein bis maximal acht Fragen.

10.3 Auswahl der Expert*innen

Mit Finalisierung der Forschungsfrage *„Wie können Menschen, die an einer Essstörung leiden, gut begleitet werden, um ein selbstbestimmtes Leben zu führen?“* kam ich schnell zum Entschluss, für ihre Beantwortung Expert*innen der Existenzanalyse interviewen zu wollen. Ebenso hätte mich auch der Fokus auf die komplexe multiprofessionelle Zusammenarbeit interessiert. Aufgrund der von mir gewählten Perspektive der Existenzanalyse entschied ich mich aber – existenzanalytisch gesprochen – mit der vierfachen Zustimmung dazu, Existenzanalytiker*innen zu interviewen. Dies sind

Personen, welche das psychotherapeutische Fachspezifikum in der Fachrichtung der Existenzanalyse absolvieren und sich im sogenannten Status „in Ausbildung unter Supervision“ befinden oder jene, die ihre Ausbildung bereits abgeschlossen haben und in der Liste des Bundesministeriums als Psychotherapeut*innen eingetragen sind. Alle ausgewählten Interviewpartner*innen arbeiten in unterschiedlichen Settings, teils in sozialen und/oder therapeutischen Einrichtungen, in freier Praxis oder auch im schulärztlichen Kontext. Die Interviews fanden im Zeitraum von Juni bis August 2024 statt, zumeist in der psychotherapeutischen Praxis der Fachperson, was den großen Vorteil hatte, dass sich die Suche nach einem geeigneten Ort für die Durchführung der Interviews sehr einfach gestaltete und dort auch die nötige Ruhe und Atmosphäre vorhanden war, die es braucht, um sich sowohl konzentrieren als auch entspannen zu können.

Bei der Auswahl der Expert*innen wurde darauf geachtet, die Diversität in Bezug auf Alter und Geschlecht zu wahren. So ergaben sich Gespräche mit drei Experten und fünf Expertinnen. Die Psychotherapeut*innen kommen aus unterschiedlichen österreichischen Bundesländern: Kärnten (zwei), Steiermark (vier) und Wien (zwei). Ein Interview fand aufgrund der örtlichen Distanz online statt, was jedoch dem inhaltlichen Gehalt keinen Abbruch tat.

Mittels schriftlicher Einwilligung der Interviewpartner*innen wurde festgelegt, dass in dieser Masterarbeit ihr voller Name angeführt werden darf. Aus diesem Grund möchte ich an dieser Stelle kurz die Expert*innen, dank welcher ich meinen empirischen Teil überhaupt erst durchführen konnte, vorstellen:

Dr. Alfried Längle

Herr Dr. Alfried Längle ist Psychotherapeut, Arzt, klinischer Psychologe und Coach. Als Begründer der modernen Existenzanalyse und Logotherapie lebt und arbeitet er heute in Wien. Seine Verbindungen reichen jedoch weit über die österreichischen Grenzen hinaus und er ist auch international, beispielsweise in Russland, Rumänien oder Argentinien beruflich vertreten. Dr. Längle ist außerdem Ehren-Präsident der Internationalen Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (GLE-I) (Längle, o.D.).

Eva Eckhard, BA MA

Frau Eva Eckhard ist Philosophin und eingetragene Psychotherapeutin. Nachdem sie lange beim Verein Zebra tätig war, arbeitet sie nun seit 2019 als Psychotherapeutin in freier Praxis in Graz und widmet sich dort diversen existenziellen Themen. Besonders interessiert sie die Körperarbeit, weswegen sie bereits einige Aus- und Weiterbildungen in diesem Zusammenhang absolviert hat (Eckhard, 2023).

Ich selbst kenne Eva schon seit mehreren Jahren und habe sowohl im Rahmen meiner psychotherapeutischen Ausbildung als auch privat einige Selbsterfahrungseinheiten bei ihr gemacht. Danke für deine Unterstützung!

Mag. Alma Brkic-Elezovic

Frau Mag. Brkic-Elezovic ist Sozial- und Integrationspädagogin. Nach ihrem Studium war sie in unterschiedlichen pädagogischen Settings tätig und absolvierte außerdem die psychotherapeutische Ausbildung. Diese wie auch die Zusatzqualifikation zur Kinder- und Jugendpsychotherapeutin schloss sie 2021 ab. Seit 2018 ist sie in freier Praxis in Klagenfurt tätig und legt dort ihren Fokus auf das Thema Beziehung (Brkic-Elezovic, o.D.). Frau Brkic-Elezovic befindet sich außerdem momentan in Ausbildung zur Lehrtherapeutin der Psychotherapierichtung Existenzanalyse und ist neben Dr. Martin Hötzer und Dr. Johann Zeiringer Teil des Ausbildungsteams jenes Fachspezifikums, wo ich mich in Ausbildung befinde.

Dr. Martin Hötzer

Dr. Martin Hötzer ist seit vielen Jahren Ausbilder bei der GLE Österreich und wie soeben erwähnt auch Ausbilder meines Fachspezifikums. Schon während seines Medizinstudiums packte ihn die Leidenschaft für die menschliche Psyche, weswegen er heute neben seiner medizinischen Tätigkeit als praktischer Arzt und Schularzt auch als Psychotherapeut in Spittal an der Drau (Kärnten) arbeitet (Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse, 2024).

Mag. Nina Baumgartner

Mag. Nina Baumgartner ist studierte Juristin, Psychotherapeutin und Gründerin des im Jahr 2021 eröffneten LeLi-Tageszentrums für Menschen mit Essstörungen in Graz, wo ich von März bis Juni 2024 mein psychotherapeutisches Praktikum absolvieren durfte. Mit

dem Tageszentrum schuf sie ein niederschwelliges Angebot für Betroffene, welches eine Versorgungslücke zwischen den stationären Krankenhausaufenthalten und der ambulanten Betreuung schloss. Für sie steht stets der Mensch im Mittelpunkt und nicht die Krankheit (LeLi-Tageszentrum, o.D.). Dieser Zugang ist in allen Ecken des Tageszentrums spürbar.

Dr. Helene Drexler

Frau Dr. Drexler absolvierte neben dem Studium der Psychologie und Pädagogik auch die Psychotherapieausbildung sowie die Ausbildung zur Lebens- und Sozialberaterin. Als Coach, Psychotherapeutin und Lehrtherapeutin der Existenzanalyse arbeitet sie in Wien. Als Vorsitzende der GLE Österreich ist sie maßgeblich beteiligt an diversen wissenschaftlichen Entwicklungen der Psychotherapie (Drexler, 2024). Die Arbeit mit Menschen mit Essstörungen ist, wie sie mir in unserem Interview erzählte, für sie eine wahre Herzensangelegenheit.

Mag. Christine Brugger

Frau Mag. Christine Brugger ist Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision und seit Eröffnung des LeLi-Tageszentrums Teil des multiprofessionellen Teams. Sie studierte Psychologie und ist neben ihrer Tätigkeit im „LeLi“ auch in freier Praxis in Graz tätig (Brugger, o.D.). Ich durfte sie während meines Praktikums als äußerst herzliche und feinfühlig Person kennenlernen.

Dr. Johann Zeiringer

Herr Dr. Johann Zeiringer absolvierte nach seinem Medizinstudium an der Universität Graz die Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Neurologie. Seit 2002 arbeitet er als Facharzt und Psychotherapeut im psychosozialen Zentrum Voitsberg, wo er auch die ärztliche Leitung innehat. Bereits seit 1998 ist er Existenzanalytiker und Mitarbeiter des Institutes für Existenzanalyse und Logotherapie in Graz, wo er in freier Praxis tätig ist (Universitätslehrgang-Existenzanalyse, 2024). Zusammen mit Dr. Hötzer bildet er seit vielen Jahren auch Ausbildungs-kandidat*innen des Fachspezifikums aus.

10.4 Zugang, Kontaktaufnahme & Terminvereinbarung

Da ich mich selbst in Ausbildung zur Psychotherapeutin in der Richtung der Existenzanalyse befinde und auf diesem Weg bereits einige Therapeut*innen kennengelernt habe, war es recht einfach, Zugang zum Forschungsfeld zu erlangen und mit den Expert*innen in Kontakt zu treten. Durch das Praktikum im „LeLi“ lernte ich außerdem noch weitere Existenzanalytikerinnen kennen, die durch ihre Tätigkeit im Tageszentrum für Menschen mit Essstörungen viele praktische Erfahrungen aus diesem Bereich mitbringen.

Die Kontaktaufnahme erfolgte teils per Mail, vorwiegend jedoch persönlich. Die Terminvereinbarung gestaltete sich, ähnlich wie die Kontaktaufnahme, einfach und unkompliziert. Ein großer Vorteil bei der Vereinbarung war mit Sicherheit die Möglichkeit, die Praxisräumlichkeiten der Expert*innen für das Interview nutzen zu dürfen. Diese Tatsache sowie die Flexibilität ein Interview auch online zu machen, erleichterte mir die Organisation der Interviews. Für jenes Interview, welches online durchgeführt wurde, nutzte ich die von der Universität Graz kostenlos zur Verfügung gestellte Plattform „UniMEET“. Obwohl ich Menschen am liebsten in Präsenz begegne, stellte die virtuelle Durchführung kein Hindernis dar. Auch der inhaltlichen Aussagekraft tat dies keinen Abbruch. Das Interview war, ebenso wie alle anderen, sehr spannend.

10.5 Erstellung des Interviewleitfadens

Der Aufbau des Interviewleitfadens für die insgesamt acht Expert*inneninterviews folgte einer ähnlichen Untergliederung wie der des theoretischen Teils dieser Arbeit.

Es wurde darauf geachtet, dass der Leitfaden nur Fragen enthält, welche auch zur Beantwortung der Forschungsfrage dienen. Aufgrund dieser Überlegungen ergeben sich folgende Hauptkategorien mit je einer und bis zu bis acht Unterfragen:

1. Einstieg
2. Existenzanalytische Perspektiven auf Essstörungen
3. Professionelle Begleitung
4. Der Begriff der Selbstbestimmung
5. Begleitung von und durch Angehörige(n)
6. Zum Abschluss

Als Einstiegsfrage wurden die Experten und Expertinnen gebeten von ihrer ersten Begegnung mit Menschen, die an einer Essstörung litten, zu berichten. Dies sollte den Interviewpartner*innen den thematischen Einstieg in das Thema erleichtern und an die persönliche Erlebniswelt anknüpfen. Anschließend wurde die Frage nach der existenzanalytischen Betrachtungsweise auf das Themenfeld der Essstörungen gestellt, worauf Fragen zur professionellen Begleitung und zum Begriff der Selbstbestimmung folgten. Auch die Begleitung von und durch Angehörige(n) wurde thematisiert und zum Schluss eine sowohl retrospektive als auch zukunftsorientierte Frage gestellt.

Nach Durchführung der Expert*inneninterviews konnte festgestellt werden, dass der Leitfaden zu umfangreich war und während des Interviews lediglich die wichtigsten, für die Beantwortung der Forschungsfrage notwendigen, Fragen gestellt wurden.

Die Antworten der Experten und Expertinnen waren sehr ergiebig und bedurften keiner weiteren Nachfrage. Es war auch nicht nötig, sie während des Interviews thematisch einzugrenzen. Möglicherweise ist diese inhaltlich gelungene Strukturierung der Antworten auf die berufliche Tätigkeit als Psychotherapeut*innen zurückzuführen.

10.6 Pretest

Zur Qualitätssicherung einer Befragung oder eines Interviews kann ein sogenannter Pretest durchgeführt werden. Dieser dient beispielsweise dazu, Probleme beim Verständnis einer Frage aufzudecken oder die Vollständigkeit der Fragen zu überprüfen. Bevor das erste Expert*inneninterview durchgeführt wurde, habe ich mich deshalb dazu entschieden, den Interviewleitfaden zu testen. Dazu habe ich eine gute Freundin, die Psychologie studiert und somit auch fachliches Wissen über die menschliche Psyche mitbringt, gebeten, die Interviewsituation mit mir zu simulieren. So konnte ich prüfen, ob die Fragen verständlich formuliert und richtig gereiht waren. Auch konnte ich dabei feststellen, dass ich mich ruhig und sicher mit den erarbeiteten Fragen fühlte.

10.7 Durchführung der Interviews

Die Durchführung der Interviews geschah nach jeweiliger Absprache mit der Befragten entweder in deren Praxisräumlichkeit (sechs Interviews), im Büro der Institution, wo die Person tätig war (ein Interview) oder im virtuellen Raum (ein Interview). Ich kam also in den meisten Fällen für das Interview in die Praxisräumlichkeit der zu interviewenden Person. Dies hatte den Vorteil, dass die Expert*innen an einem für sie bekannten Ort waren und diesbezüglich keine Unsicherheiten herrschten. Die Auswahl einer für die Befragten gewohnten Umgebung sollte den Inhalt in den Fokus stellen.

Zu Beginn der Interviews wurde nochmals auf das Forschungsvorhaben hingewiesen, das Ziel der Arbeit erklärt sowie die primäre Forschungsfrage besprochen. Zu diesem Zeitpunkt fand auch die Aufklärung bezüglich der Verarbeitung der Daten statt, wobei das Formular zur Einwilligung unterschrieben wurde. In Folge dessen wurde auf die Aufzeichnung mit dem Smartphone hingewiesen.

Bevor die erste konkrete Frage gestellt wurde, habe ich mich bei allen nochmals für ihre Teilnahme und ihre kostbare Zeit bedankt.

Um die erhobenen Daten später auch auswerten zu können, wurden alle Interviews mit dem Smartphone per Audio aufgezeichnet. Eine solche Aufzeichnung bietet viele Vorteile; in der Interviewsituation kann der Fokus voll auf dem Gegenüber liegen, da keine Mitschrift angefertigt werden muss. Die Genauigkeit ist sehr hoch und verhindert

Verzerrungen retrospektiver Erinnerungen. Außerdem besteht anschließend die Möglichkeit der Verwendung wörtlicher Zitate (Kuckartz & Rädiker, 2022).

Am Ende der Interviews wurde den Expert*innen erneut Dank ausgesprochen; meist folgten noch privatere Fragen und kurze Gespräche.

Die Interviews dauerten durchschnittlich ca. 55 Minuten, was der angepeilten Zeit von ungefähr einer Stunde sehr genau entspricht.

Anschließend wurde das Audiomaterial verschriftlicht. Alle Namen aus gebrachten Fallbeispielen wurden so verändert, dass keine Rückschlüsse auf die Personen möglich sind. Mithilfe des Programms MAXQDA erfolgte dann eine detaillierte Auswertung der Expert*innen-Interviews. Hierbei wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz & Rädiker (2022) angewandt.

10.8 Transkription

Die Transkripte der Interviews wurden trotz des großen Zeitaufwands manuell durchgeführt. KI-gestützte Transkriptionstools wurden ausprobiert, jedoch waren deren Ergebnisse nicht zufriedenstellend, da die Korrektur mehr Zeit benötigte als das manuelle Transkribieren. Im Durchschnitt dauerte die Erstellung eines Transkripts fünf bis sechs Mal so lange wie das Interview selbst. Außerdem konnte ich beim manuellen Transkribieren den Inhalt der Interviews noch einmal besser erfassen und hatte so bereits einen guten Einblick in die Aussagen der Expert*innen, wodurch sich der weitere Auswertungsprozess vereinfachte.

Bei der Transkription habe ich mich dazu entschieden, den Transkriptionsregeln von Kuckartz zu folgen. Diese ermöglichen eine realitätsgetreue Abbildung des Gesagten, da die Sprache nur leicht geglättet und die Wortwahl genau übernommen wird. Längere Pausen wurden dabei durch „(...)" gekennzeichnet und betonte Wörter durch die Unterstreichung dieser kenntlich gemacht.

Aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen und ethischer Überlegungen wurden die Namen der Expert*innen bei der Transkription durch beliebige Kürzel ersetzt. Auch alle Namen aus gebrachten Fallbeispielen wurden so verändert, dass keine Rückschlüsse auf die Personen möglich sind. Diese Anonymisierung dient dem Schutz aller am Interview beteiligten Personen und folgt somit den wissenschaftlichen Forschungsstandards.

10.9 Auswertung: Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022)

Bei der Auswertung qualitativer Daten gibt es viele verschiedene Vorgehensweisen. Zu Beginn sollte deshalb überlegt werden, welche Daten zur Verfügung stehen und wie diese am besten zur Beantwortung der Forschungsfrage(n) beitragen können. Im gegebenen Fall handelt es sich um Interviewdaten der durchgeführten Expert*inneninterviews. Es geht um persönliche Sichtweisen, Stellungnahmen und Konstrukte, die einer achtsamen und gut strukturierten Vorgehensweise bei der Analyse bedürfen. Aus diesem Grund habe ich mich für die *inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse* nach Kuckartz und Rädiker (2022) entschieden, die sich bereits in zahlreichen Forschungsprojekten bewährt hat.

Unter qualitativer Inhaltsanalyse wird die systematische und methodisch kontrollierte wissenschaftliche Analyse von Texten, Bildern, Filmen und anderen Inhalten von Kommunikation verstanden. Es werden nicht nur manifeste, sondern auch latente Inhalte analysiert. Im Zentrum der qualitativen Analyse stehen Kategorien, mit denen das gesamte für die Forschungsfrage(n) bedeutsame Material codiert wird. Die Kategorienbildung kann deduktiv, induktiv oder deduktiv-induktiv erfolgen. (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 39)

Unter dem soeben in der Definition genannten Begriff der Kategorie versteht man im sozialwissenschaftlichen Kontext das Ergebnis einer Klassifizierung von Einheiten. Dabei kann es sich um Personen, Ideen, Prozesse, Aussagen, Argumente etc. handeln. Kuckartz und Rädiker (2022) beschreiben außerdem mehrere Arten von Kategorien, die zur Codierung des Datenmaterials dienen:

- Fakten-Kategorien
- Thematische Kategorien
- Evaluative, skalierende Kategorien
- Analytische Kategorien
- Theoretische Kategorien
- Natürliche Kategorien
- Formale Kategorien

Unabhängig von der Art der Kategorie kann deren Entwicklung induktiv, deduktiv (A-priori) oder induktiv-deduktiv erfolgen. Wie schlussendlich vorgegangen wird, hängt unter anderem von der Forschungsfrage selbst, der Zielsetzung der Forschung sowie dem Vorwissen der forschenden Person ab. „Bei der A-priori-Kategorienbildung werden die bei der Inhaltsanalyse zum Einsatz kommenden Kategorien auf der Basis einer bereits vorhandenen inhaltlichen Systematisierung gebildet“ (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 71). Hierzu kann beispielsweise der Interviewleitfaden dienen, anhand dessen sich wesentliche Kategorien zur Beantwortung der Forschungsfrage(n) bereits erkennen lassen. Aber auch theoretische Konstrukte und Konzepte können in Kategorien übersetzt werden. Bei der induktiven Kategorienbildung erfolgt die Bildung von Kategorien hingegen direkt am empirischen Material. Zeile für Zeile werden die Daten durchlaufen und wichtige Segmente gekennzeichnet bzw. einer Kategorie zugeordnet. Daraus ergibt sich früher oder später ein Kategoriensystem aus Haupt- und Subkategorien. Auch eine Mischform aus deduktiver und induktiver Kategorienbildung kann sinnvoll sein. Hierbei werden zunächst Kategorien formuliert, die sich beispielsweise aus dem Interviewleitfaden oder vorhandener Theorie und Hypothesen entwickeln und als Ausgangspunkt genommen. Im nächsten Schritt der Auswertung werden diese Kategorien dann direkt am Material präzisiert, modifiziert und differenziert. So entstehen sogenannte Subkategorien (Kuckartz & Rädiker, 2022).

Da die Auswertung qualitativer Daten in mehreren Arbeitsschritten erfolgt, soll die folgende Grafik den Ablauf der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse in sieben Phasen veranschaulichen. An dieser Vorgehensweise orientiert sich die Analyse der durchgeführten Expert*inneninterviews.

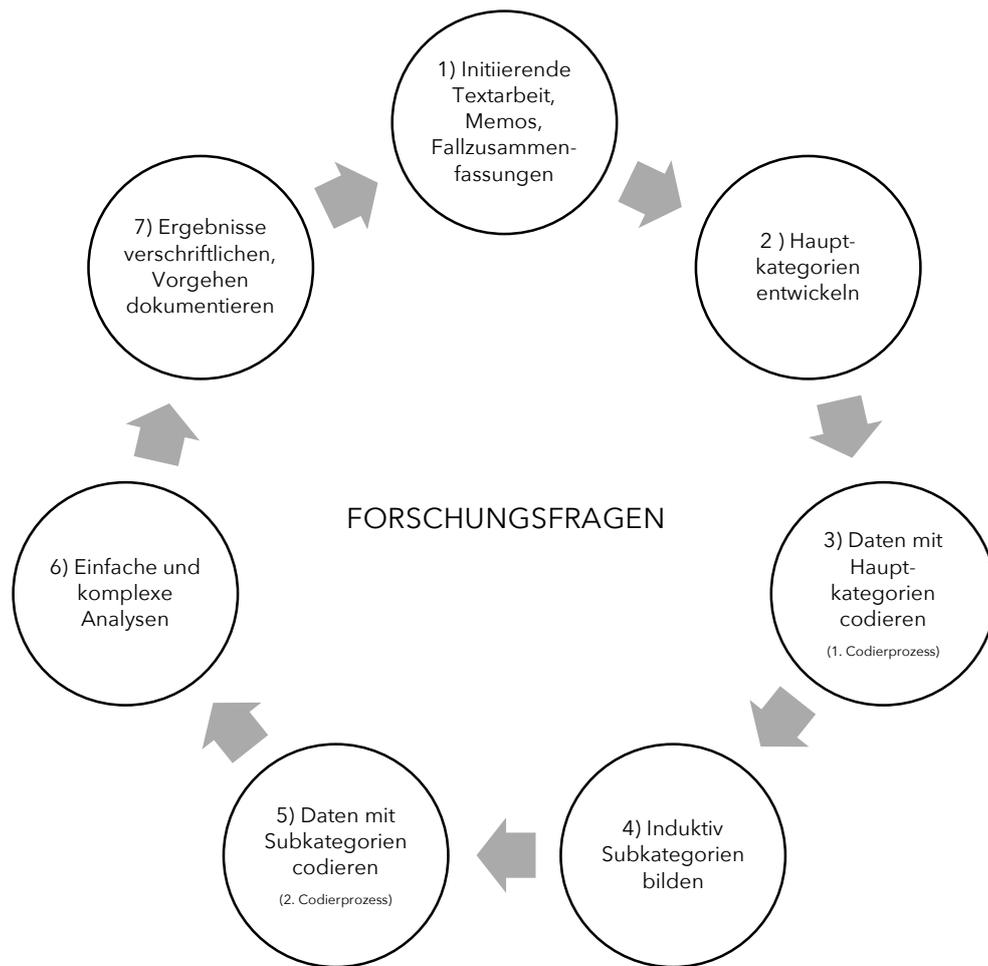


Abb. 6: Ablauf einer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse in 7 Phasen (in Anlehnung an Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 132)

Aufgrund der Flexibilität und Anpassungsfähigkeit sowie der offenen Herangehensweise erschien es mir beim Forschungsvorhaben dieser Masterarbeit sinnvoll, nach der deduktiv-induktiven Kategorienbildung vorzugehen, weswegen sich abgeleitet vom Interviewleitfaden vorerst folgende Kategorien ergaben:

- Phänomen Essstörungen
- Multiprofessionelle Begleitungs- und Behandlungsmöglichkeiten
- Selbstbestimmung
- Existenzanalytische Haltung
- Angehörige und Angehörigenarbeit
- Persönliche Voraussetzungen
- Herausforderungen
- Zukunftswünsche

Anhand dieser acht Kategorien wurde im nächsten Schritt das Datenmaterial Satz für Satz auf wichtige Textpassagen und Begriffe hin durchsucht und der jeweiligen Kategorie zugeordnet. Hierbei wurde auf ein möglichst offenes und objektives Vorgehen geachtet, um valide Ergebnisse zu erzielen. Das heißt auch, dass alle für die Beantwortung der Forschungsfrage relevanten Aussagen berücksichtigt wurden, unabhängig meines persönlichen Interesses. Es folgten anschließend weitere Codierdurchläufe, bei welchen die Kategorien weiterentwickelt, zusammengefasst, und/oder ausdifferenziert sowie umbenannt wurden, bis sich am Ende ein übersichtliches und sinnvolles Kategoriensystem abbildete, welches die Beantwortung der Forschungsfragen möglich machte. Dieses wird im nächsten Kapitel der Ergebnisdarstellung präsentiert.

Für eine bessere Übersichtlichkeit und eine einfachere Vorgehensweise bei der Auswertung wurde entschieden, die qualitative Inhaltsanalyse mithilfe einer QDA-Software durchzuführen. Die Universität Graz bietet ihren Studierenden hierfür einen kostenlosen Zugang zur Software „MAXQDA“. Diese Software erleichtert die Organisation des umfangreichen Datenmaterials und ermöglicht eine Zusammenstellung aller mit derselben Kategorie codierten Textstellen, was in weiterer Folge die Fassung der Ergebnisse vereinfacht.

11 Ergebnisdarstellung

Um die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse möglichst übersichtlich darzustellen, werden zunächst die Hauptkategorien näher definiert, bevor anschließend jeweils die relevantesten Subkategorien beschrieben werden. Dafür werden meist wörtliche Zitate aus den Interviews verwendet.

Zur Visualisierung dienen Mindmaps.



Abb. 7: Hauptkategorien
(eigene Darstellung)

11.1 Phänomen Essstörung

In der folgenden Kategorie finden sich existenzanalytische Perspektiven auf die Erkrankungsbilder von Essstörungen. Dazu gehören unter anderem Symptome, mögliche Schutzfunktionen der Essstörungen, Übertragungsphänomene, wahrgenommene Einflüsse bzw. Ursachen, relevante Suchtaspekte sowie die Zuordnung der Grundmotivationen. Im Wesentlichen geht es um den Blick, den die Expert*innen der Existenzanalyse auf das Phänomen haben.

Es wäre an diese Stelle zu umfangreich, alle aus dem Datenmaterial entstandenen Subkategorien anzuführen. Deshalb werden im Folgenden nur jene Kategorien zusammengefasst wiedergegeben, die am häufigsten genannt wurden.

Beziehung

Ein ganz wesentliches Element im Leben von Menschen mit Essstörungen sind Beziehungen. Damit sind jedoch nicht nur Beziehungen zu anderen Lebewesen gemeint, sondern insbesondere die Beziehung zu sich selbst. Einige der interviewten Personen sehen das dahinterliegende Thema in enttäuschenden oder fehlenden Beziehungs- und Bindungserfahrungen. Die folgenden Zitate veranschaulichen diese Sichtweise:

- „Dort ist bei Beginn schon das wichtigste Thema: Hinschauen auf Beziehungsabbrüche, weil wahrscheinlich ist die Beziehung das übergeordnet Wichtigste in der Therapie, weil das ja mit sich selber nicht gelingt oder es zerstört wurde auch durch die störenden Beziehungen, in denen sie waren“ (U7).
- „Es ist tatsächlich eine Beziehungserkrankung“ (H8).
- „Bei denen, mit denen ich gearbeitet habe, war es wirklich fast bei allen so, dass da eine Beziehungsstörung dahintersteckt, eine Bindungsstörung, ein eben nicht gesehen werden oder sogar abgewertet werden“ (L5).
- „Ich habe mich relativ rasch gelöst von der Fokussierung auf die Essstörung, weil mir das so wie das Ergebnis einer nicht gelingenden Beziehung mit sich selbst darstellte, das sich halt über das Essen zum Ausdruck bringt“ (U7).

Selbstwert

Die Interviews bestätigen das in der Literatur auch häufig erwähnte zentrale Thema des Selbstwerts. Es ließe sich bei Betroffenen ein Mangel an Selbstwert erkennen, der zum Teil durch die Essstörung auszugleichen versucht wird. „Also anorektische Frauen sind da ja auch stolz drauf, dass sie das schaffen. Das vermittelt ihnen auch einen Selbstwert“ (O4). Betroffene bringen große Verunsicherungen und viele Fragen von Selbstwert auf (H8). Auch S1 benennt das Selbstwertthema als „ein ganz großes Thema“.

Körper

Auf den eigenen Körper und seine Bedürfnisse zu hören und einzugehen, verlernen Menschen zum Teil schon sehr früh. „Uns wird zuerst Bewegung abtrainiert, Stillsitzen in der Schule, um dann wieder ins Fitnessstudio zu gehen (lacht). Also auf unsere Bedürfnisse zu achten können wir als Gesellschaft nicht sehr gut“ und „... wenn wir von klein auf unseren Rhythmus abtrainiert bekommen, dann können wir es nicht. Und das

ist beim Essen so. Dass ich nicht esse, wenn ich Hunger habe, sondern es ist zwölf, es gibt Mittagessen und wir setzen uns als Familie hin. Und dann ist der Fortschritt schon, wenn man nicht aufessen muss. Aber in meiner Familie ist noch aufgegessen worden, weil sonst ist morgen das Wetter schlecht“ (K6).

H8 beschreibt die Entstehung großer Leidenszustände durch die Annahme, der eigene Körper würde nicht den „Vorgaben“ entsprechen. „Allein beim Aufwachen schon. Schon alleine dieses „ich wache auf“ und ich merke schon wieder „ach Gott ja“, da ist wieder dieser Körper, dieser Bauch, er fühlt sich so groß an“. Auch das verzerrte Körperbild wird in den Interviews mehrmals erwähnt: „Also ich habe das immer wieder mal gehört, dass eine anorektische Frau da wo die Beckenknochen schon so richtig rausgestanden sind, dass sie gesagt hat, das ist Fett“ (O4). O4 beschreibt außerdem die geringe bis fehlende sinnliche Wahrnehmung bei Betroffenen, weil der eigene Körper ja als unangenehm empfunden wird und er so nicht so sehr gespürt werden muss. Hier kann man in der Therapie ansetzen: „Und über Körper, Bewegung, über manuelle Tätigkeit ... komme ich in das Sinnliche wieder rein. Und über das Sinnliche komme ich automatisch über die Sinnesorgane auch in die Emotion wieder rein“ (O4).

Einflüsse und Ursachen

Auch die Erzählungen der Expert*innen bezüglich möglicher Ursachen und Einflussfaktoren auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen sollen hier kurz erwähnt werden. Sie reichen von gesellschaftlichem Zwang, Traumatisierungen wie beispielsweise sexuellen Übergriffen über frühe negative Bindungserfahrungen und Verletzungen in Beziehungen, bis hin zu medialen Einflüssen durch Social Media und den damit verbundenen Vergleichen und ständigen Bewertungen. Zu letzterem Punkt schildert B3: „Wenn wir auf einer einsamen Insel leben würden mitten im Nirgendwo, weiß ich nicht, ob es da ohne Medien, ohne Vergleiche, ohne Social Media, ob da irgendwer draufkommen würde, ich höre jetzt auf zu essen. Glaube ich nicht.“ „Natürlich vergleichen sich Kinder und Jugendliche, aber in dieser Heftigkeit, dass ich nicht nur diese fünf in der Klasse sehe oder diese fünf an der Bushaltestelle oder zehn oder fünfzehn, sondern Millionen auf TikTok und Social Media, die sich noch bearbeitet haben, wo man nicht einmal weiß, ist das jetzt bearbeitet oder nicht. Das ist die Heftigkeit“. Auch E2 spricht über den medialen Einfluss: „Da gibt es ja

Anorektikergruppen im Internet und so, die das wie eine Religion zelebrieren und sich sündig fühlen, wenn sie was gegessen haben und also so geistig überbaut sind mit Rationalisierungen, mit Ideologisierungen, mit Sektentum. Und das sind ja wirklich Ess-Sekten, die sich da im Internet abspielen.“ Andererseits erwähnt B3 auch eine positive Seite großer (medialer) Bewegungen wie LGBTIQ und sieht „... die Jugend und die Erwachsenen auch, lustigerweise paradox, stärker wie je zuvor“. „Aber manche kommen leichter damit in einen Umgang und finden sich und finden eine Nische. Und manche finden leider irgendwie eine unter Anführungszeichen falsche Nische und manchmal ist es auch die Nische der Magersucht, um sich eine Identität zu schaffen, um jemand zu sein, um mit diesem ganzen zurecht zu kommen“ (B3). Damit spricht sie ein wichtiges Thema an: Identität. Siehe dazu die Subkategorie „Grundmotivationen“.

Grundmotivationen

Das Strukturmodell der Existenzanalyse mit seinen vier Grundmotivationen wurde im theoretischen Teil dieser Arbeit ausführlich erklärt. Demnach schauen Existenzanalytiker*innen diagnostisch darauf, welche Grundmotivation(en) beim jeweiligen Erkrankungsbild betroffen sind bzw. aus welchen heraus es sich entwickelt.

Die Meinungen der Existenzanalytiker*innen darüber, welche Grundmotivationen bei Erkrankungsbildern einer Essstörung beteiligt sind, scheinen sich etwas zu unterscheiden. So erzählt L5 beispielsweise:

Also jetzt rein fachlich gesehen haben wir immer gelernt, dass die Anorexie, die Magersucht, eher entsteht in der dritten in Verbindung mit der ersten Grundmotivation. Und die Bulimie in dem Fall dritte, zweite Grundmotivation. So hat es halt unser Lehrgangleiter immer gesagt und so steht es auch in einigen Artikeln und das kann ich auch gut nachvollziehen. Und gleichzeitig, aus meinem Erleben heraus, ist es damit noch nicht fertig, weil ich glaube, dass da ein Thema noch nicht so berücksichtigt ist, das ich so in der Arbeit ... schon ganz stark erlebe und das ist das Thema der Bindungstraumatisierungen.

Für H8 ist es bei Essstörungen vor allem die Kombination aus zweiter und dritter Grundmotivation. „Was schon alle so gemeinsam haben, ist schon die Frage so: Wer bin ich überhaupt?“ (H8). „Und dahinter sind natürlich alle Grundmotivationen“ sagt E2. Auch B3 ist der Meinung, dass es alle Grundmotivationen betreffen kann.

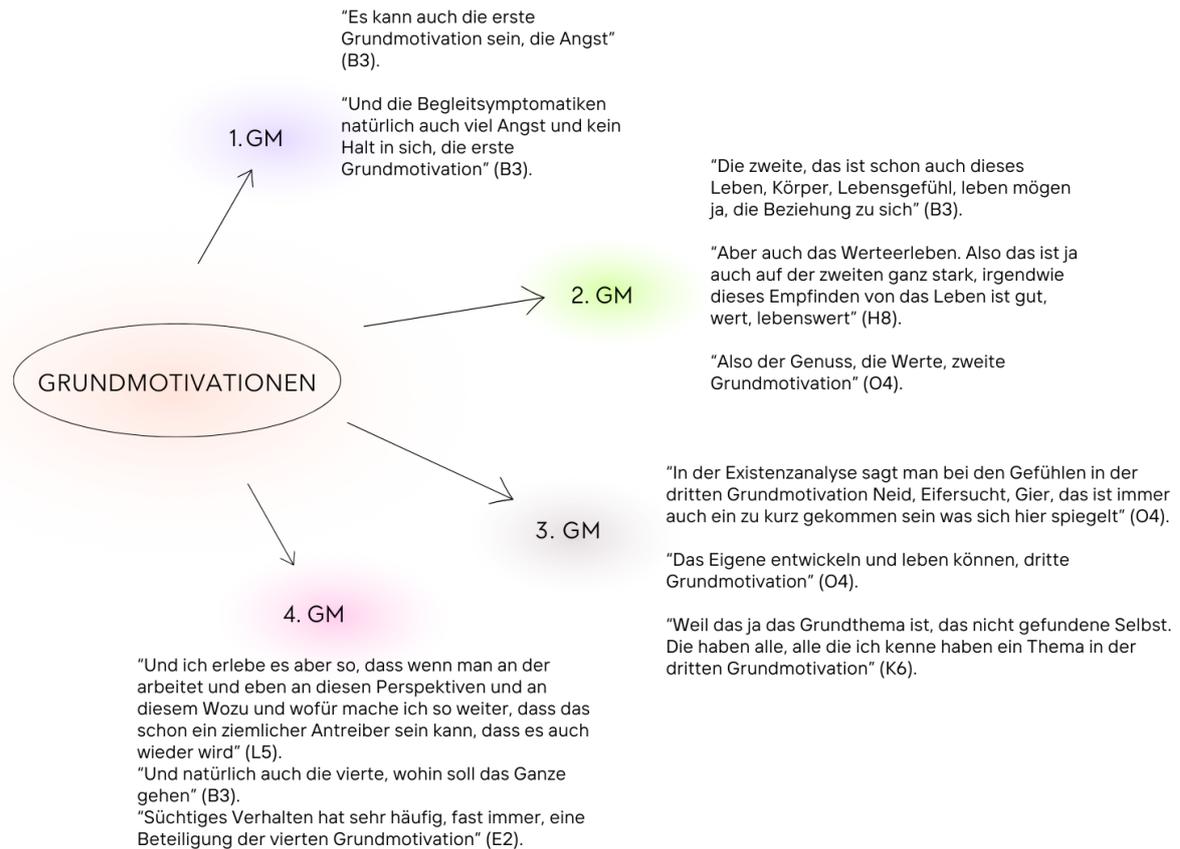


Abb. 8: Grundmotivationen
(eigene Darstellung)

Schutzfunktionen

Die Entwicklung einer Essstörung, gleich welcher Art, dient dem Schutz der jeweiligen Person. Das klingt im ersten Moment vielleicht etwas paradox, da es sich teils um selbstschädigende und lebensbedrohliche Maßnahmen handelt. Bei näherer Betrachtung der einzelnen Geschichten betroffener Menschen hingegen macht es aber durchaus Sinn. Das beschreibt L5 mit den Worten: „Eigentlich ist das voll die schlaue Schutzstrategie, so, wenn du so das Gefühl hast, ich kann überhaupt nichts kontrollieren und dann anfängst das Essen zu kontrollieren und deinen Körper zu kontrollieren“. Die Essstörung übernimmt somit eine Funktion. Sie gibt auch Identität sowie ein Gefühl von Kontrolle und dient der Spannungsreduktion und Stressbewältigung (B3). Auch H8 spricht die Funktion einer Essstörung an und vergleicht diese mit der von Alkohol für Alkoholranke Menschen: „Dass es darum geht Spannungszustände zu regulieren, dass es darum geht Leeregefühle auszufüllen, dass es darum geht Langeweile zu überbrücken und so weiter und so fort“. Sie erzählt von Klient*innen „... da ist so als Idee

im Hintergrund: Ich esse ganz wenig, weil ich möchte mich irgendwie auflösen, ich möchte möglichst unsichtbar, möglichst unauffällig sein“ (H8).

„Also die Schutzreaktionen, die braucht es, um irgendwie durchs Leben zu kommen und die verfestigen sich und fahren sich ein“ (K6). Insbesondere Kindern bliebe aufgrund der enormen Abhängigkeit zu ihren Bezugspersonen teils keine Alternative, als sich selbst so eine Schutzstrategie aufzubauen, denn wenn sie „... damals als Kind sich bewusst gemacht hätten, okay wie sind meine Eltern drauf, dann wäre das lebensbedrohlich für sie gewesen...“ (L5).

In einem weiteren therapeutischen Prozess ginge es darum zu bemerken, wo die Schutzreaktion einsetzt und welche Alternativen dazu entwickelt werden können. Dazu gehöre unterdessen, in Kauf zu nehmen, dass sich Menschen abwenden (K6).

Suchtaspekt

Essstörungen haben aus Sicht der Existenzanalyse einen Suchtcharakter und werden unter anderem mit einem Mangel an Willensfähigkeit in Verbindung gebracht. So sagt B3: „Das ist ja auch ein beschädigter Wille. Das ist ja auch eine Suchterkrankung, Magersucht, Esssucht, ist ja eine Erkrankung des Willens, der Willensfähigkeit“. Der Wille sei dabei nicht abgestimmt mit der Person, sondern die Wirkung rücke in den Vordergrund (B3). Sie beschreibt die Essstörung auch als „... Erkrankung der Fähigkeit zu einem sinnvoll authentischen Wollen zu kommen“ (B3). Auch E2 meint, dass im Allgemeinen unter Essstörungen jene mit Suchtcharakter verstanden werden: „... wo jemand vom selbstschädigenden Essverhalten nicht loskommt. Anorexie, Bulimie, Binge Eating und so“. „Das heißt man fühlt sich einem Zwang ausgesetzt...“ (E2). Die Sucht sei dabei stets ein Versprechen von mehr Leben und mehr Lebensgefühl (E2).

H8 sagt dazu: „Und das ist eigentlich so typisch für Süchte. Dieses, dass das Thema Essen eine andere Funktion hat als Nahrung zu sein und auch Genussmittel“.

Mit diesem Suchtaspekt einhergehend, bestünde für Betroffene die Schwierigkeit, tatsächliche personale Beziehungen einzugehen (H8) und die hohe Wahrscheinlichkeit, Rückfälle zu erleben (B3). Außerdem spricht B3 in diesem Zusammenhang auch die Angehörigen an und sagt: „... wir wissen auch, dass Suchterkrankungen schwerwiegende psychische Erkrankungen sind, die nicht nur die betroffene Person, sondern auch das Familienumfeld einfach auch stark belasten können“.

11.2 Existenzanalytische Haltung

Mit der existenzanalytischen Haltung ist in diesem Fall das Menschenbild der Existenzanalyse gemeint. Durch ausgewählte Zitate der Interviewpartner*innen soll dieses klarer und greifbarer werden als im theoretischen Kapitel „Das Menschenbild in der EA“. Dies soll auch verdeutlichen, was den Zugang der Existenzanalyse von den anderen psychotherapeutischen Richtungen unterscheidet.

Ein essenzieller Teil der existenzanalytischen Haltung ist die *Phänomenologie*. B3 hebt hervor, dass die phänomenologische Herangehensweise den Unterschied zu dem macht, was man in Krankenhäusern erfahre. „Das Wichtigste ist ja bei der existenzanalytischen Haltung so, okay der Mensch ist ein Phänomen. Was zeigt sich mir?“ (B3). Im Grunde genommen geht es – jetzt im Speziellen auch bei Menschen mit Essstörungen – darum, zu schauen, was denn nun dahintersteckt und wie es der Person wirklich geht bzw. wie sie es erlebt (B3 & H8). Auch Gestik und Mimik gehören zur Phänomenologie dazu (B3). Bei einer Erkrankung gehe es außerdem nicht darum, diese zu bekämpfen, sondern sie zu integrieren und rein ins Leben zu holen, um dann zu schauen, wie damit umgegangen werden könnte (B3). „Gleich, wie die Essstörung als Phänomen zu sehen, den frustralen Selbstheilungsversuch, den Menschen haben, um irgendwie fertig zu werden mit dem, was in ihrem Leben los ist. Und das als Phänomen zu sehen und in Kontakt zu bringen, das erlebe ich als total hilfreich im Arbeiten“ (K6). Die Haltung wird auch als eine *offene* beschrieben (B3), was u.a. bedeutet, die Wertung vorerst außen vor zu lassen. Es geht um „... die Offenheit hinzuschauen, zum Phänomen hinzuschauen, zur Person hinzuschauen“ (H8). Dazu gehört auch, die Person nicht gleich zu verurteilen oder ihr sofort eine Lösung überzustülpen (H8). Das Interesse gilt der Person hinter der Symptomatik (L5), denn „... so wie jede fixierte Copingreaktion ein Problem macht, macht halt die Essstörung ein Problem, aber es ist nicht das Problem“ (K6). Es geht außerdem darum, zu schauen, wofür die Person das Verhalten braucht bzw. was sie damit versucht zu regulieren (L5).

Eng verbunden mit der Phänomenologie ist die Wahrnehmung der Dimension von *Person*. Die Worte von K6 könnten dies auf den Punkt bringen: „Der Blick, den wir als Existenzanalytiker*innen haben ist, die Person zu sehen und die Person ist nicht krank.“

Die Person kann nicht erkranken. Die Person dahinter ist immer gesund. Und der Blick ist es, der speziell ist“. Man geht von einem gesunden Kern aus (K6) und sieht die Symptome als Echo eines nicht integrierten Prozesses (L5).

Auch O4 spricht davon, dass die Person in der Existenzanalyse viel mehr in den Vordergrund gestellt wird als in manch anderen Therapierichtungen und sagt beispielsweise: „Aber dann lassen wir uns schon sehr auf den Menschen ein auf den jeweiligen und schauen, was ist die ganz spezielle Situation, das ganz spezielle Leiden dieser Person und womit kann ich ihr helfen“. Ebenso sagt U7, dass es immer um die Person hinter der Störung geht.

Ein weiteres wichtiges Element in der existenzanalytischen Haltung sei das *Gespräch*. Es steht auch in Zusammenhang mit einer interessierenden und zugewandten Haltung. „Aus unserer Sicht ist es immer wichtig, im Gespräch zu sein und Leute aussprechen zu lassen, zu verstehen, zu versuchen, Fragen zu geben, andere Blickpunkte, Perspektiven zu geben. Das kann schon einiges ändern. Das kann den Horizont erweitern“ (E2). H8 spricht das dialogische Prinzip der Existenzanalyse an und sagt: „Es ist so ein ständiger Austausch und immer wieder ein Schauen, wie wirkt jetzt das, was an mich herangetragen wird, wie wirkt sich das in mir drinnen auf mich aus und was mag ich wieder in die Welt als Antwort zurück hinausgeben“. Auch U7 erzählt, wie wichtig dieses offene und wertfreie Anfragen von Klient*innen sei. Keinesfalls gehe es aber nur um das Gespräch mit anderen, sondern auch um das Gespräch mit sich selbst. „Die Selbstzuwendung nach innen würde ich jetzt noch mehr betonen“ (U7). Es gehe auch darum, Zuwendung für sich selbst zu entwickeln (S1).

Gleichzeitig gehe es immer auch um die *Wahrnehmung des Gegenübers*. „Das ist ja auch wieder sowas typisch Existenzanalytisches, dass wir immer uns sehen, aber auch den anderen sehen“ (O4).

E2 spricht von einer *Haltung des Verstehens*. „Beim Verstehen geht es um: mich verstehen, den anderen verstehen, die Situation verstehen“ (O4). „Also wir versuchen auch biografisch natürlich ein bisschen die Krankheit zu verstehen, das einzuarbeiten“ (B3).

Auch hier kommt wieder die Haltung des Nicht-Bewertens ins Spiel: „So ich verstehe dich, ich verurteile dich nicht und das ist eine Krankheit. Und vielleicht ist es dann die Akzeptanz der Krankheit und das Verständnis ohne Schuldzuschreibung ...“ (B3). Ähnliches hebt auch U7 hervor: „... dieses basale Da-Sein und in Beziehung Sein mit den Menschen, dieses möglichst wertfreie Dasein und ihn anzunehmen so wie er ist, dass das, also nicht gleich was machen zu müssen, dass das schon, das ist mir früher aufgefallen, dass das schon etwas speziell Existenzanalytisches ist“.

„Aber es ist eine verstehende Haltung, begegnend, brückenbauend, nicht kategorisierend, nicht belehrend, so eher verstehend und begegnend bis hin zu konfrontativ“ (B3).

Neben der *Zugewandtheit*, dem *ehrlichen Interesse* am Gegenüber, dem *Respekt* vor der Person und ihrem Leben sowie der *Offenheit*, scheint die existenzanalytische Haltung wie zuvor bereits kurz erwähnt auch eine *konfrontative, ehrliche und klare* zu sein. B3 erzählt dazu: „Ich habe echt einmal einer Klientin gesagt: Wenn Sie so weiter tun, Sie werden ja gar nicht das Studium, das Sie wollen, schaffen“, „Und zu sagen: Du, wenn du so weitermachst, es wird auch die Therapie nicht mehr funktionieren, weil du wirst meinen Fragen nicht mehr folgen.“ Die Fachperson spricht damit die eingeschränkten Hirnfunktionen und damit einhergehende Konzentrationsstörungen von Betroffenen schweren Untergewichts an. Um ein klares ehrliches und in Folge ein verlässliches Gegenüber sein zu können, bedürfe es außerdem der eigenen Stellungnahme. So sei es okay zu sagen: „... boah ich bin jetzt aber irgendwie echt ein bisschen grantig und irgendwie habe ich das Gefühl, wir drehen uns im Kreis oder ich habe das Gefühl, du lügst mich auch irgendwie an“ (B3).

Hierzu eine kurze Sequenz aus einem der Interviews:

K6: „Ich bin ein klares Gegenüber. Das ist Begegnung. Ich erspare es dir nicht. Ich bin da, aber ich erspare es dir auch nicht.“

I: „Also schon auch irgendwo ein bisschen konfrontativ?“

K6: „Ja. Aber das ist ja genau das. Ich will gesehen werden in allem. In jedem Scheiß den ich tue und in den Dingen, die ich gut mache und in den Dingen, die neutral sind. Ich will, dass man mich sieht als Ganzes. Und darum, ja das ist auch konfrontativ. Wenn du sieben Liter am Tag trinkst, geht dir die Niere flöten und das Herz. Hör auf.“

Ebenso Teil der existenzanalytischen Grundhaltung sei die *Empathie* (B3).

Auch der *Einbezug des Körpers* („Letztlich können wir Körper, Seele und Geist nicht trennen“ (S1).), das Arbeiten an der *persönlichen Motivation* (B3), die Förderung eines *eigenverantwortlichen Umgangs* („... ermöglichen, dass die Person wieder die Beziehung zu sich herstellt und schaut, wie kann ich mir denn was Gutes tun und wie kann ich selbstständig mein Leben auch verantworten“ (B3).) sowie die Ermöglichung einer *authentischen Stellungnahme* („Haltung phänomenologisch schützend, ermutigend, motivierend“ (B3).) gehören zu den essenziellen Bestandteilen der Haltung im Sinne der Existenzanalyse.

11.3 Multiprofessionelle Behandlung und Begleitung

Wie in Kapitel 5.3 angeführt, bedarf die Behandlung einer Essstörung einer multidisziplinären Zusammenarbeit. Diese wird auch von den Expertinnen und Experten in den Interviews erwähnt und als essenzieller Bestandteil einer erfolgreichen Begleitung wahrgenommen.

K6 ist beispielsweise der Meinung, dass man Essstörungen nicht alleine behandelt. Die multiprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen habe unter anderem den Vorteil, dass der Therapeut oder die Therapeutin sich ganz auf die Person konzentrieren kann und keine Regeln setzen muss, die das Ess- oder Bewegungsverhalten betreffen (K6). Ähnliches sagt auch L5: „Wenn du ganz alleine mit einer schwer erkrankten Person arbeitest, auch in der Praxis und so, bist du irgendwann echt fertig. Und das geht auch nur gemeinsam und im Team und dass du dich vernetzt und schaust, an wen kann ich mich wenden, wenn es mir zu viel ist oder wenn es zu eng wird gesundheitlich und so“. Auch O4 sagt, es sei „... eine wunderbare Rollenaufteilung, weil da kann ich mich als Therapeut*in ganz aufs Therapeutische konzentrieren und so quasi die unangenehmen Maßnahmen macht dann die Ärztin. Also eben diese Gewichtskontrolle und die Blutabnahme. Das ist dann ganz aus der Therapie ausgelagert und das ist fein“. Ebenso spricht S1 die Vernetzung mit Ärzten bzw. Ärztinnen an und sagt: „Also es gibt Erkrankungen, die man jetzt sowohl nicht ausschließlich medizinisch als auch

therapeutisch behandeln kann oder sozialpsychiatrisch, sondern die brauchen ein umfangreiches Helfersystem“.

Welche Disziplinen solch ein Helfersystem umfassen kann und soll und wie die einzelnen Bereiche sich gegenseitig ergänzen können, zeigt die folgende anhand der Aussagen der Expert*innen erstellte Grafik:

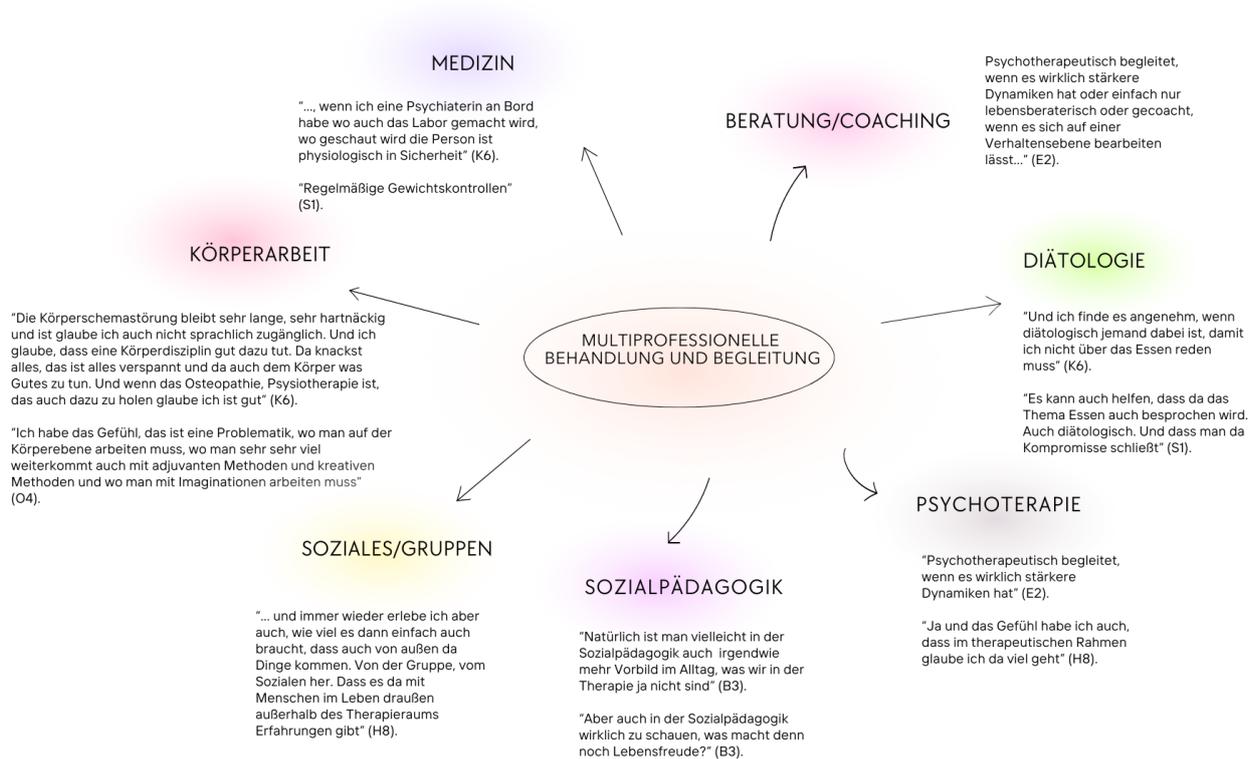


Abb. 9: Multiprofessionelle Behandlung und Begleitung (eigene Darstellung)

11.4 Bedingungen

Als zentrale Elemente zur Beantwortung der primären Forschungsfrage der vorliegenden Masterarbeit erwiesen sich die Antworten der Expert*innen zu den in diesem Kapitel angeführten erforderlichen Bedingungen für eine gelungene bzw. wertvolle Begleitung von Menschen mit Essstörungen. Der Begriff Bedingungen könnte auch durch „Voraussetzungen“ ergänzt werden und meint (neben den strukturellen Bedingungen wie stationärer oder ambulanter Betreuungsmöglichkeiten sowie der multiprofessionellen Arbeitsweise) im Wesentlichen das, was eine professionelle Begleiterin oder ein professioneller Begleiter mitbringen sollte, um Menschen, die an

einer Essstörung leiden, gut unterstützen zu können. Es geht dabei sowohl um Fähigkeiten und Fertigkeiten als auch um persönliche (Charakter-)Eigenschaften.

Wichtig im Umgang mit Menschen, die an einer Essstörung leiden, sei unter anderem die *Klarheit*. Dieses Element wurde von einigen Expert*innen genannt. Damit verbunden scheint die Notwendigkeit ein verlässliches Gegenüber zu sein (K6). Auch die Beziehung zwischen Patient*in und Therapeutin sollte eine ganz klare sein (U7). Ebenso, wie es von Therapeut*innen an bestimmten Stellen einer Stellungnahme bedarf. „Und wir auch sagen dürfen, wann wir etwas nicht mehr stimmig finden und was wir gefährlich finden“ (H8).

Besonders wichtig sei auch *Geduld*. „Und dass wir uns dafür auch die Zeit nehmen, dass es reifen kann“ (E2). E2 sagt, dass es gerade bei der Sucht sehr viel Geduld braucht. Auch K6 spricht von der Notwendigkeit der Geduld und sagt: „Man braucht einen langen Atem“. „Und in diesem langen Atem braucht man diese Hoffnung, dieses Vertrauen, das kann werden“ (K6). Damit spricht sie Zuversicht und Hoffnung an, die es in der Begleitung braucht. Ebenso spricht U7 von einem langen Atem und meint, dass „dieses personale Heben des Eigenen“ Geduld benötigt. S1 sagt, dass der Prozess eine geraume Zeit brauchen darf und „dass ein, zwei Jahre auch verstreichen dürfen“.

Wie auch schon bei der existenzanalytischen Haltung angesprochen, braucht es in der Begleitung von Menschen mit Essstörungen sowie ihren Angehörigen auch den Mut und die Bereitschaft zur *Konfrontation*, jedoch nicht in dem Sinne, dass man zu diskutieren oder gar zu streiten beginnt, sondern einfach ehrlich zu sein und zum Beispiel „... vielleicht auch da ein bisschen konfrontativer sagen, tun Sie das bitte nicht. Also mit Zwang und wenn Sie ihr da einen Schweinsbraten davor hinstellen, das macht es auch nicht besser ...“ (B3). „Ja manchmal muss man auch die Rute ins Fenster stellen und aufklären“ (S1). Diese Konfrontation mit der Realität sei auch eine ganz wichtige: „Dann haben sich diese Freunde, denen deine Optik wichtiger ist, abgewendet. Und es wäre okay. Da gibt es andere Menschen auch“ (K6).

Ebenso wie die Klarheit der betroffenen Person gegenüber, gehöre die Ziehung von *Grenzen* zu den notwendigen Bedingungen in der Behandlung und Begleitung. „Aus

diesen Beziehungen werden nie Freundschaften und werden keine Partnerschaften“ (K6). Auch O4 spricht von der Notwendigkeit klarer Grenzen, insbesondere bei der Anorexie, weil es oft um Kinder handle, in deren Leben Grenzen diffus waren und oft auch eine Verkehrung der Eltern-Kind-Rolle stattgefunden habe. „Und aber jetzt eben keine schroffe Grenze, sondern gleichzeitig Grenze und Zugewandtheit“ (O4).

U7 erwähnt außerdem die Grenzen der körperlichen Nähe und Berührung in der Therapie, die es gut zu prüfen gilt: „... wenn es abgestimmt ist, wenn es gut geprüft ist, ist es auch etwas Wertvolles jemanden dann auch bei der Hand zu halten“ (U7).

Orientierung und Sicherheit sollten geboten werden können (L5): „Bin ich eine Therapeutin oder ein Therapeut, der so in sich ruht, dass die sich bei mir sicher fühlen kann im Kontakt.“ „Und so klar Orientierungsperson zu sein im Sinne von dein Nervensystem so weit regulieren zu können, dass du Sicherheit ausstrahlen kannst im Kontakt“. Das bedeutet auch, beziehungsstark zu sein und die Therapie nicht abubrechen, wenn keine Erfolge bei der Gewichtszunahme zu verzeichnen sind. Leider erleben das Klient*innen nach wie vor (L5). O4 spricht davon, dass es eine gestandene Therapeutenperson braucht: „Also, wenn man selbst noch sehr am Anfang ist oder sehr unsicher ist, dann wird das schwierig werden“ (O4). Es sei in der Therapie außerdem mit Abwertung zu rechnen und dass einen die Patientin oder der Patient in Frage stellt – da brauche es eine gestandene Persönlichkeit (O4).

Dazu benötigt es viel *fachliches Wissen* und eine fundierte Ausbildung mit Selbsterfahrung, sonst sei man der Sucht nicht gewachsen (E2). Es sei auch wichtig, zu wissen, was bei der Erkrankung körperlich passiert: „So Dinge wie, also das ist die Beobachtung, unterm 14er BMI wird das Hirn einfach schlecht versorgt und sie können Nichts verändern“ (K6).

Die soeben erwähnte *Selbsterfahrung* ist Teil einer jeden psychotherapeutischen Ausbildung in Österreich und stellt ein zentrales Qualitätsmerkmal dieser dar.

So ist es auch in der Arbeit mit Menschen mit Essstörungen unerlässlich, sich seiner eigenen Themen bewusst zu sein und seine persönlichen Trigger zu kennen. Dazu gehöre auch ein mit sich im Reinen sein auf körperlicher Ebene, denn wenn man selbst dazu neigt, Dinge über Essen und Körper auszuagieren, sei es schwerer das

„wegzustellen“: „Wichtig ist, seine Themen kennen und es zumindest für eine Stunde auf die Seite stellen zu können und danach zu versorgen. Soweit muss ich mich kennen, was sind meine Punkte, woran erkenne ich es, wie bekomme ich es auf die Seite, wo versorge ich es danach“ (K6). L5 sagt etwas ganz Ähnliches: „Ich glaube einfach man muss seine eigenen Themen echt gut am Schirm haben“ und „Ja, wenn du auf die Dynamik, die das Krankheitsbild halt mit sich bringt, wenn du dich davon bedroht fühlst und das noch nicht ausreichend reflektieren kannst, sodass du dann eben mit Abwertung, Hierarchie, Macht und Kontrolle reagieren musst, dann solltest du das lieber nicht machen glaube ich“. Entsteht bei der Therapeutenperson ein Gefühl von Angst, sei das nicht hilfreich (K6). Dazu benötige es viel Supervision, meint U7.

Um gut begleiten und unterstützen zu können und eben nicht in Angst, Panik und ein Gefühl der Hilflosigkeit zu kommen, brauche es außerdem einen reflektierten Umgang mit dem Tod: „Ja sowas, also das glaube ich, muss man auch als Begleitperson gut reflektieren, so die eigene Sichtweise auf den Tod und den Umgang mit dem Tod und was kann man eben machen, wenn man nichts mehr machen kann. Und das einfach zu akzeptieren, dass es irgendwie dazugehört. Es gehören die Geschichten dazu, die nicht gut ausgehen und Gott sei Dank gibt es auch die, die gut ausgehen. Und dass beides sein darf“ (L5).

K6 spricht von einer Einwilligung in den Tod; einzuwilligen, dass der Tod auch ein Weg sei.

Aufgrund dieser Konfrontation mit so existenzbedrohlichen Themen, gehöre es auch zur Professionalität dazu, gut auf sich zu schauen. Das kann beispielsweise bedeuten, dass ein Fokuswechsel oder die Abgabe einer Therapiegruppe nach intensiver Beschäftigung mit einem Krankheitsbild hilfreich sein kann (B3). Auch K6 betont die Wichtigkeit eines Ausgleichs bei der Arbeit mit schwer kranken Menschen.

Zu den persönlichen Voraussetzungen zählen außerdem:

- *Empathie*
d.h. Mitgefühl und Verständnis dafür zu haben, dass ein Mensch leidet (S1).
„Auch mitberührt ist, wo sie verletzt ist und wenn sie sich exzessiv, impulsiv verhält nicht in Vorwurf und Bestrafung gehen, sondern ihr helfen, sie aufklauben und hinschauen, was da leidvoll war und wie sie es besser machen kann“ (U7).
- *Zugewandtheit*
„Die Begleiterin soll das auch, muss das auch irgendwie gerne tun und Interesse daran haben“ (E2). K6 spricht auch von Menschenliebe, L5 von Zuwendung.
- *Aushalten können*
„Ja ich glaube wir müssen da auch viel aushalten und mittragen, auch die Rückfälle mittragen ...“ (H8). Auch U7 spricht von Gefühlen aushalten, Schmerz aushalten und nicht auszuagieren.
- *Zuversicht und Hoffnung*
„Also schon mittragen, aber irgendwie auch zuversichtlich bleiben“ (H8).
„Da brauchen wir Medikamente, da brauchen wir Familie, Angehörige, letztendlich Menschen, die in diesen schweren Phasen der Erkrankung nicht die Hoffnung und das Vertrauen aufgeben an mein Leben zu glauben“ (S1).
„Ich vertraue, dass wenn du wirklich bei dir bist, dass du es auch so erleben kannst, dass es schön ist mit dir. Dass du es wert bist mit dir zu sein. Dass mit dir sein Erlebnis ist“ (U7).
- *Authentizität*
„Und wenn man die Dinge, die man dann vermitteln möchte, auch selber lebt.
,Walk your talk‘ sagen wir dazu immer“ (L5).
- *Frustrationstoleranz*
„Auch eine Frustrationstoleranz zu haben“ (S1).

„Also zurück mit Erwartungen. Aufhören damit. Und auch sich selber da nicht in eine Überheblichkeit bringen. Auch viel supervidieren, mitschauen, dass jemand die Ansprüche relativiert, die man oft hat, die Frustrationen, die Rückfälle“ (U7).

- *Ruhig bleiben und nicht in die Dynamik einsteigen*

„Ich glaube das ist total wichtig, dass man eben nicht in diese Kontrollspirale einsteigt“ (L5).

„... wichtig, dass ich hier nicht in eine Verzweiflung komme und damit in ein Agieren, sondern dass ich immer gelassen bleibe und schaue, was braucht es jetzt“ (O4).

„Und da fallen viele in einen Aktivismus und der hilft nicht. Der macht Schaden“ (K6).

- *Offen sein*

„... dass sie sein darf wie sie ist und dass nicht beurteilt wird ...“ (U7).

„... das wertfreie Ansprechen, nicht das Beurteilen ...“ (U7).

11.5 Selbstbestimmung

Was ein selbstbestimmtes Leben ausmacht, ist vielseitig und auch individuell. Bestimmte Begriffe wurden von den Expert*innen in diesem Zusammenhang jedoch öfter genannt und sollen in der nachfolgenden Grafik dargestellt werden. Sie repräsentieren, was die Expert*innen mit Selbstbestimmung und einem selbstbestimmt geführten Leben in Verbindung bringen.

Interessant war, dass die meisten Interviewpartner*innen den Begriff der Selbstbestimmung für die Wahl als Titel dieser Masterarbeit als sehr passend empfunden haben, eine Person ihn jedoch auch hinterfragte, was mich zu weiteren Überlegungen über die Begrifflichkeit anregte und zu einer differenzierteren Beschreibung des Begriffs im theoretischen Teil dieser Arbeit veranlasste. Die Person meinte: „Als würde ich aus meinen gesunden Subjektanteilen selbst bestimmen können, dass ich gesund werde“ (S1).

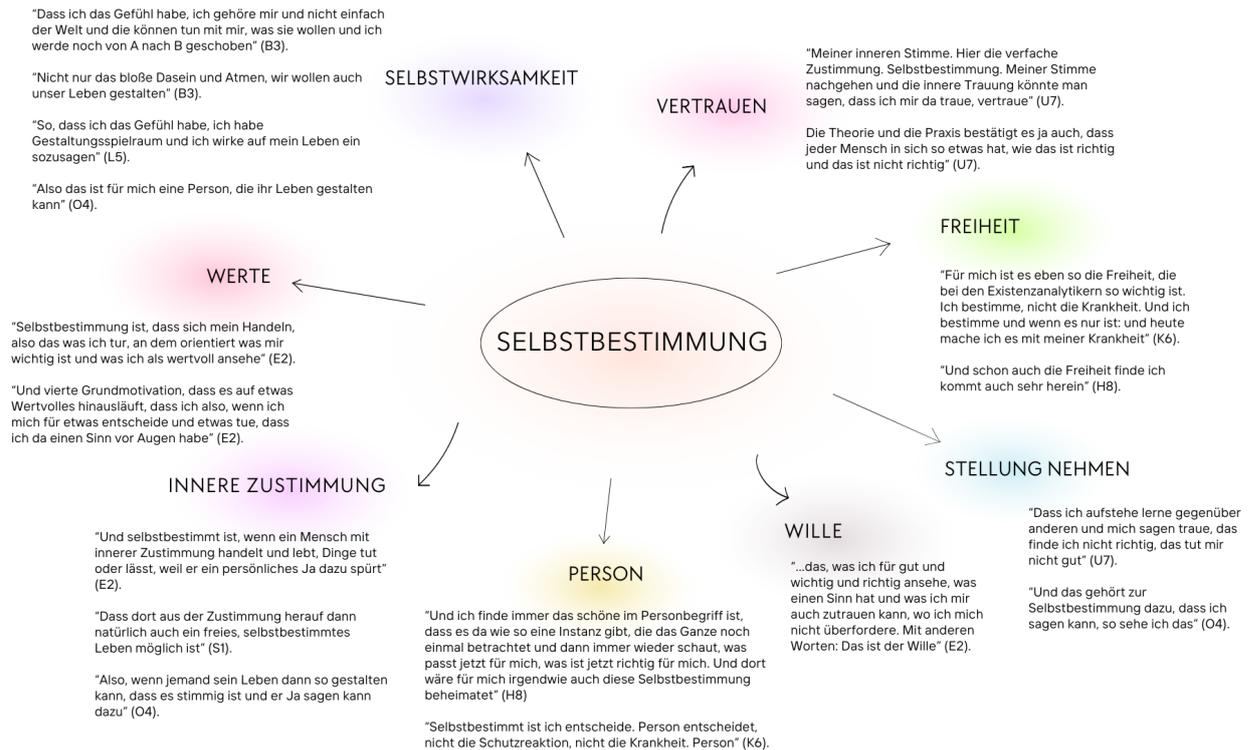


Abb. 10: Selbstbestimmung (eigene Darstellung)

11.6 Angehörige und Angehörigenarbeit

Die Begleitung sowohl von Angehörigen als auch durch Angehörige ist in den allermeisten Fällen ein essenzieller Bestandteil in der Unterstützung von Menschen mit Essstörungen, insbesondere aufgrund des meist jungen Erkrankungsalters. Wie die Expert*innen die Angehörigen und deren Emotionen wahrnehmen, wie es ist mit ihnen zu kooperieren und was sie Angehörigen in Krisenzeiten und schwierigen Situationen raten, soll an dieser Stelle erwähnt werden.

Die **Begleitung durch Angehörige** kann auf verschiedene Art und Weise geschehen. Zum Beispiel können Eltern, Partner*innen, Freund*innen und andere Bezugspersonen Betroffene auf ihrem Weg in ein selbstbestimmteres Leben abseits der Essstörung begleiten. Dass ist jedoch aufgrund der tiefgehenden Symptomatik nicht immer leicht und für die Angehörigen mit vielen Herausforderungen verbunden. Oftmals sei viel *Verzweiflung* bei ihnen wahrnehmbar (B3). H8 meint, es gäbe oft auch relativ *wenig Verständnis*, wie leidvoll die Situation für Betroffene ist, vor allem dann, wenn die

Esstörung weder mit einem hohen Unter-, noch einem hohen Übergewicht einhergeht und von außen sozusagen nicht sichtbar wird. Viele haben auch einfach *große Angst*: „Wenn ich Angst habe, dass mein Kind stirbt, das ist schon schrecklich“ (K6) und diese Angst gehört versorgt (K6). Aus dieser Angst heraus ergeben sich teilweise außerdem große Konflikte, weil Eltern dann sehr kontrollierend werden (O4).

E2 beschreibt die Begleitung durch Angehörige als „... basalste Ebene, noch bevor Fachexperten dazu kommen“. Die Fachperson meint auch: „Und ich würde nicht immer gleich alles professionalisieren, sondern auch mal da im ganz persönlichen privaten Bereich auch ansetzen und auch vielleicht Angehörige beraten, wie sie damit auch etwas besser mit ihren lieben Menschen umgehen können“.

Wichtig in der Begleitung durch Angehörige scheint zu sein, dass diese sich nicht zu sehr einmischen und versuchen, *Kontrolle* über die betroffene Person zu erlangen. Hingegen könne es beispielsweise unterstützend sein, wenn es eine *Vereinbarung* in der Partnerschaft gibt, wie die Unterstützung in der Umsetzung konkret aussehen kann (H8). S1 spricht in diesem Zusammenhang den körperlichen Selbstwert an, welcher auch familiär beeinflusst sein könne und das *Familiensystem als Ressource* ganz wichtig sei.

Auch für die Erkennung einer Esstörung seien Angehörige ganz wichtig. S1 sagt dazu: „Es sind Freund*innen oder sehr oft sind es dann auch Eltern und besagte Freund*innen, die diese Informationen dann zu deuten wissen und dann vielleicht den Klassenvorstand kontaktieren, um dann einfach die Informationen weiterzugeben“.

Es gäbe aber auch Lebenssituationen, in denen eine Begleitung durch manche Angehörige nicht möglich ist und die Betroffenen Abstand brauchen. L5 meint dazu: „Ja manche Traumatherapeuten sagen ja sogar, wenn die Täter in der Familie sind, braucht es eine Phase des Kontaktabbruchs, damit sie sich erholen können“. Oft helfe es auch, wenn der Kontakt nicht komplett weg ist, sondern wenn junge Erwachsene dann beispielsweise von Zuhause ausziehen und so etwas Abstand gewinnen können (L5).

Dabei soll die **Arbeit mit Angehörigen** unter anderem viel *Psychoedukation* und *Aufklärung* beinhalten, um *Verständnis* für die Erkrankung sowie mehr *Wertschätzung* für die *Sensibilität* der betroffenen Person zu generieren und um die Familie „mit ins Boot zu holen“. So können beispielsweise, unter *Wahrung der Schweigepflicht* und mit

Einwilligung der Betroffenen, *Elterngespräche* stattfinden, in denen *Perspektivenwechsel* ermöglicht oder auch konkrete *Tipps* gegeben werden. Auch das Stattfinden gemeinsamer Gespräche könne sinnvoll sein, um *Übersetzungsarbeit* zu leisten und eine mögliche *Rollenaufteilung* zu klären. Dies könne für Betroffene und Angehörige eine sehr *entlastende Funktion* haben – der Ablauf sollte im Vorhinein jedoch gut überlegt sein.

Ratschläge für Angehörige

- *Nicht bewerten*

„Weil es ist vielleicht nicht hilfreich, dass man ständig sagt: Ma, die Frauen mit 45 Kilo finde ich so toll“ (B3).

- *im Gespräch sein und Verständnis vermitteln*

„Und wenn ein bisschen auffälliges Verhalten ist zu fragen, was ist? ... Weißt du, ich mag dich nicht bedrängen oder so, aber wenn irgendwas ist, wo es dir nicht gut geht, ich bin auch da für dich. Und wir können gerne darüber sprechen und ich möchte dir auch helfen“ (E2).

- *Klarheit und Sicherheit vermitteln (evt. Essensplan erstellen)*

„In einer Situation, wo es ruhig ist, setzt euch hin, schreibt auf: Was gibt es diese Woche und das hängt am Kühlschrank“ (K6), „Und was sie dann braucht ist, dass du sagst: Schau hier, das ist ausgemacht und an das halten wir uns jetzt“, „In den Essenssituationen wird nicht diskutiert. Das ist so. Das ist die Klarheit“ und „Also ich brauche eine Klarheit, das ist die Portion, das ist zu erfüllen, über die diskutieren wir nicht. Aber wenn du keinen Reis isst, dann isst du halt Couscous“ (K6).

„... so ein: Ich halte dich aus, ich trage das mit und es geht mir um dich“ (H8).

- *Anteil nehmen*

„Wir brauchen nicht indiskret sein und schon gar nicht irgendwelche Geheimnisse oder etwas vom anderen ausfragen. Darum geht es nicht. Aber Anteil nehmen und ich möchte bei dir sein. Und ich mag dich einfach sehr und

darum möchte ich, dass du es gut hast. Und wenn ich irgendetwas dafür tun kann, bitte sag es mir“ (E2).

- *Wertschätzung und Anerkennung zeigen*

„Schon, dass man liebevoll zugewandt bleibt. Also ich denke vor allem das. Dass man immer wieder auch zu verstehen gibt, du bedeutest mir was, du bist mir viel wert, deine Gesundheit ist mir viel wert“ (H8). „Das klingt immer so ein bisschen abgedroschen, aber was da finde ich alles darin liegt überhaupt, wenn man das Gefühl hat überhaupt, ich bin jetzt mal so mit diesem Thema und diesem Problem bei einer Person auch angenommen und die ist nicht permanent dabei zu versuchen, mich zu reparieren ...“ (H8).

- *Respektvoll sein*

„... eine Haltung des Respekts, nicht des Bedrängens, nicht des Bevormundens, nicht autoritär, schon gar nicht aggressiv, sondern des Verstehens im Bewusstsein bei allen Süchten ist Scham sehr on top “ (E2).

- *Die Person ernst nehmen*

„Es ist nicht hilfreich, wenn jetzt zum Beispiel Eltern glauben, das ist eine Modeerscheinung“ (B3).

- *Die eigenen Themen anschauen*

„... dann gibt es schon welche, die sehr engagiert sind und die aber im Grunde, damit sich im System was ändern kann, sich ihre eigenen Themen anschauen müssen“ (K6).

- *Selbst in Therapie gehen*

„Am liebsten wäre mir, wenn die selbst eine Therapie anfangen, um sich ihre Themen anzuschauen. Das ist oft finanziell einfach schwierig und ich kann dann nachvollziehen, dass die, die das Symptom hat in Therapie geht“ (K6).

- *Auf sich schauen*
„Also einfach tatsächlich, auch wenn das am Anfang so absurd klingt, dass man auf sich schaut, obwohl es dem eigenen Kind schlecht geht, ist das einfach ein essenzieller Bestandteil, um diesen Teufelskreis zu durchbrechen“ (L5). „Und das ist oft ein Gamechanger, wenn Eltern selbst beginnen auf sich zu schauen“ (L5).
- *Die Person und nicht die Lösung sehen*
„..., dass das dann nochmal mitbefeuert wird, wenn das Umfeld zu sehr in die Idee geht, ja wie lösen wir das jetzt und zu wenig auf die Person eingeht“ (H8).
- *Gefühle zeigen*
„Vielleicht erzähle ich ein Problem von mir, um diese Scham-Schwelle auch zu reduzieren, damit der andere sieht, ich bin auch bereit mich zu öffnen“ (E2).
- *Transparent handeln*
„Zuschauen lassen, nicht geheim kochen“, „Das haben so viele erlebt, dass was reingemischt wird“ (K6).
- *Verlässlich sein*
„Aber die Idee ist wie überlebt mein Kind. Mein Kind überlebt, indem es isst. Und wenn es nicht genug isst, dann muss ich die Kalorien halt anders reinpacken. Dann leere ich halt ein Kilo Schlagobers rein oder ich tue Butter rein, ein bisschen mehr Butter rein. Das Problem ist, ich werde unzuverlässig. Ich kann dir nicht mehr vertrauen und damit bist du weg für mich. Und das ist auch etwas wo ich sage, das würde ich nie tun. Die brauchen ein verlässliches Gegenüber“ (K6).

11.7 Herausforderungen

Die Herausforderungen für professionelle Helfer*innen sind nicht zu unterschätzen und sollen deshalb anhand der Antworten der interviewten Personen hier angeführt werden. Auch diese Komponente spielt eine bedeutende Rolle in der Begleitung von Menschen

mit Essstörungen, denn jede Herausforderung birgt eine Chance der Veränderung und des Wachstums.

Herausfordernd finden die Expert*innen die *emotionale Belastung*. Sie begegnen und begleiten Menschen, die sich zum Teil an der Lebensgrenze bewegen. Die Konfrontation mit dem möglichen Tod von Betroffenen ist somit unausweichlich. B3 beschreibt in diesem Zusammenhang eine „vielleicht auch verdrängte Angst als Therapeutin“, ob man den Klienten oder die Klientin wiedersehe. Sie sagt: „Alleine der Anblick muss ich ganz ehrlich gestehen, ist dann auch kein feiner mehr, weil da sitzt jemand davor, der eigentlich viel mehr braucht zum Leben“ (B3). So beschreibt auch E2, dass die größte Herausforderung bei der Anorexie die Aufrechterhaltung des Lebens der betroffenen Person sei. Das sieht auch L5 so: „Die Anorexie ist insofern das Herausforderndste, als dass sie am schnellsten lebensbedrohlich werden kann körperlich gesehen“. Sie erzählt auch, dass sie bereits zwei Mal auf einer Beerdigung gewesen ist und dass es schon sehr herausfordernd ist, wenn jemand stirbt: „Vor allem, weil du dann so, also dir so bewusst zu werden, dass du wirklich hilflos bist, dass du einfach de facto nichts machen kannst. Das ist schon zack“.

Auch der Einfluss der vielen Beschäftigung mit dem Thema Essen sei präsent im Alltag einer Fachperson. B3 spricht in diesem Sinne von einem Nachklingen „... bei den ersten Mahlzeiten, die man dann so einnimmt ...“.

Am Krankheitsbild herausfordernd sei außerdem das *Problembewusstsein* bzw. die (mangelnde) *Krankheitseinsicht* der Betroffenen. „Also, dass sich eine Bereitschaft einstellt, sprich ein Problembewusstsein und dann natürlich die Bereitschaft auch zu kooperieren, einsichtig zu sein, auch jetzt die Gespräche anzunehmen“ (S1). Auch K6 erzählt im Interview von einer Klientin, die zunächst gar keine Krankheitseinsicht hatte. „Bei der Bulimie ist die Herausforderung: Kommen wir an das zugrundeliegende Problem heran?“ (E2).

Auch das verschobene *Körperschema* und die verzerrte Wahrnehmung des Körperbildes stellt eine Herausforderung in der Begleitung dar (E2).

Die Erkrankung wird des Weiteren als sehr hartnäckig erlebt (H8).

K6 erwähnt in diesem Zusammenhang auch die Notwendigkeit von Geduld, weil es länger dauere „... *Vertrauen aufzubauen*, eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen, weil vertrauen schwer ist. Und quasi ein Gegenpol zu werden zur Essstörung dauert länger“ (K6).

Ähnliches meint auch U7 an und sagt: „Es ist allein schon eine Herausforderung, *Beziehung zu halten*. Ich habe viele Menschen mit Essstörungen kennengelernt, wo ich der fünfte Therapeut war ...“.

Was zum Krankheitsbild einer Essstörung zwar dazugehört aber dennoch für Helfer*innen herausfordernd scheint, ist das *Lügen*.

„Naja allgemein ist bei Süchten die große Herausforderung: Wie kommt man an den Menschen heran? Und kommen wir in ein ehrliches Gespräch? Weil die Sucht-Menschen, die haben eine große Tendenz zum Verheimlichen und zum Lügen, zum Verstellen der Tatsachen“ (E2). Auch K6 sagt: „Schummeln mag ich nicht, Packeln mag ich nicht“. Ebenso antwortet L5 auf die Frage nach Herausforderungen mit den Worten: „Wenn sie mich anlügen“.

Auch die *Arbeit mit den Eltern* (K6), insbesondere der Druck der Eltern wird als herausfordernd erlebt (B3). „Also gerade, wenn die jungen Menschen anfangen, sich abzugrenzen und anfangen ihre eigene Meinung zu sagen, dann wird es mit der Familie schwieriger“ (O4).

11.8 Zukunftswünsche

In der Kategorie „Zukunftswünsche“ werden Aussagen zusammengefasst und zitiert, die sich auf die Wünsche und Erwartungen der Fachpersonen für die Zukunft beziehen. Es soll verdeutlicht werden, was sich die Expert*innen in der Begleitung und Behandlung von Menschen mit Essstörungen wünschen. Dies beinhaltet sowohl strukturelle und gesellschaftliche Elemente, als auch konkrete Angebote für Betroffene, Angehörige und Fachpersonen.

Die Kategorie wurde im weiteren Codierungsprozess in 7 Subkategorien unterteilt.

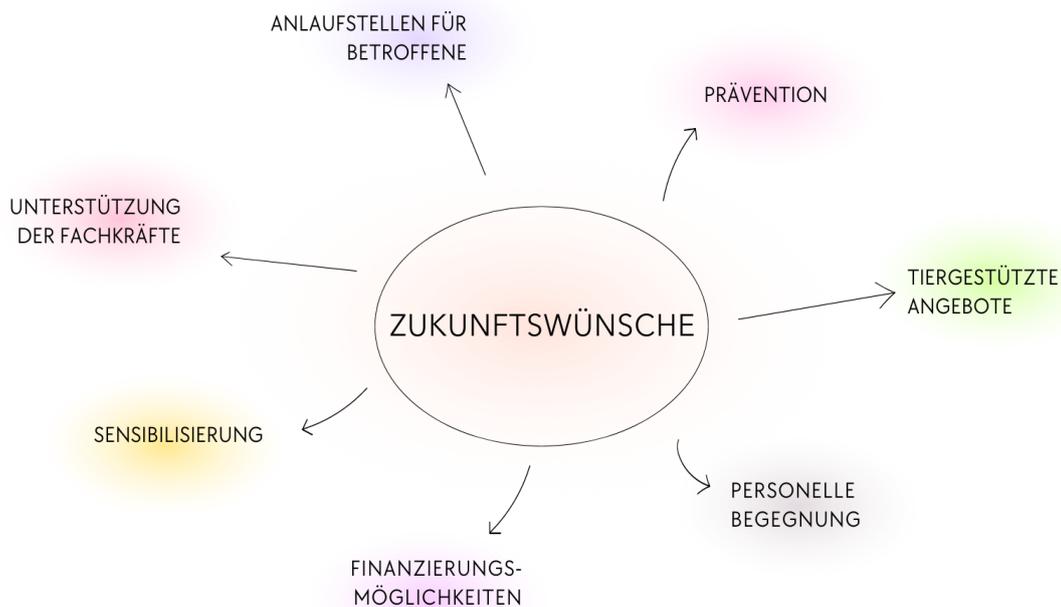


Abb. 11: Zukunftswünsche
(eigene Darstellung)

Prävention

Damit es zu keiner Chronifizierung der Essproblematik kommt, können präventive Maßnahmen zur Aufrechterhaltung von psychischer und physischer Gesundheit beitragen.

S1 wünscht sich dahingehend „... in erster Linie Prävention, dass es gar nicht so weit kommt. Jedes Trauma, das verhindert werden kann und wie auch immer in eine Störung mündet, ist natürlich super.“

Des Weiteren wird beispielsweise auf das französische Gesetz hingewiesen, nach welchem Modelagenturen die Anstellung von untergewichtigen Models untersagt und damit einem ungesunden körperlichen Rollenmodell vorgebeugt wird.

Durch spezifische Projekte kann der gesunde Umgang mit Essen gefördert werden.

Tiergestützte Angebote

H8 wünscht sich mehr Angebote in Verbindung mit Tieren. Diese gäbe es bereits für Menschen mit Behinderungen. Für die Zielgruppe von Menschen mit Essstörungen hält sie solche Angebote aufgrund der hohen Präsenz und Körperlichkeit der Tiere für hilfreich. „Man sagt ja gerade den Hunden eben auch nach, dass sie Beziehungstiere sind

und das würde jetzt finde ich in die Theorie auch nochmal voll gut reinpassen. Die bieten Beziehung an auf einer Ebene, die viele Betroffene glaube ich oft nicht kennengelernt haben“ (H8). „Es geht auch viel um Lebendigkeit und das ist schon bei vielen Klient*innen auch ein Thema. So dieses, bin ich im wirklichen Kontakt mit dem Lebendigen in mir, mit dem was in mir an Wert und Sinn da ist. ... Und ich finde Tiere bringen das auch nochmal so rein, die sind anders mit dem Leben verbunden, die bringen uns auch nochmal zum Spielen, da kann man sich auch mal zum Affen machen und es ist irgendwie okay“ (H8).

Personelle Begegnung

E2 stellt die Wichtigkeit der zwischenmenschlichen Begegnung in den Fokus. Sie wünscht sich: „Vor allem Gutes. Gute Gespräche, offene Gespräche, verständnisvolle Gespräche, Begegnungen, wo es uns wirklich um das Du des anderen geht und dass ich auch mich entsprechend öffnen und zeigen kann“. Sie benennt damit ein basales menschliches Bedürfnis nach Beziehung und beschreibt es als „... ein Riesenglück, wenn wir mit Menschen zusammen sein können in der Familie, Partnerschaft, Freunde, wo nicht Eifersucht und Neid uns quält, wo nicht Aggression und sich schützen müssen und Retourkutschen und Schadenfreude drinnen sind, sondern wo man sich einfach mag“. Menschen sollen einander Raum geben, Respekt und Verständnis füreinander haben. Dies setze jedoch voraus, dass miteinander gesprochen wird.

S1 benennt den Wunsch nach zwischenmenschlicher, realer Begegnung in einem anderen Kontext und sagt: „Gut ist natürlich, wenn insgesamt so Anlaufstellen ... so aufgestellt sind, dass es schon das persönliche Gespräch gibt“. Die Fachperson verweist an dieser Stelle im Interview auf den Alltag von Mediziner*innen, wo „... der Arzt nur mehr an der Tastatur ist oder zwischendurch schon diktiert wird“ (S1).

Finanzierungsmöglichkeiten

Wie im theoretischen Teil dieser Arbeit bereits erwähnt, sind die Kosten für eine psychotherapeutische Begleitung für viele nicht tragbar. Drei der interviewten Personen benennen bei der Frage nach Zukunftswünschen eine finanzielle Dimension. B7 wünscht sich beispielsweise, dass „die Strukturen dafür auch finanziert“ werden und „dass man die Familie nicht noch belastet und sagt okay die ganzen Kosten müssen sie tragen“. K6 weist auf die mangelnden psychotherapeutischen Kassenplätze hin und schildert ein

damit einhergehendes Problem für Betroffene: „Und das Problem ist, es gibt so wenig Kassenplätze, dass ich auch keine Wahl habe. Und wenn ich mal einen Kassenplatz habe, muss ich bleiben. Ob ich mit der Therapeutin kann oder nicht. Ob die mir gut tut oder nicht. Ob die eine Ahnung hat von meinem Thema oder nicht. Ob ich die riechen kann oder nicht. Ich habe einen Kassenplatz, ich muss bleiben. Die Alternative ist ich habe keinen.“ Sie erzählt, dass das viele so machen und dass das aber nicht heilsam sei, sondern manchmal sogar noch mehr Probleme mache.

Im Zuge der Gespräche über die Kosten wurde außerdem auch erwähnt, dass eine präventive finanzielle Unterstützung in Form von Therapiemöglichkeiten etwaige zukünftige Krankenhausaufenthalte verhindern könnte. Die Kosten für einen stationären Aufenthalt seien um ein Vielfaches höher als jene für tagesstrukturelle oder ambulante Angebote (L5).

Unterstützung der Fachkräfte

Bei der Frage nach Wünschen für die Zukunft kam zweimal der Wunsch nach mehr Unterstützung für die Fachkräfte – auch, um Erschöpfungstendenzen schon präventiv entgegenzuwirken (B3). Dies könne beispielsweise in Form von mehr Supervisionsangeboten umgesetzt werden. Außerdem wird der Wunsch nach mehr Anerkennung geäußert: „Die Arbeit mit Menschen wird echt noch unterbewertet“, „dass das mehr gesehen wird das würde ich mir wünschen“ (L5). „Und dass da mehr Wert daraufgelegt wird, dass es den Mitarbeitern im Sozialbereich gut geht“ (L5).

Anlaufstellen für Betroffene

B3 wünscht sich, dass mehr Anlaufstellen und psychiatrische Plätze geschaffen werden. Sie sagt: „Da ist die Pädagogik gefragt, auch die Politik gefragt, dass da Stellen geschaffen werden, Ambulanzen geschaffen werden, Angehörigengespräche, pädagogische, therapeutische Gespräche ermöglicht werden“. H8 wünscht sich auch mehr „ambulante Sachen, weil sich das einfach besser in den Alltag integrieren lässt“. L5 bezieht sich auf die Angebote in der Steiermark und äußert den hohen Bedarf in anderen Bundesländern.

Sensibilisierung

Der Wunsch nach mehr Sensibilisierung, Psychoedukation und Aufklärung fällt in den Interviews am häufigsten. Es soll mehr Bewusstsein geschaffen werden, unter anderem auch, was das Kommentieren von Äußerlichkeiten und Körper betrifft (H8).

K6 beschreibt einen Mangel der medizinischen Versorgungslandschaft für Menschen mit Essstörungen: „Ich finde, dass Hausärzt*innen, Kinderärzt*innen wenig Wissen haben. Ich würde mir echt wünschen, dass es mehr und das ist aber glaube ich für alle Bereiche, dass es wirklich mehr Feinfühligkeit gibt, mehr Verständnis dafür, dass das der Versuch ist mit dem Leben fertig zu werden“.

L5 spricht außerdem von der Notwendigkeit der Bewusstseinsbildung dahingehend, dass Menschen soziale Wesen und bis zu einem gewissen Grad auch voneinander abhängig sind. „Und da auch wieder mehr hinzugehen zu dem wir begegnen einander in einem Raum und ich möchte einfach verstehen, was mit dir los ist und möchte verstehen, wie ich dich unterstützen kann ...“ (L5). Mit dieser Aussage greift L5 die von O4 in diesem Kontext formulierte Sorge „dass zu beobachten ist insgesamt ein Rückgang der Empathie und wie sich das auswirken wird auf Störungen, gerade auch auf Essstörungen, die ja auch gerade bei der Bulimie etwas zu tun haben mit zu wenig Wärme bekommen haben, Empathie bekommen haben oder zu wenig Empathie zu leben ...“ auf.

S1 wünscht sich außerdem, dass Familien gestärkt werden und bezieht sich damit auf Jesper Juul und Joachim Bauer. Die Fachperson betont die Wichtigkeit einer gemeinsamen Mahlzeit, des Zusammenseins und der Art und Weise, wie das Essen in den (Familien-)Alltag eingebettet ist.

12 Diskussion & Schlussfolgerungen

Durch die Antworten der Experten und Expertinnen konnten alle zu Beginn dieser Arbeit genannten Forschungsfragen behandelt werden. Die Ergebnisse sind sehr ergiebig und vielseitig. Der spezielle Blick der Existenzanalyse ermöglicht aufgrund der phänomenologischen Haltung einen Zugang, der bei Menschen mit einem problematischen Essverhalten besonders hilfreich sein kann, da er die Person und nicht die Erkrankung in den Fokus rückt.

Die angewandte Forschungsfrage dieser Masterarbeit *„Wie können Menschen, die an einer Essstörung leiden, gut begleitet werden, um ein selbstbestimmtes Leben zu führen?“* kann zusammengefasst folgendermaßen beantwortet werden:

Um Menschen, die an einer Essstörung leiden, gut begleiten zu können, braucht es:

- Wissen der Professionellen: Ein umfangreiches Wissen über die Erkrankung. Dies beinhaltet physiologische Mechanismen und Auswirkungen, medizinische Komplikationen, mögliche Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten sowie innerpsychische Dynamiken.
- Kompetenzen der Professionellen: Eine Fachperson, die Sicherheit bieten und ausstrahlen kann, verlässlich, empathisch und ehrlich ist, transparent handelt, ihre eigenen „Themen“ und Trigger kennt, bereit zur Vernetzung mit anderen Berufsgruppen ist sowie auch die Angehörigen und deren Bedürfnisse im Blick hat. Ebenso wichtig ist ehrliches Interesse an Menschen, Zugewandtheit sowie Einfühlungsvermögen und Geduld.
- Leistungsvielfalt: Verschiedene (teil-)stationäre und ambulante sowie mobile Angebote, die sich in die Lebenssituation von Betroffenen gut integrieren lassen.
- Öffentlichkeitsarbeit: Eine Sensibilisierung der Bevölkerung, insbesondere relevanter Berufsgruppen wie Pädagog*innen, Lehrer*innen, Ärzt*innen etc., für das Leiden der Betroffenen.
- Zusammenarbeit: Ein umfangreiches Helfernetzwerk, um sowohl die körperliche als auch die psychische und soziale Komponente in die Begleitung miteinbeziehen zu können.
- Präventionsarbeit: Konkrete Präventionsmaßnahmen zur Verhinderung von Traumatisierungen und anderen Verletzungen.

- Haltungen: Eine phänomenologisch offene und verstehende Haltung, die Raum für das Erleben der Betroffenen schafft und Begegnung auf Augenhöhe ermöglicht.
- Kritische Perspektiven auf Medien: Das Bewusstsein für gesellschaftliche Einflüsse wie Social Media und den damit verbundenen Herausforderungen für junge Menschen, deren Identität noch nicht gefestigt ist.
- Ressourcen: Finanzielle Ressourcen, um Betroffene auf allen Ebenen unterstützen zu können.

Die Erfahrungen der Expert*innen verdeutlichen die Wichtigkeit des Themas in der heutigen Gesellschaft, wo zwischen (Leistungs-)Erwartungen und Schnelldigkeit nur wenig Zeit für Genuss zur Verfügung steht und der Druck, perfekt aussehen zu müssen, (insbesondere bei jungen Menschen) vorhanden ist.

Nach einer so umfangreichen Auseinandersetzung mit Essstörungen fällt auf, dass es trotz der hohen Anzahl von Betroffenen noch verhältnismäßig wenig Angebot für diese gibt. Die Erstellung einer österreichweiten Übersichtskarte von spezifischen Begleitungsmöglichkeiten für Menschen mit Essstörungen im Vergleich zu den Angeboten anderer Länder wäre spannend, vor allem was den Bereich der Sozialen Arbeit betrifft. Hier kann beispielsweise abseits eines klinischen Settings viel an Unterstützung geleistet werden.

Die Meinungen der Expert*innen bezüglich des bereits vorhandenen Wissens von Fachpersonen anderer in Zusammenhang mit Essstörungen stehender Disziplinen und der damit verbundenen Vorgehensweise, die bei der „Entdeckung“ und Behandlung einer Essstörung mitwirken können, unterscheiden sich ein wenig. Eine Erhebung des tatsächlichen Wissensstands wäre dementsprechend interessant und könnte bei der Entwicklung weiterer Maßnahmen helfen.

Es ist unterdessen immer wichtig, in einen Austausch zu kommen, weswegen es wünschenswert wäre, nicht nur die Perspektiven von Fachpersonen zu beleuchten, sondern vermehrt auch die von betroffenen Personen, denn diese sind die eigentlichen Expert*innen ihres Lebens.

13 Fazit

Je länger für die Verfassung dieser Arbeit recherchiert und geforscht wurde, desto wichtigere und spannendere Informationen sind hervorgestochen, die hier leider nicht alle einen Platz bekommen haben.

Essstörungen sind höchst komplexe, schwere psychische Erkrankungen. Sie stellen Betroffene, Angehörige und Fachpersonen vor einige Herausforderungen. Sie sind aber auch Teil unserer Leistungsgesellschaft. Vielleicht auch eine Folge davon? Vor allem betroffen sind junge Menschen und in erster Linie Menschen, die eine hohe Sensibilität aufweisen. Die Entwicklung einer Essstörung ist deren Versuch, mit schwierigen Lebenssituationen, mit Traumatisierungen oder verletzenden Beziehungserfahrungen umzugehen. Um Emotionen, die so schmerzhaft sind, dass sie nicht auszuhalten wären, nicht fühlen zu müssen, wird der Zugang zur eigenen Gefühlswelt eingeschränkt und abgeschnitten. Stattdessen wird über das Essen versucht, wieder Kontrolle im Leben zu erlangen.

In der Begleitung von Menschen mit Essstörungen geht es viel um Beziehung. Viele Betroffene haben keine guten Beziehungserfahrungen gemacht. Zu anderen Menschen eine Bindung und Vertrauen aufzubauen, fällt deshalb oft schwer. Aus diesem Grund braucht es in der Begleitung viel Achtsamkeit, Feinfühligkeit und auch Geduld. Gelingt es, eine sichere und haltgebende professionelle Beziehung aufzubauen, die neue Erfahrungen und Perspektiven ermöglicht, so können die in der Vergangenheit benötigten Schutzstrategien Stück für Stück abgelegt und ein selbstbestimmteres Leben geführt werden.

Durch die intensive Beschäftigung mit dem Thema Essen wurde mir persönlich immer klarer, dass wir als Gesellschaft keinen „guten“ Umgang damit haben. Wir essen schnell, wir essen nebenbei, wir essen ungesund. Wir essen außerdem oft einfach nur, um satt zu werden. Was dabei verloren geht, ist die Gemeinschaft, der Genuss, die Zuwendung, die man sich selbst und seinem Körper schenkt. Eigentlich verlieren wir Beziehung. Die viele Zeit mit Onlinemedien und der oft nicht bewusst wahrnehmbare, jedoch omnipräsente Druck schön, schlank und attraktiv aussehen zu müssen, befeuert die Dynamik einer Essstörung zudem umso mehr. Menschen sind und bleiben soziale Wesen. Sie möchten

geliebt, geschätzt und geachtet werden für das, wer sie sind und wie sie sind. Ohne wertschätzende persönliche Begegnungen geht auch das womöglich verloren.

Mein persönliches Fazit ist ganz klar: Wir sind alle Teil dieser Gesellschaft, die mal mehr und mal weniger sensibel mit uns umgeht. Somit haben auch wir es in der Hand. Wir können auch in unserem Alltag, in kleinen und banalen Situationen mehr darauf achten, wie wir mit uns selbst und wie wir mit unserem Gegenüber umgehen. Statt zu fragen, was es Neues gibt oder wie die Arbeit läuft, können wir zum Beispiel fragen: „Wie geht es dir wirklich?“ „Wie hast du den gestrigen Tag erlebt?“ „Was beschäftigt dich gerade?“. Diese Fragen kosten weder Geld, noch nehmen sie viel Zeit in Anspruch. Sie signalisieren aber ehrliches Interesse sowie Zuneigung und ermöglichen eine Art von Begegnung, in der Offenheit und Respekt herrschen und gemeinsames Wachstum stattfinden kann.

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|--------|
| Abbildung 1: Bio-psycho-soziales Modell | S. 17 |
| Abbildung 2: Die Seinsdimensionen des Menschen: ein vierdimensionales Menschenbild | S. 29 |
| Abbildung 3: Die vier Grundbedingungen erfüllter Existenz in der lebensnahen Beschreibung durch die Modalwörter | S. 35 |
| Abbildung 4: Die subjektive Erlebnisseite personalen Geschehens mit Eindruck, Stellungnahme, Ausdruck | S. 40 |
| Abbildung 5: Schönheitsideale im Internet | S. 56 |
| Abbildung 6: Ablauf einer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse in 7 Phasen | S. 79 |
| Abbildung 7: Hauptkategorien | S. 81 |
| Abbildung 8: Grundmotivationen | S. 85 |
| Abbildung 9: Multiprofessionelle Behandlung und Begleitung | S. 91 |
| Abbildung 10: Selbstbestimmung | S. 97 |
| Abbildung 11: Zukunftswünsche | S. 104 |

Literaturverzeichnis

- Angermayer, M. (2014). Existenzielles Grounding: Das Seinerleben als Ressource der Person: Bausteine zur vertieften Einbindung des gefühlten Körpers in die Existenzanalyse. *Existenzanalyse*, 31(2), 41-45.
- Angermayer, M. (2009). Dasein – Atmen – Achtsamkeit: Existenzanalyse und vorreflexives leibliches Erleben. *Existenzanalyse*, 26(2), 99-104.
- Angermayer, M. (2022). *Existenzanalyse mit dem Körper: Existenzielles Grounding*. markus angermayer.
<https://markusangermayr.at/psychotherapie/schwerpunkte.html>
- Aphorismus zum Thema Menschenkenntnis*. (2012, 5. Mai). Aphorismen.
<https://www.aphorismen.de/zitat/187057>
- Bäumli, J. (2010). Psychoedukative Therapie. In V. Arolt & A. Kersting (Hrsg.), *Psychotherapie in der Psychiatrie* (S. 121-134). Springer.
- Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen. (o.D.). *Gesund aus der Krise*. <https://gesundausderkrise.at/>
- Breckner, K. (2015). Existenzielle Pädagogik: Einführung und Standortbestimmung. *Existenzanalyse*, 32(2), 100-102.
- Brkic-Elezovic, A. (o.D.). *Mag. Alma Brkic-Elezovic*. <https://www.alma-psychotherapie.at/>
- Brugger, C. (o.D.). *Mag. Christine Brugger*. <http://www.dinna.at/>
- Brunner, R. & Resch, F. (2022). Diätverhalten und Körperbild im gesellschaftlichen Wandel. In S. Herpertz, S. Zipfel & M. de Zwaan (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (3. Aufl., S. 9-14). Springer.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2024). *ICD-11 für Mortalitäts und Morbiditätsstatistiken (MMS): Fütter- oder Essstörungen*.
https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html
- Burkart, T. (2009). EMDR bei Bulimia nervosa. In R. Plassmann (Hrsg.), *Im eigenen Rhythmus: Die EMDR-behandlung von Essstörungen, Allergien, Schmerz, Angststörungen, Tinnitus und Süchten* (S. 77-93). Psychosozial-Verlag.
- Davet, Z. (2015). „Aber hungern will ich nicht!": Übergewicht im Kontext der Psychotherapie. *Existenzanalyse*, 32(2), 40-42.
- De Zwaan, M. (2022). Klinische Aspekte der Binge-Eating-Störung. In S. Herpertz, S. Zipfel & M. de Zwaan (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (3. Aufl., S. 35-39). Springer.

- De Zwaan, M. & Svitek, J. (2022). Die Pharmakotherapie der Essstörungen. In S. Herpertz, S. Zipfel & M. de Zwaan (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (3. Aufl., S. 367-374). Springer.
- Döring, N. (2022, 30. September). *Forschungsethik*. Dorsch.
<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/forschungsethik>
- Drexler, H. (2024). *Dr. Helene Drexler*. <https://www.helene-drexler.at/>
- Drexler, H. (2015). Existenzanalytische Therapie von Anorexie und Bulimie. *Existenzanalyse*, 32(2), 78-82.
- Eckhard, E. (2023). *Eva Eckhard*. <https://www.graz-therapie.com/>
- Ernährung macht Sinn*. (2023, 11. Oktober). Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz. <https://oepgk.at/website2023/wp-content/uploads/2023/10/ernaehrung-macht-sinn-poster-oepgk-konferenz-111023.pdf>
- Essstörungen: Großteil nicht diagnostiziert*. (2023, 25. September). Österreichische Ärztezeitung. <https://aerztezeitung.at/2023/oaz-artikel/medizin/essstoerungen-grossteil-nicht-diagnostiziert/>
- Felder-Puig, R., Teufl, L. & Winkler, R. (2023). *Gewichtstatus und Körperelbstbild von österreichischen Jugendlichen*. HBSC Factsheet 02 aus Erhebung 2021/22. BMSGPK.
- Felder-Puig, R., Teufl, L. & Winkler, R. (2023). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern*. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2021/22. BMSGPK.
- Fellmann, F. (2006). *Phänomenologie zur Einführung*. Junius.
- Frankl, V. (2018). *...Trotzdem Ja zum Leben sagen: Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager*. Penguin.
- Frankreich führt Gesundheitsattest für Models ein*. (2017, 06. Mai). Spiegel Panorama. <https://www.spiegel.de/panorama/frankreich-gesetz-gegen-magermodels-tritt-in-kraft-a-1146452.html>
- Frauenministerin gegen zu dünne Models*. (2016, 21. Juni). Kleine Zeitung. <https://www.kleinezeitung.at/lebensart/gesundheit/4013861/Frauenministerin-gegen-zu-duenne-Models>
- Friederich, H., Terhoeven, V. & Nikendei, C. (2022). Medizinische Komplikationen bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. In S. Herpertz, S. Zipfel & M. de Zwaan (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (3. Aufl., S. 269-276). Springer.

- Gawel, B. (2016). Bis an die Grenzen meines Perfektionismus: Das Streben perfekt zu sein im frühen Erwachsenenalter. In S. Längle & B. Gawel (Hrsg.), *Themen der Existenz - Existenz in Themen: Ein Lesebuch zur Existenzanalyse* (S. 119-128). Facultas.
- Gerlinghoff, M. & Backmund, H. (2017). *Is(s) was?!: Essstörungen sind Krankheiten*. Beltz.
- Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse. (2024). *Dr. Martin Hötzer*.
<https://www.existenzanalyse.at/martin-hoetzer>
- Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse. (2024). *Was ist Existenzanalyse?*.
<https://www.existenzanalyse.at/psychotherapierichtung-existenzanalyse>
- Gesundheitsfonds Steiermark. (2024). *Netzwerk Psychotherapie und VAPP-Steiermark*.
<https://gesundheitsfonds-steiermark.at/plattform-psyche/psychotherapie/>
- GLE International. (2017). *Was ist Logotherapie und Existenzanalyse?*.
<https://www.existenzanalyse.org/existenzanalyse/>
- Götz, M. (2022). Der Einfluss der Medien auf das Körperbild. In S. Herpertz, S. Zipfel & M. de Zwaan (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (3. Aufl., S. 179-183). Springer.
- Götz-Kühne, C. (2010). Körpertherapeutische Interventionen und kreative Verfahren in der Behandlung von Essstörungen. In G. Reich & M. Cierpka (Hrsg.), *Psychotherapie der Essstörungen: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulenübergreifend* (3. Aufl., S. 267-277). Thieme.
- Hausbichler, B. (2024, 18. Juni). Essstörungen: Mehr und immer jüngere Mädchen sind betroffen. *Der Standard*.
<https://www.derstandard.at/story/3000000224763/essstoerungen-mehr-und-immer-juengere-maedchen-sind-betroffen>
- Heitger-Giger, B. (2016). Lebenssinn als Suizidprophylaxe? In S. Längle & B. Gawel (Hrsg.), *Themen der Existenz - Existenz in Themen: Ein Lesebuch zur Existenzanalyse* (S. 187-194). Facultas.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2022). Anorexia nervosa im Kindes- und Jugendalter. In S. Herpertz, S. Zipfel & M. de Zwaan (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (3. Aufl., S. 101-107). Springer.
- Hilbert, A., Herpertz, S., Kersting, A., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B. & Vocks, S. (2020). Binge-Eating-Störung. In Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (Hrsg.), *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen* (2. Aufl., S. 243-269). Springer.
- Hofbauer, S. (2024). *Überblick: Kosten der Psychotherapie*. psyonline.at.
<https://www.psyonline.at/contents/7437/ueberblick-kosten-der-psychotherapie>

- Institut Suchtprävention (2022). *X-Act Essstörungen: Materialien zur Prävention von Essstörungen in der Schule*.
https://www.praevention.at/fileadmin/user_upload/09_Infobox/Infomaterialien/Unterrichtsmaterial/x-act-Esstörungen-korr-2024.pdf
- Jacobi, C., & Beintner, I. (2021). *Anorexia nervosa*. Hogrefe.
- Karwautz, A. & De Zwaan, M. (2024). Essstörungen (ICD-10: F50). In S. Kasper & H. Volz (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie compact: Das gesamte Facharztwissen* (3. Aufl., S. 195-207). Thieme.
- Koch, C. (2012). Vom leeren zum gedeckten Teller. *Existenzanalyse*, 29(1), 57-61.
- Kohler, E., Rauch, J. & Bachmann, O. (2012). Die Begegnung mit dem Nichts: Innere Leere und Sucht. *Existenzanalyse*, 29(1), 19-25.
- Kolbe, C. (2016). Existenzielle Kommunikation: Zugänge zum Wesentlichen in Beratung und Therapie. *Existenzanalyse*, 33(1), 45-51.
- Kolbe, C. (2019). Person-Ich-Selbst: Klärungen sowie existenzanalytische Anmerkungen zur Ich-Struktur. *Existenzanalyse*, 36(2), 4-11.
- Kriz, J. (2014). *Grundkonzepte der Psychotherapie* (7. Aufl.). Beltz.
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (5. Aufl.). Beltz.
- Längle, A. (o.D.). *Alfried Längle*. <https://www.laengle.info/>
- Längle, A. (2002). Die Grundmotivationen menschlicher Existenz als Wirkstruktur existenzanalytischer Psychotherapie. *Fundamenta Psychiatrica*, 16(1), 1-8.
- Längle, A. (2009). Das eingefleischte Selbst: Existenz und Psychosomatik. *Existenzanalyse*, 26(2), 13-34.
- Längle, A. (2021). *Existenzanalyse und Logotherapie*. W. Kohlhammer.
- Längle, A. & Probst, C. (2020). Was sucht der Süchtige? Beweggründe und Ursachen aus existenzanalytischer Sicht. *Existenzanalyse*, 37(2), 111-118.
- Längle, A., Jöbstl, B., Kathan-Windisch, R., Klun, C., Längle, S., Lopatka, C., Probst, C., Probst, M., Trobisch, D., Wyckoff, P. & Zeiringer, H. (2012). Bulimie - Die betrogene Verheissung: Phänomenologisches Verständnis und existenzieller Zugang. *Existenzanalyse*, 29(1), 46-56.
- Laireiter, A., Schaireiter, M., Schirl-Russegger, C., Baumgartner, I., Längle, A. & Sauer, J. (2013). Die Wirksamkeit von Existenzanalyse und Logotherapie: Retrospektive Beurteilungen. *Existenzanalyse*, 30(1), 4-11.

- LeLi-Tageszentrum. (o.D.). *Tageszentrum für Essstörungen – LeLi: Lebens.Liebe.*
<https://leli-tageszentrum.at/>
- Mangweth-Matzek, B. (2022). Essstörungen bei Männern. In S. Herpertz, S. Zipfel & M. de Zwaan (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (3. Aufl., S. 109-116). Springer.
- Mörkl, S. & Várnagy, A. (2024). *Ernährung für die Psyche: Das Kochbuch: Richtig essen für die Seele.* riva.
- Mühleck, J. & Berger, U. (2018). *Adressatengerechte Angebote bei Essstörungen.* Universitätsklinikum Jena. https://www.bzga-essstoerungen.de/fileadmin/user_upload/bzga-essstoerungen/downloads/materialien/Abschlussbericht_Erhebung_Essstoerungen_Uni_Jena-merged.pdf
- Munsch, S., Wyssen, A. & Biedert, E. (2018). *Das Leben verschlingen? Hilfe für Betroffene mit Binge-Eating-Störung* (3. Aufl.). Beltz.
- Neue Studie: Schönheitsideale im Internet.* (2024, 05. Februar). Safer Internet & studioback. <https://www.saferinternet.at/news-detail/neue-studie-schoenheitsideale-im-internet>
- Peck, S., Shao, S., Gruen, T., Yang, K., Babakanian, A., Trim, J., Finn, D. & Kaye, W. (2023, 4. Juli). *Psilocybin therapy for females with anorexia nervosa: a phase 1, open-label feasibility study.* Nature Medicine. <https://doi.org/10.1038/s41591-023-02455-9>
- Plassmann, R. (2009). Was wissen wir über Heilungsprozesse? In R. Plassmann (Hrsg.), *Im eigenen Rhythmus: Die EMDR-behandlung von Essstörungen, Allergien, Schmerz, Angststörungen, Tinnitus und Süchten* (S. 11-31). Psychosozial-Verlag.
- Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten. (2017). Forschungsethische Grundsätze und Prüfverfahren in den Sozial- und Wirtschaftswissenschaften. *RatSWD Output 9* (5). <https://doi.org/10.17620/02671.1>
- Rettenwander, A. (2005). *Anorexia nervosa und subjektive Krankheitstheorien: Was sehen (ehemals) magersüchtige Frauen als Ursachen für ihre Erkrankung?* Logos.
- Schenk, E. (o.D.). *Informationen für Patient:innen.* Netzwerk Psychotherapie Steiermark. <https://psychotherapie-steiermark.net/patientinnen/>
- Schmidt, U. (2022). Arbeit mit Angehörigen. In S. Herpertz, S. Zipfel, S. & M. de Zwaan (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (3. Aufl., S. 417-422). Springer.
- Seifert, T. (2010). Körpererleben – Bilder, Gedanken und Anregungen zur Selbsterfahrung. In G. Reich & M. Cierpka (Hrsg.), *Psychotherapie der Essstörungen: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend* (3. Aufl., S. 278-287). Thieme.

- Seitz, J. (2022). Das Darm-Mikrobiom bei Anorexia nervosa. In S. Herpertz, S. Zipfel & M. de Zwaan (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (3. Aufl., S. 261-265). Springer.
- Steinert, K. (2014). (Wie) sprichst du mit dir?: Anleitung zum inneren Dialog. *Existenzanalyse*, 31(2), 46-49.
- Steins-Loeber, S. & Paslakis, G. (2022). Suchtmechanismen bei Ess- und Gewichtsstörungen. In S. Herpertz, S. Zipfel & M. de Zwaan (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (3. Aufl., S. 209-217). Springer.
- Svaldi, J., Hartmann Firnkorn, A., Legenbauer, T., von Wietersheim, J., de Zwaan, M. & Tuschen-Caffier, B. (2020). Bulimia nervosa. In Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (Hrsg.), *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen* (2. Aufl., S. 193-242). Springer.
- Treasure, J., Smith, G. & Crane, A. (2020). *Unterstützung für Angehörige von Menschen mit Essstörungen*. Facultas.
- Universitätslehrgang-Existenzanalyse. (2024). *Dr. med. Hans Zeiringer*. <https://www.universitaetslehrgang-existenzanalyse.at/referenten-detail.php?kat=6&id=41>
- Waibel, E. (2018). Inneres Wachstum durch personale Begegnung: Impulse Existenzieller Pädagogik. *Existenzanalyse*, 35(2), 4-18.
- Waibel, E. (2017). *Erziehung zum Selbstwert: Persönlichkeitsförderung als zentrales pädagogisches Anliegen*. Beltz.
- Waibel, E. (2017). Stärkung von Lebenskompetenzen durch eine an der Person und deren Sinn orientierten Pädagogik. *Erziehung und Unterricht*. November/Dezember 9-10, 1-9.
- Wunderer, E. (2015). *Praxishandbuch Soziale Arbeit mit Menschen mit Essstörungen*. Beltz.
- Zeeck, A., Cuntz, U., Herpertz-Dahlmann, B., Ehrlich, S., Friederich, H., Resmark, G., Hagenah, U., Haas, V., Hartmann, A., Greetfeld, M., Zipfel, S. & Brockmeyer, T. (2020). Anorexia nervosa. In Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (Hrsg.), *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen* (2. Aufl., S. 163-192). Springer.
- Zipfel, S., Löwe, B. & Herzog, W. (2022). Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa. In S. Herpertz, S. Zipfel & M. de Zwaan (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (3. Aufl., S. 81-86). Springer.

Anhang

Interviewleitfaden

Begrüßung, Einleitung & Vorstellung des Themas

Vielen Dank, dass Sie sich dazu entschieden haben, mir heute dieses Interview zu geben!

Zu allererst möchte ich mit Ihnen dieses Formular durchgehen und Sie um Ihre Unterschrift bitten. Darin steht, dass die Rechte ihrer Person gewahrt werden, insbesondere das der Anonymität, wenn Sie das möchten. Ansonsten würde ich mich natürlich darüber freuen, Ihren ganzen Namen anführen zu dürfen.

Außerdem wird dieses Interview mittels Audio aufgezeichnet und zum empirischen Zwecke der meinigen Arbeit herangezogen. Ich werde mein Handy aus diesem Grund hier zwischen uns auf den Tisch legen, damit man uns dann auch gut hören kann.

Haben Sie noch Fragen, bevor wir starten?

Wie Sie bereits wissen handelt das Thema meiner Masterarbeit von existenzanalytischen Perspektiven in der Begleitung von Menschen mit Essstörungen. Es geht um die Frage: Wie kann Begleitung aussehen, um betroffene Personen auf ihrem Weg zu einem selbstbestimmten und erfüllenden Leben zu unterstützen? Neben einschlägiger Fachliteratur möchte ich mit meiner Masterarbeit und mit Ihrer Unterstützung als Experte/Expertin einen verständlichen Überblick schaffen, der das komplexe Themenfeld der Essstörungen unter der eben besonderen Perspektive der Existenzanalyse näher beleuchtet. So soll dieser primär psychotherapeutische Ansatz den der Sozialen Arbeit erweitern und den Blick dahingehend öffnen.

1 Einstieg

- Wann sind Sie im Rahmen ihres Berufes zum ersten Mal mit Menschen in Kontakt gekommen, die an einer Essstörung leiden?
 - o Können Sie sich noch daran erinnern, wie es Ihnen dabei gegangen ist?

2 Existenzanalytische Perspektiven auf Essstörungen

In meiner Arbeit versuche ich ja explizit den existenzanalytischen Blickwinkel auf Essstörungen und insbesondere auf die Begleitung von Menschen mit Essstörungen zu beleuchten. Da würde mich zu dieser Begrifflichkeit der „Störung“ zuallererst interessieren, was es denn aus Ihrer Sicht bedeutet, psychisch gesund oder eben krank zu sein?

- Wie blickt die EA auf Essstörungen?
 - o Wie wird die Erkrankung „dort“ klassifiziert?
 - o Wird zwischen Anorexie, Bulimie und Binge Eating usw. unterschieden?
 - o Gibt es da in Bezug auf die Klassifikation Unterschiede zu den anderen psychotherapeutischen Richtungen?

- In welchen Momenten Ihrer Arbeit mit Menschen mit Essstörungen wird die existenzanalytische Perspektive/Ausbildung deutlich?
 - o Könnten Sie mir ein Beispiel / eine konkrete Situation schildern anhand dessen sich der existenzielle Zugang erkennen lässt?

3 Professionelle Begleitung

Ich würde nun gerne näher auf die Begleitung von Menschen mit Essstörungen eingehen. Wie bei jeder anderen psychischen Erkrankung auch, sollte immer der Mensch mit seiner Individualität im Mittelpunkt stehen. Und so komplex und vielseitig, wie es das Erkrankungsbild einer Essstörung sein kann, so verschieden kann auch professionelle Begleitung gestaltet werden.

- Wie denken Sie, kann eine professionelle Begleitung für Menschen mit Essstörungen aussehen?
 - o Welche Möglichkeiten gibt es für Betroffene?

- Was macht für Sie eine wertvolle Begleitung aus?

- Welche Prinzipien würden Sie dafür benennen?
- Welche Voraussetzungen benötigt aus Ihrer Sicht eine Begleiterin bzw. ein Begleiter?
 - Wann ist man dafür geeignet und wann nicht?
- Was braucht eine umfassende Begleitung dieses spezifischen Erkrankungsbildes?
- Auf welche Aspekte achten Sie in der Arbeit mit Menschen mit Essstörungen ganz besonders?
- Inwiefern unterscheidet sich die professionelle Begleitung von Menschen mit Essstörungen im Vergleich zu der von anderen psychischen Erkrankungen?
- Welche Herausforderungen ergeben sich in der Arbeit von Menschen mit Essstörungen?
 - Wie gehen Sie damit um?
 - Was tun Sie im Sinne der Psychohygiene für sich?
- Wann denken Sie, ist der richtige Zeitpunkt für eine professionelle Begleitung?
 - Und wann ist der richtige Zeitpunkt diese zu beenden?

4 Der Begriff der Selbstbestimmung

Der Titel meiner Arbeit lautet ja „Auf dem Weg zur Selbstbestimmung“: Aus Sicht der Existenzanalyse will jeder Mensch ein selbstbestimmtes, eigenverantwortetes und erfülltes Leben führen.

- Wie würden Sie den Begriff „Selbstbestimmung“ definieren?

- Was macht ein selbstbestimmtes Leben im Sinne der EA aus?
- Welche Rolle spielt die Selbstbestimmung beim Erkrankungsbild einer Essstörung?

5 Begleitung von und durch Angehörige

Oft sind die ersten Begleiter im Angehörigen-Kreis zu finden. Diese sind oftmals mit der Situation überfordert.

- Begleiten Sie in ihrer Praxis auch Angehörige?
 - o Wie erleben Sie diese?
- Was raten Sie Angehörigen, damit diese die Betroffenen gut begleiten und unterstützen können?

6 Zum Abschluss

- Konnten Sie beobachten, ob die Zahl der Betroffenen in den letzten Jahren zugenommen hat?
 - o Woran könnte das liegen?
- Wenn wir einen Blick in die Zukunft machen: Was denken Sie sollte oder was müsste sich verändern, um Menschen mit Essstörungen noch besser unterstützen zu können?
- Gibt es noch etwas, das ich noch nicht gefragt habe, was aber relevant wäre zu ergänzen?



Einwilligungserklärung

Zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

Liebe Interviewpartnerin! Lieber Interviewpartner!

Vielen Dank, dass Sie sich dazu entschieden haben, an diesem Interview teilzunehmen.

Im Rahmen meiner Masterarbeit „Auf dem Weg zur Selbstbestimmung – Existenzanalytische Perspektiven in der Begleitung von Menschen mit Essstörungen“ für das Studium Sozialpädagogik an der Universität Graz wird ein persönliches Interview geführt – dieses soll zur Beantwortung meiner Forschungsfragen beitragen.

Das Interview, welches in mündlicher Form stattfindet, wird mittels Audio und/oder Video aufgezeichnet, wenn gewünscht anonymisiert, transkribiert und ausgewertet. Das Interview ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, das Interview abubrechen und Ihr Einverständnis für die Aufzeichnung und Niederschrift zurückzuziehen, ohne dass dadurch irgendwelche Nachteile entstehen. Dies können Sie ohne Angabe von Gründen per Mail an celine.hausner@gmx.at tun.

Ich _____ (Name in Druckschrift) bin damit einverstanden, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts am _____ (Datum) an dem besagten Interview teilzunehmen.

Ich bin damit einverstanden, dass mein voller Name in der schriftlichen Arbeit genannt werden darf.

Unterschrift (Interviewpartner*in)

Unterschrift (Interviewerin)