Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Abteilung Aachen
Fachbereich Sozialwesen
Studiengang Soziale Arbeit M.A., Schwerpunkt Bildung und Teilhabe

Anorexia Nervosa und Teilhabe

„Welche Faktoren beeinflussen die Teilhabe von Menschen mit einer diagnostizierten Anorexia Nervosa? Wie können gesellschaftliche Teilbereiche darauf reagieren?“

Modul 7: Forschungsprojekt
Seminarleitung: Prof. Dr. Norbert Frieters-Reermann
Wintersemester 2020/2021

Vorgelegt von:
Laura Maren Michel (511626), Anna Mührmann (512236), Janina Nett (511773), Thomas Pörner (509632)

Aachen, den 06.10.2020

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 4

2. Forschungsinteresse und Forschungsfrage 6

3. Begriffsdefinitionen 7

3.1 Anorexia Nervosa 7

3.1.1 Diagnose nach dem ICD-10 7

3.1.2 Definition nach dem DSM-5 8

3.1.3 Epidemiologie 10

3.1.4 Folgen der Anorexia Nervosa 10

3.1.5 Biopsychosoziales Erklärungsmodell von Anorexia Nervosa 11

3.2 Teilhabe 13

4. Forschungsstand 17

5. Methodik 22

5.1 Beforschte 22

5.1.1 Betroffene 22

5.1.2 Expert*innen 23

5.2 Forschungsmethode 24

5.3 Leitfadeninterviews 24

5.4 Expert*inneninterviews 25

5.5 Forschungsethik 25

5.6 Gütekriterien qualitativer Forschung 27

5.7 Transkription 31

5.8 Reflexion des Forschungsprozesses 32

6. Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse 34

7. Ergebnisse 37

7.1 Kernaussagen der Expert*inneninterviews 37

7.2 Kernaussagen der Betroffeneninterviews ... 43
7.3 Zusammenfassung der Forschungsergebnisse ... 47
7.3.1 Allgemein ... 47
7.3.2 Inklusion/Exklusion ... 49
7.3.3 Chancen ... 51
7.3.4 Bedarfe ... 51
8. Fazit ... 54
9. Ausblick ... 56
10. Literaturverzeichnis ... 61
Anlagen ... 67
Anlage 1 - Leitfadeninterview Expert*innen ... 68
Anlage 2 - Datenschutzerklärung ... 71
Anlage 3 - Kodiersystem nach Mayring ... 72
Anlage 4 - Transkriptionen der Interviews 1-8 ... 75

1. Einleitung

Mit einem schlanken Körper werden gesellschaftlich häufig Gesundheit, Sportlichkeit, Attraktivität, Disziplin, Erfolg und eine gesunde Beziehung zu sich selbst assoziiert. Die eigene Figur spielt eine bedeutende Rolle, an die implizit hohe Erwartungen und Anforderungen gestellt werden. Blickt man auf die weitverbreiteten sozialen Medien und den dadurch begünstigten permanenten Vergleich mit anderen, wird deutlich, dass ‚schlank sein' als ein Maßstab eines normgerechten und wünschenswerten Lebens erhoben wird. Dies kann zu einem großen Druck führen, der insbesondere im Jugendalter die Identitätsfindung beeinflusst – ein gesellschaftlich als Ideal betrachteter Körper wird zum Ziel von vielen Menschen, ungeachtet der eigenen physischen Voraussetzungen. Dieses Ziel kann schließlich pathologische Ausmaße annehmen, welche von einer gestörten Körperwahrnehmung und einem negativen Selbstbild bis hin zur Entwicklung einer Magersucht (Anorexia Nervosa) reichen kann. Entwickelt man eine Anorexie gehen damit nicht nur die für die Außenwelt oft sichtbaren, physischen Veränderungen einher, auch psychische und soziale Einschränkungen, beispielsweise in der Teilhabe, treten vermehrt auf auch wenn diese zunächst weniger gut erkennbar erscheinen:

> „Man hat eigentlich gar keine Zeit mehr, wenn man damit beschäftigt ist: ‚wie viele Schritte bin ich heute gegangen, was habe ich heute gegessen und wenn ich jetzt mit dem und dem weggehe, was muss ich dann noch einplanen und einkalkulieren?' und dann lässt man es einfach ganz sein" (Interview 8: Z 24ff.).

In dieser Schilderung einer an Anorexie erkrankten Person wird deutlich, dass die beschriebenen Einschränkungen eine Minderung der Lebensqualität und Spontanität der Betroffenen zur Folge haben kann. Da die klinischen Fragen und physischen Folgen einer Anorexia Nervosa bereits seit vielen Jahren intensiv erforscht werden, rückte in den vergangenen Jahren vermehrt der Fokus auf den Bereich der Lebensqualität von Betroffenen. Teilhabe als ein Aspekt der erlebten Lebensqualität wurde bisher jedoch nur bruchstückhaft beleuchtet. Aus diesem Grund soll in der vorliegenden Forschung insbesondere diese Thematik beleuchtet werden. So zielt die Forschungsfrage dieser Arbeit darauf ab, die Teilhabebedingungen der an Anorexie Erkrankten näher zu untersuchen, um zu ermitteln, welche Faktoren hierauf gegebenenfalls Einfluss haben und wie gesellschaftliche Teilbereiche darauf am besten reagieren können.

Generell ist anzumerken, dass psychische Erkrankungen in der Gesellschaft häufig als individuelles Schicksal angesehen und weniger die gesellschaftlichen Faktoren beachtet werden.

> „Ja wenn jetzt jemand hört, ich bin an Anorexie erkrankt, dann bin ich gleich in der Schublade irgendwie oder krieg gleich nen Stempel auf die Stirn“ (Interview 2, Z. 378ff.).

In dieser Forschungsarbeit wird wie folgt vorgegangen: Einleitend sollen das Forschungsinteresse und die Forschungsfrage der folgenden Ausarbeitung dargelegt werden, gefolgt von einer Erläuterung und Definition der hier besonders relevanten Begrifflichkeiten. Anschließend wird der bisherige Forschungsstand zur Thematik Anorexie und Teilhabe erläutert. Daraufhin wird Bezug auf die hier angewendete Forschungsmethodik und den gesamten Forschungsprozess genommen. Die Forschungsarbeit endet mit einer ausführlichen Beschreibung und Interpretation der Ergebnisse sowie einem auf die Forschungsfrage bezogenen Ausblick.

2. Forschungsinteresse und Forschungsfrage

Die Anorexia Nervosa ist neben der Bulimie die in Deutschland am stärksten verbreitete psychische Erkrankung und weist neben der höchsten Sterblichkeitsrate aller psychischen Erkrankungen ebenso eine sukzessive Zunahme der Gesamtanzahl der Betroffenen auf (vgl. Barmer 2018). Zu den medizinischen Aspekten und Auswirkungen einer Anorexia Nervosa gibt es bereits sehr viel Literatur und unzählige Forschungen. Im Gegensatz dazu sind bezüglich der Auswirkungen auf die Teilhabe der Betroffenen nur sehr wenig Studien vorhanden. Dadurch wird die Notwendigkeit einer Auseinandersetzung mit den Auswirkungen auf die Teilhabe sowie dem Lebensalltag der Betroffenen deutlich.

Das Forschungsinteresse dieser Arbeit gliedert sich demnach in zwei wesentliche Bereiche. Einerseits verfolgt die Arbeit ein *empirisches Erkenntnisinteresse*, um ein spezifisches Fachwissen zum Thema Anorexie und Teilhabe zu erlangen sowie den aktuellen Forschungsstand kennenzulernen. Andererseits geht es darum, in Form einer qualitativen Sozialforschung den Alltag der Menschen mit einer Anorexia Nervosa zu eruieren, um ein Abbild der individuellen Lebenswelt zu erhalten sowie mögliche Chancen und Herausforderungen hinsichtlich ihrer gesellschaftlichen Teilhabe zu erfassen. Das Ziel dabei ist es, einen Beitrag zum wissenschaftlichen Diskurs zu liefern und somit perspektivisch daran mitzuwirken, die Teilhabe von Menschen mit einer Anorexia Nervosa zu verbessern. Es entwickelten sich demnach die folgenden zwei Forschungsfragen:

> *„Welche Faktoren beeinflussen die Teilhabe von Menschen mit einer diagnostizierten Anorexia Nervosa? Wie können gesellschaftliche Teilbereiche darauf reagieren?“*

Die Forschungsfragen beinhalten sowohl die psychischen als auch physischen Faktoren einer Anorexia Nervosa sowie deren Auswirkungen auf den individuellen Alltag, um zu analysieren, in welchen Lebensbereichen Betroffene gegebenenfalls (mehr) Unterstützung von außen benötigen. Darüber hinaus spielt während des Forschungsprozesses die Frage, welche Funktion die Soziale Arbeit als gesellschaftlicher Teilbereich hierbei übernehmen und inwieweit sie einen positiven Einfluss auf die Teilhabe der Betroffenen nehmen kann, eine entscheidende Rolle.

3. Begriffsdefinitionen

In dem folgenden Kapitel sollen die für das weitere Verständnis der Ausarbeitung relevanten Begriffe definiert werden. Fokussiert werden dabei Definitionen zu den Themenschwerpunkten Anorexia Nervosa sowie Teilhabe und dem im Kontext der durchgeführten Forschung genutzten Begriff des Teilhabeverständnisses.

3.1 Anorexia Nervosa

Die der Arbeit zugrundeliegenden Diagnosekriterien basieren einerseits auf dem ICD-10 (kurz für: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Auflage) und andererseits dem DSM-5 (kurz für Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Auflage).
Im Folgenden werden die diagnostischen Kriterien nach dem ICD-10 und dem DSM-5 erläutert, welche in vielen Bereichen übereinstimmen, jedoch ebenso Unterschiede aufweisen.

3.1.1 Diagnose nach dem ICD-10

Das ICD in der zehnten Fassung gilt seit dem Jahr 2019. Ab dem Jahr 2022 wird das ICD voraussichtlich in der elften Auflage Einzug finden. Dabei orientieren sich die im kommenden ICD-11 formulierten Kriterien enger als bisher an den Kriterien des DSM-5.
Als diagnostischen Kriterien der Anorexia Nervosa (F50.0) gelten nach dem ICD-10:

1. „Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15% unter dem erwarteten (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder BMI von 17,5 kg/m² oder weniger. Bei Patientinnen in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben.
2. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch
    a. Vermeidung von hochkalorischen Speisen sowie eine oder mehrere der folgenden Verhaltensweisen:
    b. Selbstinduziertes Erbrechen,
    c. Selbstinduziertes Abführen,
    d. Übertriebene körperliche Aktivität,
    e. Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika.

3. Körperschemastörung in Form einer spezifischen psychischen Störung: Die Angst, zu dick zu werden, besteht als eine tief verwurzelte überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.
4. Endokrine Störung […]. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhö und bei Männern als Libido- und Potenzverlust. […]
5. Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt.“ (Teufel/ Zipfel 2015: 16f)

Wenn ein oder mehrere Kernmerkmale der Anorexia Nervosa fehlen, sich aber ansonsten ein typisches klinisches Bild zeigt, kann die Diagnose der atypischen Anorexia Nervosa vergeben werden (F50.1). Daneben sind zwei unterschiedliche Subtypen der Anorexia Nervosa zu unterscheiden: der restriktive Typus und der Binge-/ Purging-Typus.

Der restriktive oder auch asketische Typus (F50.01) kennzeichnet sich dadurch, dass keine regelmäßigen Essanfälle auftreten. Dabei wird das Untergewicht ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsreduktion ausschließlich durch Nahrungsrestriktion erreicht.

Im Gegensatz dazu zeichnet sich der Binge-/ Purging-Typus (F50.02), die bulimische Form der Anorexia Nervosa, durch regelmäßige Essanfälle aus. Diesen werden durch kompensatorische Maßnahmen, wie selbstinduziertes Erbrechen oder Medikamentenmissbrauch entgegengewirkt (vgl. ebd.: 17).

3.1.2 Definition nach dem DSM-5

Die Kriterien, welche nach dem DSM-5 zur Diagnosestellung einer Anorexia Nervosa erfüllt werden müssen, sind:

a. „Eine in Relation zum Bedarf eingeschränkte Energieaufnahme, welche unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Entwicklungsverlauf und körperlicher Gesundheit zu einem signifikant niedrigen Körpergewicht führt. *Signifikant niedriges Gewicht* ist definiert als ein Gewicht, das unterhalb des Minimums des Normalgewichts oder bei Kindern und Jugendlichen unterhalb des minimal zu erwartendem Gewicht liegt.

b. Ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, oder dauerhaftes Verhalten, das einer Gewichtszunahme entgegenwirkt, trotz des signifikant niedrigen Gewichts.
c. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur oder des Körpergewichts oder übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung oder anhaltende fehlende Einsicht in Bezug auf den Schweregrad des gegenwärtigen geringen Gewichts“ (American Psychiatric Association 2013: 197).

Auch nach dem DSM-5 werden zwischen dem restriktiven Typus und dem Binge-Eating/ Purging-Typ unterschieden. Dabei wird in den Kriterien des DSM-5 konkretisiert, in welchem Zeitraum mögliche Essanfälle aufgetreten sind, nämlich in der Zeitspanne von drei Monaten vor der Diagnostik. Des Weiteren wird nach dem DSM-5 eine Unterscheidung des Stadiums der Erkrankung vorgenommen. Es wird unterschieden zwischen:

1. Teilremittiert: Nachdem zuvor alle Kriterien für eine Anorexia Nervosa erfüllt waren, ist das Kriterium a, also das niedrige Körpergewicht über einen längeren Zeitraum nicht mehr erfüllt. Kriterium b oder Kriterium c werden jedoch weiterhin erfüllt.
2. Vollremittiert: Nachdem zuvor alle Kriterien der Anorexia Nervosa erfüllt waren, wird keines der Kriterien über einen längeren Zeitraum mehr erfüllt.

Zusätzlich wird eine Differenzierung hinsichtlich des Schweregrads vorgenommen. Von einer leichten Ausprägung wird bei einem BMI größer oder gleich 17 kg/m² gesprochen, bei einem BMI zwischen 16 und 17 von einer mittleren Ausprägung, zwischen 15 und 16 von einer schweren und unter 15 kg/m² von einer extremen Ausprägung. Dabei ist zu beachten, dass diese Kriterien nur für Erwachsene anzuwenden sind. Zudem ist eine Erhöhung des Schweregrads aufgrund von klinischen Symptomen, dem Grad der funktionellen Beeinträchtigung und der Notwendigkeit über Kontrollmaßnahmen möglich (vgl. ebd.: 197f).

3.1.3 Epidemiologie

Der Wissenschaftszweig der Epidemiologie beschäftigt sich mit der Verteilung von Krankheiten in einer Gesellschaft und deren Determinanten und Folgen (vgl. De Gruyter 2014: 608). Die Epidemiologie in Bezug auf die Anorexie besagt, dass der Altersgipfel der Betroffenen zwischen dem zehnten und 25. Lebensjahr liegt. Die Lebenszeitprävalenz in westlichen Industrieländern beträgt 0,3-1% der weiblichen und 0,03-0,1% der männlichen Bevölkerung (ebd. 109). Somit sind Frauen zehnmal häufiger betroffen als Männer. In bestimmten Risikogruppen ist die Prävalenz deutlich erhöht, beispielsweise bei gewichtsabhängigen Sportarten. Die Inzidenz beträgt zwischen 0,1 bis 0,6 Neuerkrankungen pro 100 000 Einwohner*innen und Jahr. Neuere epidemiologische Untersuchungen bestätigen, dass in der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen ein Anstieg der Neuerkrankungen in den letzten 50 Jahren stattgefunden hat. Insgesamt ist keine Zunahme der absoluten Häufigkeit der Anorexie innerhalb der Gesamtpopulation zu erkennen, jedoch eine Verschiebung in die jüngere Alterspopulation (vgl. Universität München 2020).

3.1.4 Folgen der Anorexia Nervosa

Als Folgeerscheinungen einer Anorexia Nervosa können neben medizinischen Komplikationen auch soziale Folgen beobachtet werden, welche im Folgenden genauer betrachtet werden sollen.

Als körperliche Folgeerscheinungen einer Anorexia Nervosa können neben dem Aussetzen der Menstruation und Unfruchtbarkeit sowie Libidoverlust auch eine verzögerte Pubertätsentwicklung und Minderwuchs auftreten. Des Weiteren kann es zu Störungen des Mineralstoff-/ Elektrolyt- und Vitaminhaushalts, sowie zu Ödemen aufgrund von einer Erniedrigung des Gesamtproteins führen. Auch eine Veränderung des Fettstoffwechsels und Blutarmut, sowie ausgeprägte Zahnschmelzschädigungen, Speicheldrüsenschwellungen im Falle von Erbrechen und das Auftreten von gestörtem Haarwachstum, wie der Lanugobehaarung können beobachtet werden. Auch die Haut ist in vielen Fällen betroffen, so kann Anorexie zu trockener und schuppiger Haut führen. Auch Durchblutungsstörungen vor allem der Finger/ Hände und Füße können erkennbar sein, ebenso wie übermäßiges Frieren aufgrund des geringen Gewichts. Auch Darmträgheit, Obstipation, Speiseröhrenentzündungen und Magen-Darm-Geschwüre treten vermehrt auf, ebenso wie Herz-Kreislauf-

Probleme, EKG-Veränderungen, Leber- und Nierenfunktionsstörungen, Osteoporose und periphere Nervenschädigungen, Hirnatrophie und Krampfanfälle.
Anorexie führt in vielen Fällen zudem zu psychologisch relevanten Folgeerscheinungen, beispielsweise Schlafstörungen und Nervosität (vgl. Universität München 2020). Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass eine Anorexia Nervosa im gesamten Körper und der Psyche Folgeerscheinungen hervorrufen kann.

Hinzu kommt, dass die Anorexie auch im sozialen Bereich weitreichende Konsequenzen nach sich zieht. So ziehen sich Betroffene häufig von früheren Kontakten und Interessen zurück, da sie an diesen häufig nicht länger Freude empfinden können. Stattdessen beschäftigen sich Erkrankte vornehmlich mit dem Körpergewicht und Essen. Die Lebensfreude sinkt unter anderem aufgrund der immanenten Fokussierung auf Gewicht und Nahrungsaufnahme. Dennoch löst die Vorstellung, das Essverhalten zu verändern und an Gewicht zuzunehmen, häufig große Angst aus (vgl. Klinik am Korso 2020).

Mit den sozialen Folgen der Anorexie beschäftigt sich auch die durchgeführte Forschung, worauf im Ergebnisteil explizit eingegangen wird.

3.1.5 Biopsychosoziales Erklärungsmodell von Anorexia Nervosa

Wie ebenso bei anderen psychischen Erkrankungen werden anorektisch-pathologische Verhaltensweisen durch das Zusammenwirken von sozialen, psychischen und biologischen Faktoren beeinflusst. Der Körper, welcher bei der Anorexia Nervosa im Fokus der Erkrankung steht, ist an der Schnittstelle zwischen Kultur und Natur anzusiedeln, ebenso wie die Nahrungsaufnahme. Das Essverhalten und die Körperform werden zum Beispiel durch ökonomische Bedingungen beeinflusst (vgl. Habermas 2015: 4).
Als Vulnerabilitätsfaktoren für die Entstehung von Essstörungen gelten neben dem weiblichen Geschlecht auch die nicht-asiatische ethnische Zugehörigkeit, frühkindliche Ernährungs- und gastrointestinale Störungen, eine erhöhte Sorge um das eigene Gewicht und die Figur und eine negative Selbsteinschätzung. Daneben werden auch sexueller Missbrauch und andere psychisch belastende Erfahrungen sowie allgemeinpsychiatrische Erkrankungen als prädisponierende Faktoren angesehen.

Für eine detailliertere Erklärung der Entstehungsursachen einer Anorexia Nervosa müssen neben den biologischen auch die soziokulturellen, familiären und individuellen Faktoren berücksichtigt werden (vgl. Resmark 2015: 80). Unter biologische Faktoren, welche die Entstehung einer Anorexia Nervosa begünstigen können, fallen neben genetischen Faktoren ebenso neurobiologische Veränderungen, Veränderungen des Serotoninstoffwechsels und körperliche Faktoren, wie ein erhöhtes Set-Point-Gewicht[1]. Des Weiteren fallen unter den biologischen auch die ernährungsphysiologischen Faktoren, wie eine Störung der Hunger- und Sättigungsregulation (vgl. ebd.).

Zu den soziokulturellen, prädisponierenden Faktoren zählt unter anderem auch die zunehmend größer werdende Diskrepanz zwischen dem in den Industrieländern vorherrschenden Schlankheitsideal und den tatsächlichen durchschnittlichen Körpermaßen der Menschen. Dieser Faktor beeinflusst insbesondere Frauen, welche aufgrund eines niedrigen Selbstwertgefühls zu einer stärkeren Internalisierung dieses Körperideals neigen und damit versuchen, subjektiv erlebte Defizite mithilfe einer Gewichtsreduktion zu kompensieren. Als ein weiterer soziokultureller Prädispositionsfaktor können die hohen und teilweise nicht miteinander zu vereinbarenden Erwartungen, welche die moderne Gesellschaft an Frauen richtet, gesehen werden. Dazu zählen beispielsweise die gesellschaftliche Erwartungshaltung gegenüber Frauen, Kinder zu bekommen aber gleichzeitig ihre Karriere voranzutreiben. Dies kann zu Rollenkonflikten führen, welche die Entstehung einer Essstörung begünstigen (vgl. Resmark 2015: 80). Bei Männern gilt als Risikofaktor vor allem eine vorliegende Homo- oder Bisexualität (vgl. Feldmann/ Meyer 2007).

In Familien essgestörter Patient*innen lassen sich besonders häufig pathologische Beziehungsmuster wiederfinden. Dabei einfließende Faktoren sind die familiäre Regulation von Grenzen, soziale Defizite, sowie die Abhängigkeit der Heranwachsenden von der Primärfamilie. Dabei können sich spezifische Interaktionsmuster wie Verstrickungen, Rigidität, Überbehütung, Konfliktvermeidung und wechselnde

[1] „Der Setpoint bezeichnet ein biologisch ideales Körpergewicht. Übergewichtige haben einen höheren Setpoint als Normalgewichtige. Aufgrund des gängigen Schlankheitsideals versuchen viele Menschen, ihr Gewicht unterhalb ihres Setpoints zu halten. Das bedeutet, dass nach dieser Theorie Menschen gesellschaftlich als übergewichtig angesehen werden, nach biologischen Kriterien aber können sie untergewichtig und unterversorgt sein.“ (Deutsches Ernährungsberatungs- & -informationsnetz 2020)

Koalitionsbildungen negativ auf die Entwicklung einer stabilen Identität sowie deren Autonomie und Ausbildung eines positiven Selbstwertgefühls auswirken (vgl. ebd.: 81).
Zu den prädisponierenden Faktoren, welche auf der individuellen Ebene angesiedelt sind, zählen unter anderem ein niedriges Selbstwertgefühl, Perfektionismus, Impulsivität und kognitive Defizite. Dabei begünstigen essstörungsspezifische dysfunktionale Grundannahmen situationsbezogene automatische Gedanken, welche „Denkfehler“ (ebd.) im Sinne anorektischer Kognitionen enthalten und begünstigen (ebd.).

3.2 Teilhabe

Da in dieser Arbeit die Teilhabe von Menschen, die von Anorexie betroffen sind, untersucht wird, ist zu klären, wie Teilhabe quantifiziert werden kann und welche Merkmale ein selbstbestimmtes, „gutes“ Leben aufweist. Dabei sind viele unterschiedliche Definitionen von Lebensqualität zu finden (vgl. Schultheiß 2013: 25). Zum Beispiel versteht die World Health Organization (WHO) Lebensqualität eines Menschen stets im Bezug zu seinem Umfeld, kulturellen Wertesystemen und persönlichen Zielen. Die WHO distanziert sich bewusst von einem rein subjektiven Verständnis: „develop a quality of life assessment that would be applicable cross-culturally“ (The WHOQOL Group 1998: 552). In ähnlicher Weise versteht der „Capabilities Approach“ den Begriff der Lebensqualität. Martha Nussbaum erarbeitete gemeinsam mit Amartya Sen den Fähigkeitenansatz, um „Vergleiche der Lebensqualität anzustellen und über die grundlegende soziale Gerechtigkeit nachzudenken“ (Nussbaum 2015: 27) und um jeden Menschen zu befähigen, ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Dabei ist nicht eine standardisierte Lebensweise gemeint, die für alle gleich ist, sondern jedes Mitglied in einer Gesellschaft soll auf individuelle Weise Wahlmöglichkeiten für ein selbstbestimmtes Leben besitzen (vgl. ebd.). Sie spricht von Fähigkeiten, die nicht nur ein Mensch in sich trägt, sondern auch als Reziprozität mit dem „politischen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Umfeld“ (ebd.: 29f.).

Das Besondere an diesem Ansatz ist, dass die Gesellschaft in den Fokus rückt, nicht nur die einzelne Person und ihre individuellen Fähigkeiten. Um ein an der Men-

schenwürde angelehntes, selbstbestimmtes Leben führen zu können, sind nicht zuletzt politische Organisationen und Regierungen in der Pflicht grundlegende Fähigkeiten in einem Minimum (Schwellenwert) zu gewährleisten. Nussbaum nennt in diesem Zusammenhang zehn zentrale Fähigkeiten:

> 1. Leben („life“): Die Fähigkeit, ein lebenswertes Menschenleben in „normaler Dauer“ zu führen.
> 2. Körperliche Gesundheit („Bodily Health“): Die Fähigkeit, ein gesundes Leben zu führen (z.B. durch angemessene Ernährung und medizinischer Versorgung).
> 3. Körperliche Integrität („Bodily Intergrety“): Die Fähigkeit zur Selbstbestimmung über den eigenen Körper, Unversehrtheit sowie Entscheidung über Sexualität und freier Bewegung.
> 4. Sinne, Vorstellungskraft und Denken („Senses, Imagination and Thought“): Die Fähigkeit, den eigenen Intellekt zu nutzen und zu schulen (Bildung zu erwerben) und in der Lage zu sein, angenehme Erfahrungen machen zu können.
> 5. Gefühle („Emotions“): Die Fähigkeit zum Ausleben und Entwicklung der eigenen Gefühle.
> 6. Praktische Vernunft („Practical Reason“): Die Fähigkeit durch kritische (Selbst-) Reflexion ein eigenes Meinungsbild über sich selbst und das eigene Leben zu entwickeln.
> 7. Zugehörigkeit („Affiliation“): Die Fähigkeit in soziale Interaktion zu treten und dabei sowohl die anderen als auch sich selbst anzuerkennen und zu akzeptieren (Würde und Achtung).
> 8. Andere Spezies („Other Species“): Die Fähigkeit zur Umwelt, Tieren und Pflanzen eine Bindung aufzubauen.
> 9. Spiel („Play“): Die Fähigkeit zum freien Spielen und Erholen.
> 10. Kontrolle über die eigene Umwelt („Control over One’s Environment“): Die Fähigkeit zur politischen Teilhabe und Eigentumsrechte zu besitzen.
> (Nussbaum 2015.: 41f.).

Die Fähigkeit der „Zugehörigkeit“ (ebd.: 42) ist für die Wechselwirkung von Teilhabe und Anorexie entscheidend, da eine Anorexia Nervosa als Herausforderung

nicht nur an die einzelne Person zu verstehen, sondern als eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung anzusehen ist. So definiert Nussbaum:

> „Fähig zu sein, mit anderen und für andere zu leben, andere Menschen anzuerkennen und sich um sie zu kümmern, sich an vielfältigen Formen gesellschaftlicher Interaktion zu beteiligen; sich in die Lage eines anderen hineinversetzen zu können […] fähig zu sein, mit einer Würde behandelt zu werden, die der anderer gleich ist“ (Nussbaum 2015: 42).

„Zugehörigkeit“ beschreibt sie als eines der verbindenden Elemente der oben genannten Fähigkeiten, da sie in allen anderen wiederzufinden ist. Der Mensch ist als soziales Wesen auf andere Menschen angewiesen, Beziehungen zu führen ist ein maßgeblicher Bestandteil eines menschenwürdigen Lebens (vgl. ebd.: 47). Somit gilt es von gesellschaftlicher Seite aus Möglichkeiten zu bieten, um den von Anorexie betroffenen Menschen zu einer selbstbestimmten Lebensführung zu verhelfen. Da sich die Lebensführung auf alle Bereiche des Lebens auswirkt, ist es entscheidend ein Teilhabeverständnis zu entwickeln, welches dies berücksichtig.

Jedes Handeln kann als Teilhabeäußerung verstanden werden. Hierbei stehen das politische Handeln, die sozialen Aspekte, die ökonomischen Perspektiven und der kulturelle Bereich im Fokus der Betrachtung. Die soziale Interaktion und die Gegenwart anderer sind konstituierende Voraussetzungen (vgl. Žiljak 2018). Teilhabe an der Gesellschaft ist für beide Seiten notwendig, sowohl für das Individuum als auch für die Gesellschaft. Isolierte, ausgeschlossene Menschen können ihre menschlichen Grundbedürfnisse und individuellen Möglichkeiten zur eigenständigen Lebensführung nicht erfüllen. Ohne die Teilhabe von Individuen kann die Gesellschaft keine allgemeinen, sinnvollen Ziele planen und in die Wirklichkeit umsetzen. Es wird unmöglich, Interessen auszubalancieren und allgemeingültige Werte zu definieren. „Einer Gesellschaft, die manche soziale Gruppen ausschließt, fehlen konstituierende Teile“ (ebd.).

Die Rolle der Gesellschaft, ihre expliziten und impliziten Regulierungsmechanismen und ihre Wirkung im Sinne der Nutzbarmachung der zur Verfügung gestellten Räume ist entscheidend, denn Teilhabe ist nicht nur die Möglichkeit der Handhabung der eigenen Wirkmächtigkeit, sondern abhängig von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (vgl. Kahl 2016: 37f.).

Eine weitere wichtige Fähigkeit für ein selbstbestimmtes Leben ist die Teilgabe. In der kulturellen Arbeit mit Menschen wird nicht nur die Teilhabe und Teilnahme

betont, sondern ein besonderes Augenmerk wird ebenso auf die Teilgabe gelegt. Dies bedeutet, dass Menschen nicht nur an einem Projekt oder Kurs dabei sein (teilnehmen) und tätig sein können (teilhaben), sondern ebenso der reziproke Austausch auf Augenhöhe gewährleistet wird (vgl. Gerards 2017: 97). Dieses Prinzip der Teilgabe gilt ebenso auf sozialer, ökonomischer und politischer Ebene, da Geben und Nehmen Grundlage demokratischen Miteinanders darstellen. Gleichfalls gilt jedoch auch das Recht sich dazu zu entscheiden an etwas nicht teilnehmen zu wollen oder sich zumindest zeitweise aus dem Miteinander zu entfernen, ohne Konsequenzen tragen zu müssen. Stattdessen gilt es seitens der Gesellschaft Räume dafür zu schaffen und somit die Rückkehr in den Austausch zu erleichtern (vgl. ebd. 95).

Festzuhalten ist, dass dieses Verständnis von Teilhabe auf folgende Merkmale beruht:

1. Den Fähigkeitenansatz nach Martha Nussbaum
2. Aktive Beteiligung, Mitwirkung und Mitbestimmung
    - Jedes Handeln als Teilhabeäußerung zu verstehen
    - Politischer, sozialer, ökonomischer und kultureller Bereich
3. Wechselseitigkeit von Individuum und Gesellschaft

4. Forschungsstand

Die Untersuchung des Alltages von Anorexie betroffenen Menschen ist in den letzten Jahren vermehrt in den Fokus der Wissenschaft gerückt (vgl. Schultheiß 2013: 26f.). Das Untersuchen der subjektiven Eindrücke und reflexiven Erfahrungen des eigenen Lebens nimmt ihre Berechtigung aus der Tatsache, dass jene psychische Erkrankung auf die Biographie und Teilhabe dieser Menschen eine massive Auswirkung haben kann. In ihrer Dissertation nutzte Anke Kock 2013 qualitative Methoden zur Erhebung von Daten, die das Erleben von Anorexie betroffenen Menschen widerspiegeln und aus den Einzelinterviews einen allgemeinen Erlebnishorizont herauszuarbeiten. Sie arbeitete heraus, dass jene Personen, die psychische Erkrankung als Teil ihrer Persönlichkeit empfanden:

> „Vollkommene Identifizierung strebt eine grenzenlose Einverleibung an. Man ist die Krankheit, die Person kann nicht ohne die Magersucht existieren. Mit der Loslösung von Problemen und der Schaffung eines völlig autonomen Bereiches erfährt die Welt eine neue Ordnung, in der Kränkungen und Verletzungen keinen Platz mehr haben“ (Kock 2013: 97f.).

Außerdem ist die Abgrenzung zum Umfeld ein wichtiger Faktor beim Erleben des Alltags. Neben der oben erwähnten Identifizierung sind unter anderem Formalisierung, also der Versuch, Kontrolle durch Ritualisierung des Essverhaltens zu erhalten, Verleugnung oder der Wunsch nach einem autonomen Leben in Abgrenzung vom sozialen Umfeld wichtige Faktoren des Erlebens (vgl. Kock 2013: 98ff.). Kritisch bemerkt Kock, dass die bisherige Forschung die Ganzheitlichkeit nur in ihren Einzelelementen untersucht, es jedoch an dem Ineinandergreifen der bio-psychosozialen Elemente fehlt (vgl. ebd.: 119f.). Diese Verzahnung der verschiedenen Lebensbereiche betont ebenfalls Schultheiß in seiner Dissertation „Langzeitverlauf der adoleszenten Anorexia Nervosa – Heilungserfolg, psychiatrische Komorbidität, Lebensqualität und Funktionsniveau 8 Jahre nach Krankheitsbeginn“. Dabei erläutert er verschiedene Einflussfaktoren in Bezug auf die Entwicklung einer Anorexia Nervosa und untersucht sie in ihrer Wechselwirkung. Neben genetischen oder traumatischen Faktoren (siehe Kapitel 3.1.5) verweist er auf familiäre, soziokulturelle sowie Persönlichkeitsfaktoren. Er bezieht sich an dieser Stelle auf das multifaktorielle Ätiologiemodell der Essstörungen nach Herpertz-Dahlmann (vgl. Holtkamp/Herpertz-Dahlmann 2005: 53).

Bettina Zehetner stellt in ihrer Dissertation „Performativität von Krankheit und Geschlecht. Gender Trouble und feministische psychosoziale Beratung“ ebenfalls die

Verknüpfung von Gesellschaft, psychischer Erkrankung und Geschlechterkonstruktion in den Vordergrund. Sie beschreibt die Anorexie als eine „verzweifelte Identitätssuche“ (Zehetner 2012: 201f.), die insbesondere in der Adoleszenz einen großen Einfluss auf die Selbstwahrnehmung sowie den Selbstwert von Personen besitzt. Gesellschaftliche Normen und Werte werden in der Adoleszenz überprüft, die Jugendlichen orientieren sich an diesen, um gesellschaftliche Anerkennung, zum Beispiel durch die Peergroup, zu erhalten:

> „Der Körper wird zum Austragungsort gesellschaftlicher Macht. Auf der Ebene des weiblichen Körpers verdichten sich alle Widersprüche, die eine patriarchale Gesellschaft für Frauen bereithält“ (ebd.: 202).

Gleichzeitig betont sie, dass die Anorexia Nervosa als Überlebensstrategie zu werten ist und wie Anke Kock verweist sie ebenso auf die Errichtung einer eigenen „Hungerwelt“ (ebd.) der betroffenen Personen, in der sie das Gefühl von Kontrolle erleben und sich dem subjektiv empfundenen andauernden Druck der Gesellschaft zu entziehen versuchen. Diese feministische Sicht zeigt deutlich den Einfluss patriarchaler Gesellschaften auf die Selbstwahrnehmung von Personen. In einem Artikel von 2019 vertieft Zehetner jene Ansicht und nimmt Bezug auf die Verweigerung von Frauen, das von der Gesellschaft eingeforderte Rollenbild von Weiblichkeit zu übernehmen:

> „Die Phänomene Körper, Geschlecht und Krankheit existieren nicht außerhalb von Kultur und Gesellschaft. Körper und Geschlecht sind immer auch Austragungsorte gesellschaftlicher Machtverhältnisse“ (ebd.: 11).

Eine Studie, die sich mit der Lebensqualität von Menschen mit Anorexie befasst, stammt von de Jong et al. aus dem Jahr 2013. Dabei verwenden sie als Messinstrument das „Clinical Impairment Assessment questionnaire“ (CIA), welches speziell für die Anwendung auf Menschen mit einer Essstörung entwickelt wurde. Im Fokus stehen die Auswirkungen einer Essstörung auf verschiedene Lebensbereiche (z.B. kognitive oder soziale), wobei diese Bereiche von den Kliniker*innen erschlossen werden und nicht von den Patient*innen der Klinik selbst (vgl. de Jong et al 2013: 2). Das Verständnis von Lebensqualität basiert in dieser Studie auf der Definition der WHO, die dieses als mehrdimensionales Konstrukt betrachtet, „that is understood to include perceptions about various areas of life, including physical, psychological, social and emotional domains“ (ebd.: 1). Dabei stellten sie fest, dass Menschen mit einer Essstörung eine geringere Lebensqualität aufwiesen als Menschen ohne eine solche Diagnose (ebd.: 7).

Die Studie von de la Rie et al. von 2007 beschäftigt sich mit der Frage, wie Menschen mit einer diagnostizierten Essstörung ihre persönliche Lebenssituation einschätzen. Es wurden Personen befragt, die sich sowohl zu diesem Zeitpunkt in einer Akutphase der Krankheit befanden als auch Menschen, die als stabil galten. Sie konnten selbst entscheiden, welche Aspekte sie benennen und wie diese zu gewichten sind. Hierzu wurde der „Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQOL)“ verwendet, ein teilstrukturiertes Interview zur Erhebung von Lebensqualitätsdaten (de la Rie et al. 2007: 15). Es konnte festgestellt werden, dass am häufigsten der „sense of belonging“ (ebd.: 18f.) von nahezu allen Personen benannt wurde (93%) mit der zentralen Begründung, dass allgemein die Kommunikation mit Menschen und das Beachtetwerden wichtig sind. Weitere Bereiche, die oft angegeben wurden, sind Arbeit/Bildung und Gesundheit. Es zeigt sich, dass Menschen, die gegenwärtig von einer Essstörung betroffen sind, ihre Lebensqualität geringer einschätzen als Menschen ohne gegenwärtige Essstörung. Es wird deutlich, dass der Bereich des Zugehörigkeitsgefühls ein wichtiger Bestandteil ist und diese Untersuchung verdeutlicht, dass „the assessment of these views may be a useful adjunct to the use of standardized QOL measures“ (ebd.: 19).

Ebenso kommt Schultheiß in der bereits erwähnten Dissertation zum Schluss, dass die allgemeine Lebensqualität der von Anorexie betroffenen Personen im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung geringer ist. Er untersuchte unter anderem die veränderte Lebensqualität, der von Anorexie Betroffenen innerhalb eines Acht-Jahre-Intervalls. Hierzu verwendete er das von der WHO entwickelte „WHO Quality of Life-BREF“ (WHOQOL-BREF) (vgl. The WHOQOL Group 1998: 553ff.). Dieser Fragebogen umfasst 26 Fragen und ist die Kurzversion des „WHO Quality of Life-100“ (WHOQOL-100). Dieser dient zur „standardisierten Erfassung subjektiver Lebensqualität und seine Ergebnisse sind interdisziplinär und interkulturell vergleichbar“ (Schultheiß 2010: 41). Hierbei werden unter anderem das Wohlbefinden, die Umwelt oder die sozialen Beziehungen erfasst. In den auf Grundlage des WHOQOL-BREF Fragebogens erhobenen Daten werden insbesondere die Faktoren „psychisch“ und „soziale Beziehungen“ signifikant unterdurchschnittlich von den Betroffenen angegeben (vgl. ebd.: 62f.; 90).

In der systematischen Übersichtsarbeit von Ralph-Nearman et al. aus dem Jahr 2019 wurden 64 Studien, in denen Daten anhand von psychophysiologischen Methoden erhoben wurden, identifiziert, um aufzuzeigen, inwieweit diese Methoden das Wissen um Wahrnehmungsverzerrungen erweitern und welche Konsequenzen aus diesen gezogen werden können. In diesen wurde untersucht, welche Unterschiede bei den Reaktionen auf unterschiedliche Stimuli ausgemacht werden können von Menschen mit einer Essstörung (sowohl Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa als auch Binge Eating Disorder) im Vergleich zu Menschen ohne eine solche Störung. Auch wenn keine eindeutigen Rückschlüsse von den affektiven körperlichen Reaktionen auf den Grund ihrer Messbarkeit gezogen werden können, so geben sie dennoch Hinweise darauf, dass bei von Anorexie betroffenen Menschen eine verzerrte Wahrnehmung vorhanden ist. So reagierten diese ablehnender auf Stimuli, die mit Gewichtszunahme oder Dünnheit zusammenhingen (vgl. Ralph-Nearman 2019: 13f.).

Die Faktoren soziale Ängste, Depressionen oder die Wahrnehmung des eigenen Körpers wurden in einer Studie an der „Islamic Azad University“ im Iran untersucht. Marzieh Mashalpourfard analysierte den Zusammenhang jener Begleiterscheinungen anhand einer randomisierten Befragung von Student*innen des ersten Semesters (100 weibliche und 100 männliche). Die Ergebnisse deuten daraufhin, dass das Vorhandensein sozialer Ängste und Depressionen eine Essstörung vorhersagen könnten. Als Gründe werden gesellschaftlicher und kultureller Druck in Bezug auf dünn sein bei als weiblich markierten Körpern sowie athletischen Körperanforderungen bei als männlich markierten Körpern beschrieben. Das Gefühl, diese nicht repräsentieren zu können, führt zu Selbstzweifeln, die widerum zu sozialen Ängsten oder Depressionen führen können (vgl. Mashalpourfard 2018).

Eine Schwierigkeit bei der Erhebung der Daten bezüglich einer Anorexie liegt in der breiten Komorbidität. Häufige Begleiterscheinungen sind Depression, soziale Ängste, Suchtverhalten oder selbstverletzendes Verhalten bis hin zur Suizidalität (vgl. Eliott et al. 2019: 2). Jene Komorbidität war Untersuchungsgegenstand einer RCT-Studie von Elliott, Jones und Schmidt aus dem Jahr 2019. In dieser Netzwerkarbeit wurden zur Identifizierung von Komorbiditäten 142 Längsschnittdaten ver-

wertet, die als Hauptsymptome das Gefühl von Wertlosigkeit, Angst vor Gewichtszunahme und ein Gefühl von Übergewicht aufwiesen. Die soziale Angst zeigt sich am deutlichsten in der Aversion der Nahrungsaufnahme in der Öffentlichkeit (vgl. ebd.: 5f.; 11f.).

Es zeigt sich, dass Menschen, die von einer Anorexie betroffen sind, diverse Barrieren in ihrem Lebensalltag erleben, die sich sowohl in gesellschaftlichen Normen, individuellen Wahrnehmungsverzerrungen, erschwerter Teilhabe an Bildung oder Arbeit oder sozialen Ängsten ihren Ausdruck finden (de la Rie et al. 2007: 17). Die Erhebung der Lebensqualität bietet die Möglichkeit jene Barrieren aufzuzeigen und Unterstützungsangebote zu entwickeln. Dazu dient die qualitative Forschung in Form von Interviews, die das subjektive Empfinden von betroffenen Menschen in den Fokus der Erhebung stellen und bieten die Möglichkeit, nicht nur detailliertere Informationen über das subjektive Erleben zu erhalten, sondern auch jene Messinstrumente zu verbessern. Denselben Effekt bieten Interviews mit Menschen, die im professionellen Rahmen mit den betroffenen Menschen arbeiten. Sie sind eine wichtige Informationsquelle, um einen weiteren Blickwinkel auf das komplexe Thema zu erhalten. Diese beiden Schwerpunkte, zum einen die individuellen Erfahrungen von betroffenen Menschen aufzuzeigen und zum anderen durch jene Informationen einen Beitrag zur Entwicklung der Messinstrumente zur Erhebung der Lebensqualität zu leisten, sind die Ansprüche an die im Folgenden beschriebenen Forschung.

5. Methodik

Im Folgenden wird dargelegt, wie das Vorgehen während der Forschung gestaltet wurde. Hierbei werden zunächst die beforschten Gruppen sowie die angewendete Forschungsmethodik erläutert. Der Fokus liegt hierbei sowohl auf den unterschiedlichen Interviewformen als auch auf dem Auswertungsprozess mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Philipp A. E. Mayring. Auch werden allgemeine Gütekriterien qualitativer Sozialforschung thematisiert.

5.1 Beforschte

Die durchgeführte Studie war an zwei Gruppen interessiert, nämlich einmal den von Anorexie betroffenen Menschen und andererseits den Expert*innen, welche in die Therapie von Menschen mit Anorexie beruflich eingebunden sind.

5.1.1 Betroffene

Unter dem Überbegriff der Betroffenen wurden Menschen beforscht, bei denen eine diagnostizierte Anorexia Nervosa nach ICD 10 (F50.0) oder DSM vorlag oder in der Vergangenheit vorgelegen hatte. Dabei wurde der Fokus auf Betroffene im jungen Erwachsenenalter gelegt, die Interviewpartner*innen befanden sich im Alter zwischen 16 und 35 Jahren. Da der Altersgipfel bei der Anorexia Nervosa zwischen 10 und 25 Jahren liegt (vgl. De Gruyter 2014: 109), konnten somit potenziell mehr Interviewpartner*innen adressiert werden. Ein weiteres wichtiges Auswahlkriterium in Bezug auf die Forschungspartner*innen war, dass sich diese nicht in einem akuten Stadium der Anorexie befanden, was forschungsethische Gründe hat. Siehe dazu 5.5.

Insgesamt wurden sechs Betroffene, welche die oben genannten Kriterien erfüllten, befragt. Vier davon in einem Gruppeninterview und zwei weitere in Einzelinterviews. Angefragt wurden verschiedenste Einrichtungen, welche in die Arbeit mit von Anorexie betroffenen Personen eingebunden sind. Dabei wurde gebeten, Kontakte zu Menschen herzustellen, die zu unserem Forschungsvorhaben passen. Dabei traten Erschwernisse auf, Betroffene für ein Interview zu gewinnen. Eine Gruppe von vier Betroffenen war zu einem späteren Zeitpunkt bereit, in der Konstellation ihrer Gruppentherapie ein Interview durchzuführen. So konnten die stützende

Gruppendynamik auch für diese Forschung genutzt werden. Die beiden Befragten der Einzelinterviews wurden auf ähnliche Weise akquiriert.

Es lässt sich feststellen, dass vornehmlich die Personen zur Teilnahme an der Forschung bereit waren, die bereits Gesprächsangebote erfahren (haben), beispielsweise durch Psychotherapie. Zudem waren alle Befragte zwar den Kriterien einer Anorexia Nervosa zuzuordnen, sie befanden sich jedoch nicht in einem kritischen Gewicht, sodass sie dem teilremittierten Stadium zugeordnet werden können. Ein weiterer Faktor, der zu erhöhter Bereitschaft führte war, ob die Befragten bereits an anderen Studien teilgenommen oder selbst solche durchgeführt haben. Zudem ist festzustellen, dass die Befragten alle einen höheren Bildungsabschluss besaßen beziehungsweise anstrebten.

5.1.2 Expert*innen

Die zweite Gruppe der befragten Personen setzte sich aus Expert*innen zusammen, also Menschen, welche beruflich in die Arbeit mit von Anorexie betroffenen Personen eingebunden sind. Dabei wurde Wert daraufgelegt, Angehörige unterschiedlicher Professionen zu befragen, um ein möglichst umfassendes Bild hinsichtlich der verschiedenen Lebensbereiche wie Wohnen, Arbeit, Freizeit und medizinische Versorgung erhalten zu können. Es wurde eine Psychiaterin befragt, welche in der stationären Therapie von Menschen mit Essstörungen eingebunden ist, eine Psychologin und Verhaltenstherapeutin einer auf Essstörungen spezialisierten Station einer psychiatrischen Klinik, eine Suchttherapeutin und Pädagogin, welche in einer Suchtberatungsstelle im Schwerpunktbereich Essstörungen angestellt ist und eine Erziehungswissenschaftlerin derselben Beratungsstelle. Des Weiteren wurden eine Ergotherapeutin einer verhaltenstherapeutischen Station eines psychiatrischen Krankenhauses interviewt, sowie eine Sozialarbeiterin, welche in einer Wohngruppe für junge Erwachsene mit Essstörungen arbeitet. Insgesamt konnten somit sechs Expert*innen befragt werden, vier davon in Einzelinterviews und zwei in einem gemeinsamen Interview. Ähnlich wie bei den Betroffenen wurden die Expert*innen über die Ansprache von Einrichtungen akquiriert, welche sich mit Menschen mit Anorexie befassen. Dabei konnte auf bereits existierende Beziehungen und Kooperationen der Forschenden zurückgegriffen werden, wodurch sich ausreichend Expert*innen zu einem Gespräch bereit erklärten.

5.2 Forschungsmethode

Als Forschungsmethode wurde eine qualitative Erhebung durch Leitfadeninterviews durchgeführt. Qualitative Interviews eignen sich aufgrund ihrer Möglichkeit, die subjektiven Perspektiven und biographischen Erlebnisse der Befragten zu erfassen, besonders in Bezug auf die Forschungsfrage. Gleichzeitig bieten sie einen Einblick in das „Expertenwissen über das jeweilige Forschungsfeld“ (Lamnek 2010: 349). Eine Auswertung strikt anhand des Leitfadens durchzuführen, wird bei den genutzten Methoden nicht empfohlen, da sowohl durch die offenen Fragen als auch durch die offene Gestaltung des Leitfadens keine genaue Abfolge der im Interview genannten Themen erfolgen kann (vgl. Schmidt 2013: 447). Wie in Kapitel 5.1 erläutert, wurden die Interviews mit zwei Gruppen durchgeführt: Mit Expert*innen, die durch ihre Erfahrungen im Berufsfeld und durch das Arbeiten mit Menschen mit Anorexia Nervosa ein professionelles Fachwissen aufweisen, sowie mit jungen Erwachsenen, welche selbst an einer Anorexia Nervosa erkrankt sind oder waren, sich aber nicht (mehr) in stationärer Betreuung befinden. Die Expert*innen wurden nach der Methode der Expert*inneninterviews befragt, die Betroffenen anhand eines Leitfadeninterviews, welches im Folgenden erläutert werden soll.

5.3 Leitfadeninterviews

Leitfadeninterviews sind eine Form qualitativer Interviews und zeichnen sich insbesondere dadurch aus, dass es einen Leitfaden gibt, an dem sich orientiert wird (vgl. Loosen 2014). Der Leitfaden soll hierbei lediglich eine Orientierung bieten, um alle wichtigen Punkte abzudecken. Charakteristisch ist, dass vordergründig offene Fragen gestellt werden, welche die Befragten dazu animieren sollen, möglichst frei zu antworten (vgl. Lamnek 2010: 314f.). Das Gespräch soll hierbei „einer ‚natürlichen‘ Gesprächssituation“ (Loosen 2014) so nahe, wie möglich kommen. Offene Fragen bieten hierbei die Möglichkeit, dass Befragte weitere Aspekte nennen, die bei der Erstellung des Leitfadens nicht berücksichtigt wurden und somit neue Anregungen für die Forschung geschaffen werden (vgl. Hopf 2013: 351). Leitfadeninterviews bieten durch die Struktur des Leitfadens eine gewisse Vergleichbarkeit, während sie gleichzeitig eine möglichst freie Beantwortung der Fragen zulassen (vgl. Friebertshäuser 1997: 375).

5.4 Expert*inneninterviews

Expert*inneninterviews sind eine Unterkategorie der Leitfadeninterviews, welche darauf ausgelegt sind, Expert*innen eines bestimmten Berufsfeldes zu befragen. Diese fungieren damit als „Repräsentant einer Gruppe“ (Flick 2017: 214). Das bedeutet, dass ihr Expert*innenwissen in einem bestimmten Feld von Bedeutung für die Forschung ist, die ganzheitliche Person hinter der*dem Expert*in rückt in den Hintergrund (vgl. ebd.). Die Expert*innen-Interviews sollen in der Forschung als Ergänzung zu den Interviews mit Betroffenen fungieren, um die Situation der Betroffenen möglichst vielseitig abdecken zu können. Hierbei ist das professionelle Fach- und Praxiswissen der Expert*innen eine wichtige Ergänzung zu den subjektiven Erfahrungsberichten von Betroffenen.

5.5 Forschungsethik

Diese Arbeit orientiert sich aus ethischer Perspektive an den Prinzipien einer sensiblen Forschung, die sich im gesamten Forschungsprozess in einem selbstkritischen sowie achtsamen Umgang in allen Abschnitten (Idee, Konzeptplanung und Methodik, Datenerhebung, Dokumentation und Analyse sowie Erstellung des Forschungsberichtes) definiert. Besonderes Augenmerk wird auf den sensiblen Umgang mit Menschen, Begriffen, Zuschreibungen oder Bildungsprozessen gelegt. Außerdem sind der Schutz der Anonymität und Privatsphäre der Beforschten sowie die Vulnerabilität zu beachten (vgl. Frieters-Reermann et al. 2019: 195ff.). Besonders auf die Vulnerabilität ist zu achten, weshalb Interviews mit Menschen geführt werden, die zum einen volljährig, zum anderen in keiner Akutphase der Anorexie sind.

Aus forschungsethischer Perspektive ist es notwendig, das Risiko der Retraumatisierung durch die Befragung der betroffenen Personen zu berücksichtigen und gegebenenfalls zu intervenieren. Ein Wiedererleben der traumatisierenden Situation und das mögliche Aufkommen von Flashbacks sollte stets vermieden werden, weshalb eine sensible Gesprächsführung von Nöten ist (vgl. ebd.: 203f.). Dafür wird der Interviewprozess derart gestaltet, dass die Interviewten jederzeit die Möglichkeit besitzen, sowohl das Interview zu unter- oder abzubrechen als auch nur das zu

erzählen, was sie erzählen möchten. Es ist unumgänglich, dass die forschenden Personen stets die eigenen Vorannahmen reflektieren und die Fragen so offen und wertfrei wie möglich gestellt werden. Außerdem werden die Interviews an einem der interviewten Personen bekannten bzw. gewünschten Ort geführt. Zudem besteht das Risiko der Stigmatisierung aufgrund der Auseinandersetzung mit dem Krankheitserleben der Betroffenen. Die Zuschreibung kennzeichnet hier somit ein Auffälligkeitsmerkmal, das den Einzelnen oder eine Gruppe abwerten könnte und Zuschreibungen, wie soziale Randständigkeit impliziert. Dabei wird die scheinbare Abweichung einer Normalität betont, die durch dominante Gruppen einer Gesellschaft definiert ist. Somit droht im Forschungsprozess nicht nur eine Viktimisierungstendenz, sondern auch ein Dominanzverhältnis (vgl. ebd.: 199f.). Um diese soweit wie möglich zu vermeiden, wird in dieser Arbeit „von Anorexie betroffenen Menschen“ bzw. in kürzerer Form „den Betroffenen“ gesprochen. Eine adjektivische Nutzung wie „die anorektische Person“ wird nicht verwendet, da diese Beschreibung die psychische Erkrankung als Eigenschaft dieser Person dargestellt werden würde. Im Gegensatz zu dieser Besitzbeschreibung deutet der Begriff „betroffen“ nicht nur die individuelle Ebene der Erkrankung an, sondern ebenfalls die gesellschaftliche Komponente, weil jeder Mensch von etwas betroffen werden kann, wohingegen eine Besitzbeschreibung eine Aneignung suggeriert.

Zwar werden die Betroffenen nach dem Lebensabschnitt befragt, in welcher die Erkrankung vorrangig aufgetreten ist, dabei ist es aber wichtig, die Ganzheitlichkeit der Person anzuerkennen. Die Betrachtung soll daher auch gesundheitlich stabilere Phasen umschließen. Das Augenmerk muss darauf liegen, der interviewten Person die Möglichkeit zu geben, als Subjekt sichtbar zu werden. Dies bedeutet, dass in den Interviewsituationen sowie in der Auswertung des vorhandenen Materials der Raum gegeben werden muss, um die Person hinter der psychischen Erkrankung erkennbar zu machen (vgl. Behrens 2019: 69).

Die Problemzentrierung innerhalb eines Forschungsprozesses kann ein weiterer Risikofaktor sein, da methodische Anforderungen und ethische Kriterien stets miteinander vereinbar sein müssen. Durch einen defizitären Blick auf eine bestimmte Situation oder Gegebenheit findet entweder utilitaristisch gesehen eine Beurteilung von Handlungen im Hinblick auf ihre Konsequenzen oder deontologisch gesehen

eine Beurteilung des moralischen Werts von Handlungen (unter Rückgriff auf universelle ethische Prinzipien) statt. Darüber hinaus wird eine Situation oder Gegebenheit als Problem deklariert, ohne dass dieses gegebenenfalls als solches wahrgenommen wird. Durch die voreingenommene, einseitige und negative Haltung sowie Annährung an einen bestimmten Kontext kann eine neutrale und offene Herangehensweise nicht gewährleistet werden (vgl. Groß: 2000).
Wichtig zu beachten ist außerdem, dass durch die Forschung nur ein kleiner Teil der von Anorexie betroffenen Personen berücksichtigt werden kann. Aufgrund der Vergleichbarkeit werden die Personen, welche (noch) keine Diagnose besitzen, nicht in die Analyse dieser Forschungsarbeit miteinbezogen. Daher kann gesagt werden, dass die Ergebnisse der Studie nicht generalisierbar sind, da diese nicht die Gesamtheit aller Betroffenen abbilden.

5.6 Gütekriterien qualitativer Forschung

Die Einordnung der Forschungsergebnisse anhand von Gütekriterien steht in der empirischen Forschung am Ende des Prozesses. Mithilfe von den Gütekriterien werden Maßstäbe entwickelt, anhand derer die Qualität der Forschungsergebnisse gemessen werden kann. Für die qualitative Sozialforschung wurden neue Gütekriterien entwickelt, welche nicht länger lediglich die Maßstäbe der quantitativen Forschung übernehmen. Diese Neuentwicklung der Gütekriterien war notwendig aufgrund des Bedarfs passender Kriterien zu Vorgehen und Ziel der Analyse. Im Gegensatz zu quantitativer Forschung bedarf es in der qualitativen Forschung flexiblerer und argumentativ hergeleiteter Analysekriterien, welche die Qualität der Forschung thematisieren (vgl. Mayring 2016: 140).
Es konnten folgende sechs Gütekriterien qualitativer Forschung entwickelt werden:

1. Verfahrensdokumentation

Das Gütekriterium der Verfahrensdokumentation beschreibt die Notwendigkeit einer genauen Dokumentation des Verfahrens, durch welches die Forschungsergebnisse gewonnen werden konnten. Im Gegensatz zu quantitativer Forschung ist das Vorgehen in der qualitativen Forschung spezifischer und am Gegenstand ausgerichtet. Methoden werden häufig speziell für den bestimmten Gegenstand entwickelt oder ausdifferenziert. Daher ist eine genaue Dokumentation dessen notwendig, um

somit den Forschungsprozess für Außenstehende nachvollziehbar machen zu können. Die Notwendigkeit der Dokumentation bezieht sich dabei sowohl auf das Vorverständnis, die Zusammenstellung der Analyseinstrumente, als auch auf die Durchführung und Auswertung der Datenerhebung (vgl. Mayring 2016: 144f.).
In Bezug auf die vorliegende Forschungsarbeit soll neben der bereits erfolgten Präsentation, diese Ausarbeitung der Verfahrensdokumentation der Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses dienen.

2. Argumentative Interpretationsabsicherung

In der qualitativen Forschung sind Interpretationen von zentraler Bedeutung. Dabei ist zu beachten, dass diese sich nicht belegen lassen, weshalb eine argumentative Begründung derer notwendig ist. Dabei sind verschiedene Kriterien entscheidend, worunter erstens ein adäquates Vorverständnis der jeweiligen Interpretation fällt, wodurch die Deutung theoriegeleitet erscheint. Zweitens ist es notwendig, dass die Interpretationen in sich schlüssig sind, im Falle von Brüchen müssen diese erklärt werden. Drittens steht das Suchen nach Alternativdeutungen und die Überprüfung dieser im Fokus. Dabei kann die Widerlegung dieser „Negativdeutungen“ (Mayring 2016: 145) ein Argument der Begründung der Geltung der Interpretation darstellen (vgl. ebd.).
Im hier betrachteten Forschungsprozess wurde der Fokus in der Generierung von Endresultaten auf eine nachvollziehbare und theoriegeleitete Interpretation der Ergebnisse gelegt. Dies ist auch in Kapitel 0 nachzuvollziehen.

3. Regelgeleitetheit

In der qualitativen Forschung ist es einerseits notwendig, offen gegenüber dem untersuchten Gegenstand zu sein, bereits geplante Analyseschritte müssen dabei modifizierbar bleiben zugunsten des Näherkommens an den Gegenstand. Andererseits darf dies nicht dazu führen, dass ein vermehrt unsystematisches Vorgehen begangen wird. Schließlich ist es auch in der qualitativen Forschung notwendig, bestimmte Verfahrensregeln einzuhalten und Material systematisch zu bearbeiten (vgl. Mayring 2016: 145f).

> „Aber Regelgeleitetheit heißt natürlich nicht, dass man sich um jeden Preis sklavisch an die Vorgaben halten muss. Keine Regel ohne Ausnahme! Ohne Regeln jedoch wird qualitative Forschung wertlos bleiben.“ (ebd.: 146)

Daran hat sich auch die vorliegende Forschungsarbeit orientiert. Einerseits wurde sich an Modellen und Systematiken qualitativer Sozialforschung orientiert, andererseits wurden diese den besonderen Gegebenheiten angepasst.

Als Beispiel sei hier zu nennen, dass die geplante Befragung der von Anorexie betroffenen Personen als Einzelinterviews stattfinden sollte. Da die Probandinnen jedoch um ein Gruppeninterview baten, wurde das geplante Vorgehen im Sinne der Orientierung am Gegenstand verändert. Als Beweggründe der betroffenen Personen wurde das gegenseitige Vertrauen und die untereinander mögliche Unterstützung der Befragten genannt, da diese auch im Kontext einer Gruppentherapie zusammenarbeiteten.

4. Nähe zum Gegenstand

Als Leitgedanken von Forschung sind die Gegenstandsangemessenheit und die Nähe zu diesem zu nennen. Dies wird in der qualitativen Forschung vor allem dadurch erreicht, dass eine möglichst nahe Anknüpfung an die Lebenswelt der Befragten angestrebt wird. „Anstatt Versuchspersonen ins Labor zu holen, versucht man ins „Feld“ zu gehen, in die natürliche Lebenswelt der Beforschten“ (Mayring 2016: 146). Das Gelingen dessen stellt ein wichtiges Gütekriterium dar. Daneben ist es ein zentraler Punkt, eine Interessensüberschneidung mit den Beforschten zu erreichen.

> „Qualitative Forschung will an konkreten sozialen Problemen ansetzen, will Forschung für die Betroffenen machen und dabei ein offenes, gleichberechtigtes Verhältnis herstellen“ (ebd.: 146)

Durch diese Interessensannäherung wird eine größtmögliche Nähe zum Gegenstand angestrebt (vgl. ebd.: 146).

Als Beispiel für die Orientierung an der Nähe am Gegenstand kann für dieses Forschungsvorhaben genannt werden, dass einerseits die Expert*innen an ihren Arbeitsstellen befragt wurden, also an den Orten, an welchen sie auch mit den von Anorexie betroffenen zusammenarbeiten. Die Betroffenen hingegen wurden in den Räumlichkeiten und in der Gruppenkonstellation ihrer Gruppentherapie zu dem Forschungsvorhaben interviewt. Die Forschenden konnten sozusagen zu „Gästen“ im Umfeld von Behandlungssituationen werden, im Falle der Beforschten sogar zu Teilnehmenden der Gruppentherapie. Dadurch wurde einerseits die Alltagsnähe erhöht gegenüber Befragungen in anderem Rahmen, zudem war eine Befragung in

der Lebenswelt der Betroffenen möglich. Die Interviewten wurden zudem zu ihrer Einschätzung zu konkreten sozialen Fragestellungen befragt, wodurch eine Forschung für die Betroffenen durchgeführt wurde. Zudem wurde ein offenes und gleichberechtigtes Verhältnis in der Interviewsituation angestrebt. Dies kann zumeist auch als gelungen angesehen werden, jedoch sind die zugrundeliegenden gesellschaftlichen Machtstrukturen nicht außer Acht zu lassen, weshalb eine wirkliche Gleichberechtigung wohl nie erreicht werden konnte.

5. Kommunikative Validierung

Eine Möglichkeit, die Gültigkeit der Ergebnisse zu überprüfen ist es, diese den Beforschten erneut vorzulegen und diese mit ihnen zu besprechen. Sollten sich die Beforschten in den Forschungsergebnissen und Interpretationen wiederfinden können, so kann dies ein Argument zur Absicherung der Ergebnisse darstellen. Dieses Verfahren darf jedoch nicht das einzige Kriterium der Absicherung sein, da die Analyse sonst immer bei den subjektiven Bedeutungsstrukturen der Beforschten bleiben würde. In der qualitativen Forschung wird den Beforschten mehr Kompetenz zugebilligt als sonst in der Forschung üblich. Sie werden nicht als Datenliefernde betrachtet, sondern vielmehr als denkende Subjekte, wie der Forschende auch. Daher geht der Forschende in den Dialog mit den Beforschten. Aus diesem Dialog können Argumente über die Relevanz der Ergebnisse gewonnen werden (vgl. Mayring 2016: 147). In dem vorliegenden Forschungsprojekt wurde bewusst davon Abstand genommen, alle Beforschten erneut mit den Ergebnissen der Forschung zu konfrontieren. Dies hat vorwiegend forschungsethische Gründe, da die Interviews für die Betroffenen aufreibend und emotional waren. Eine erneute Konfrontation mit den Ergebnissen sollte zum Schutz der Betroffenen vermieden werden. Stattdessen wurden die Ergebnisse durch andere Betroffene, welche zuvor nicht interviewt worden waren, validiert.

6. Triangulation

Durch die Verbindung verschiedener Analysestränge kann die Qualität der qualitativen Forschung vergrößert werden. So können unterschiedliche Datenquellen herangezogen werden, unterschiedliche Interpretierende, Theorieansätze und Methoden. Dabei bedeutet Triangulation, dass versucht wird für eine Fragestellung unterschiedliche Lösungswege zu finden und die Ergebnisse zu vergleichen. Eine völlige

Übereinstimmung derer kann dabei nie das Ziel sein. Stattdessen ist es möglich, die Ergebnisse der unterschiedlichen Perspektiven zu vergleichen, Stärken und Schwächen der jeweiligen Analysestrategie aufzuzeigen und diese schließlich miteinander zu verbinden (Mayring 2016: 148).

Im Falle der vorliegenden Forschung wurde dies berücksichtigt. So wurde der aktuelle Forschungsstand zu den Themen Anorexie und Teilhabe ausgewertet, Informationsmaterialien der Beratungsangebote für Betroffene und Angehörige betrachtet und sowohl Expert*innen als auch die Betroffenen selbst befragt. Die Ergebnisse wurden durch unterschiedliche Forschende interpretiert und durch nicht befragte Betroffene validiert. Selbstverständlich wäre eine weiterreichende Triangulation möglich gewesen, dies hätte aber den Rahmen dieser Forschung überschritten. Weitere Möglichkeiten wären eine quantitative Begleitforschung oder die Befragung beispielsweise der Angehörigen der Betroffenen gewesen, um ein noch umfassenderes Abbild der Lebenssituation der Betroffenen erreichen zu können. Insgesamt wurden jedoch kaum Unterschiede innerhalb der verschiedenen Analysewege festgestellt, sodass ein durch verschiedene Ebenen abgesichertes Forschungsergebnis erreicht werden konnte.

5.7 Transkription

Im Anschluss an die Aufzeichnung der Interviews wurden diese in Berücksichtigung der Transkriptionsregeln von Kowal und O'Connell transkribiert. Eine Transkription ist eine Verschriftlichung eines Gesprächs, welches dieses im Verlauf der Forschung dauerhaft verfügbar machen soll (vgl. Kowal/O'Connell 2013: 438). Eine solche Transkription der Interviews macht eine möglichst originalgetreue Abbildung des Interviews möglich, da durch das gezielte Sichtbarmachen gewisser Betonungen und die exakte Wort-zu-Wort Verschriftlichung ein schriftliches Abbild des Interviews erstellt wird (vgl. ebd.). Hierbei muss berücksichtigt werden, dass bei jedem Transkriptionsprozess eine individuelle Selektion der Verschriftlichung stattfindet, da die subjektive Wahrnehmung der Forschenden sowohl bei der Art der Verschriftlichung als auch bei der Bewertung von beispielsweise betonten Wörtern oder Passagen sich auf das Transkript auswirkt (vgl. ebd.: 440). Dies wurde während des gesamten Prozesses reflektiert, um trotz dieser Einflüsse ein

möglichst genaues Abbild der ursprünglichen Interviews schaffen zu können. In Abb. 1 werden die genutzten Regeln veranschaulicht:

Transkriptionsregeln:	
(.)	eine Sekunde Pause
(..)	zwei Sekunden Pause
usw.	
Unterstrichen	Betonung des Wortes
Wortabbru-	Abbruch des Wortes
[leise]	Beschreibung parasprachlicher Äußerungen
[lacht]	
usw.	
(?: 0:20)	unverständlicher Interviewabschnitt und Länge des nicht verständlichen Abschnittes
(ähm)	Füllwörter
(hm)	
Usw.	

Abb. 1: Transkriptionsregeln nach Kowal / O'Connell (2013): Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch. S. 437ff.

5.8 Reflexion des Forschungsprozesses

Nach der Durchführung der Qualitativen Forschung zum Thema Anorexie und Teilhabe sowie der Fertigstellung unserer Ergebnisse stellte sich für uns als Forschungsprojektgruppe die Frage, welche Schritte besonders gut und welche weniger gut funktioniert haben. Als ersten gemeinsam festgelegten Punkt ist das Zeitmanagement unserer Gruppe zu nennen. Da der Zeitplan vor allem zu Beginn mehrmals angepasst werden musste und Fristen teilweise nicht eingehalten werden konnten, gab es diesbezüglich häufiger gruppeninterne Unstimmigkeiten, was den Forschungsprozess temporär unterbrochen hat.
Darüber hinaus war auffällig, dass wir als Gruppe mit unterschiedlichen Erwartungshaltungen in die Forschung eingestiegen sind und zu wenig Zeit in Gruppenbildung gesteckt haben. Eine Klärung der Ausgangsposition sowie der individuellen Vorstellungen und Erwartungen hätte zu Beginn zwar mehr Zeit in Anspruch genommen, letztendlich jedoch ebenso viel Zeitaufwand erspart.

Ein anderer Aspekt der von uns als Forschungsprojektgruppe als schwierig empfunden wurde, lag in der Interviewpartner*innen-Akquirierung. Es war notwendig

sehr hartnäckig beim Kontaktieren von sozialen Einrichtungen und Ansprechpartner*innen zu sein und lange Wartezeiten für den Erhalt einer Antwort einzuplanen. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass es besonders schwierig gewesen ist, Betroffene zu akquirieren, die einem Interview zustimmten. Letztendlich hatten wir das Glück, dass wir im näheren Umfeld unsere geplanten Interviews vollständig durchführen konnten. Dennoch würden wir uns bei der erneuten Durchführung einer qualitativen Forschung nicht ausschließlich auf das nähere Umfeld konzentrieren, sondern die Suche ausbreiten, um den Erfolg in der Akquirierung zu steigern.
Ein letzter Aspekt, der jedoch einen großen Einfluss auf unser Forschungsvorhaben hatte, war die Erschwerung des Auswertungsprozesses und der Literaturrecherche durch die weltweite COVID-19-Pandemie. Dadurch, dass unter anderem die Bibliotheken über einen längeren Zeitraum geschlossen waren und wir in unserer Qualitativen Forschung deduktiv vorgegangen sind, mussten wir innerhalb der Forschungsprojektgruppe neue Möglichkeiten in Betracht ziehen, um uns dennoch ein breites Fachwissen anzueignen. Außerdem wurde der Forschungsprozess durch die nicht vorhandene Möglichkeit des regelmäßigen Austausches in Form von Sprechstunden erschwert, wodurch eine wichtige Reflexionsdimension sowie eine mögliche Änderung, Anpassung beziehungsweise Überarbeitung bestimmter Forschungsaspekte weggefallen ist.

6. Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse

Die Qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring ist eines der klassischen Verfahren zur Analyse von Textmaterial und stellt darüber hinaus eine zentrale Auswertungsmethode dar. Es sind drei Vorgehensweisen bekannt: die Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung des vorhandenen Materials. Die Zusammenfassung beinhaltet eine Reduktion des Materials durch eine induktive Kategorienbildung, sodass die wichtigsten Kernaussagen erhalten bleiben und diese ein Abbild des Grundmaterials darstellen. Die Explikation beschreibt den Vorgang, zusätzliches Material, welches für das Verständnis bei unklaren Textstellen notwendig ist, in die Analyse mit einzubeziehen. Mit der Strukturierung ist gemeint, dass durch festgelegte Ordnungskriterien ein Querschnitt durch das Material gezogen wird, um dieses aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen. Vor dem Beginn einer qualitativen Inhaltsanalyse müssen also die Kategorisierungsdimension und das Abstraktionsniveau definiert werden. Darüber hinaus muss ein Selektionskriterium, welches ein deduktives Element der Analyse darstellt, für die Kategorienbildung festgelegt werden (vgl. Mayring 2002: 115). Für die Kategorienbildung der qualitativen Inhaltsanalyse ist es notwendig, zunächst den Gegenstand der Analyse zu definieren. Das gesamte Material wird Haupt- und gegebenenfalls Subkategorien zugeordnet sowie anschließend paraphrasiert, abstrahiert und generalisiert. Bei der abschließenden Auswertung wird das Material quantitativ ausgewertet, das heißt, es wird geprüft, welche Kategorien am häufigsten kodiert wurden (vgl. ebd.: 117).

Für das vorliegende Forschungsprojekt wurde die deduktive Vorgehensweise gewählt, da es zu der Thematik bereits eine Vielzahl an Fachliteratur gibt, wodurch einerseits die Aneignung eines Basiswissens vor dem Forschungsbeginn möglich war und andererseits zielgerichtete Kategorien gebildet werden konnten, die das Material im Hinblick auf das Forschungsinteresse strukturieren. Sie ist die zentrale inhaltsanalytische Technik, welche das Ziel verfolgt, eine bestimmte Struktur aus dem Material herauszufiltern. Durch das zuvor festgelegte Kategoriensystem wird das Material auf bestimmte Textbestandteile untersucht und systematisch extrahiert. Die grundsätzlichen Strukturierungsdimensionen müssen gezielt vorab bestimmt und aus der Fragestellung abgeleitet beziehungsweise durch einen literarischen Erkenntnisgewinn theoretisch begründet werden. Diese Strukturierungsdimensionen (Hauptkategorien) werden anschließend weiter differenziert, indem sie

in einzelne Ausprägungen (Subkategorien) aufgespaltet werden. Die Dimensionen und Ausprägungen werden dann zu einem vollständigen Kategoriensystem zusammengestellt. So ergaben sich bei dem vorliegenden Forschungsprojekt insgesamt fünf Hauptkategorien, wobei eine Hauptkategorie noch einmal in sieben weitere Kategorien aufgesplittet wurde und insgesamt 20 Subkategorien, die je nach Hauptkategorie variierten. Wenn ein Materialbestandteil unter eine bestimmte Kategorie fiel, musste dies genau festgestellt und analysiert werden (vgl. Mayring 2015: 97 ff.).

Hauptkategorie	Subkategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
Entstehung	Druck	Subjektives Erleben von Druck als Bedingung der Krankheitsent-stehung	(...) natürlich gibts da auch den Aspekt, dass die diese Rückmeldung kriegen [...], am Anfang kommt ja oft "hast du abgenommen, das sieht aber gut aus!" (3: Z. 352 ff.).	Grund, Erwartungs-haltung, Komplimente

Abb. 2: Ein Beispiel der deduktiven Kategorienbildung (Quelle: Eigene Darstellung)

Als Hauptkategorien wurden in der vorliegenden Forschungsarbeit einerseits spezifische Bereiche gewählt, die mit der Anorexia Nervosa in direkter Verbindung stehen, wie Entstehung, Diagnostik, Potentiale und Bedarfe und letztendlich den professionellen Kontext, andererseits lag das Augenmerk auf verschiedene Bereiche des Alltags. Dies war für das Forschungsprojekt von entscheidender Bedeutung, da die möglichen Auswirkungen einer Anorexia Nervosa auf die Teilhabe und den individuellen Lebensalltag der Betroffenen herausgefunden werden sollte. So wurden den Subkategorien unter anderem spezifische psychische und physische Attribute zugeordnet, die die möglichen Auswirkungen auf den Alltag und die Teilhabe kategorisieren sollten. Dabei hat sich ein Verfahren bewährt, welches sich in drei Schritten beschreiben lässt:

1. *Definition der Kategorien*: Bei der deduktiven Kategorienbildung werden vorab sowohl die Haupt- als auch die Subkategorien festgelegt, um genau zu definieren, welche Textbestandteile unter eine Kategorie fallen.

2. *Ankerbeispiele*: Es werden konkrete Textstellen aus den Transkriptionen angeführt, die unter eine Kategorie fallen und als Beispiele für diese Kategorie gelten.

3. *Kodierregeln*: Für den Fall, dass Abgrenzungsprobleme zwischen den Kategorien bestehen, werden vorab Kodierregeln formuliert, um eindeutige Zuordnungen zu ermöglichen.

Nach ca. 50 Prozent folgt ein vollständiger Materialdurchgang, bei dem überprüft wird, ob die Kategorien passend gewählt wurden und ob die Definitionen, Ankerbeispiele und Kodierregeln eine eindeutige Zuordnung ermöglichen. In der vorliegenden Forschungsarbeit wurden in der ersten Überprüfung fehlende Aspekte durch passende Kategorien ergänzt sowie Überflüssige entfernt. Die vollständige Überarbeitung beziehungsweise notwendige Revision von dem bestehenden Kategoriensystem folgte somit im Anschluss. Nachdem ein Kategoriensystem feststand und die Kodierung abgeschlossen war, fand eine letzte Reliabilitätsprüfung in der Forschungsgruppe sowie die Ergebnisaufbereitung und Interpretation statt. Das Potential der qualitativen Inhaltsanalyse liegt vor allem in ihrem systematischen und regelgeleiteten Vorgehen, wobei die inhaltsanalytischen Regeln auf psychologischer und linguistischer Theorie alltäglichen Textverständnisses basieren und sie dadurch intersubjektiv überprüfbar wird. Ein weiterer Vorteil dieses Verfahrens liegt in der Chance, sowohl qualitative als auch quantitative Analyseschritte miteinander zu verbinden und große Materialmengen zu bearbeiten, die durch ihre Subjektivität sehr nah an der Realität sind (vgl. ebd.).

7. Ergebnisse

Im Anschluss an die Datenerhebung und Auswertung sollen die Ergebnisse vorgestellt werden. Aufgrund der Fülle an Aussagen, die sich aus durch die Interviews ergaben, wurden die meistgenannten Aussagen der Befragten zu Kernaussagen gebündelt, um die Ergebnisse klar und nachvollziehbar aufführen zu können. Hierbei sollen zunächst die Ergebnisse aus der Gruppe der Expert*innen vorgestellt werden, daraufhin folgt die Gruppe der Betroffenen. Schließlich werden neben den Kernaussagen auch die Unterschiede der Gruppen fokussiert und die Ergebnisse schließlich zusammengefasst.

7.1 Kernaussagen der Expert*inneninterviews

Bei den Expert*innen wurden in sieben Kategorien überdurchschnittlich viele Aussagen getroffen. Im Folgenden sollen diese Kategorien und die hierzu gebildeten Kernaussagen vorgestellt werden.

1. Überforderung

Die erste Kernaussage aus der Gruppe der Expert*innen wurde zu der Kategorie der *Überforderung* gebildet und lautet:

> *Von Anorexie betroffene Personen erleben ein Überforderungsempfinden aufgrund des Umstandes, dass ein „normaler" Alltag oft nicht möglich ist. Zudem erlebt sich das Umfeld der Betroffenen als überfordert mit dem Krankheitsbild und der Krankheitssituation.*

In der Hauptkategorie der Überforderung ließen sich hauptsächlich Aussagen einordnen, bei denen die Expert*innen betont hatten, dass eine Überforderung auf Seiten der Betroffenen stattgefunden habe oder bei dem das Umfeld der Betroffenen Überforderungserscheinungen zeigen würden. Gleichzeitig wurde betont, dass ein uneingeschränkter Alltag anhand der Erkrankung nicht möglich sei. Die Überforderung im sozialen Umfeld der Betroffenen wurde vermehrt als „Hilflosigkeit" (Interview 5: Z. 153) bezeichnet. Zudem wurde genannt, „dass die Art zu unterstützen oft genau das Gegenteil bewirkt" (ebd.). Eine Expertin beschreibt:

> „dass da einfach eine hohe Verzweiflung ist seitens der Angehören, die sich hilflos fühlen ne, weil sie einfach sehenden Auges mitbekommen, wie sich jemand zugrunde richtet ohne eingreifen zu können" (Interview 5: Z. 135ff.).

2. Einschränkung

Als zweite Kategorie wurde die Kategorie der *Einschränkung* genannt. Unter diesen Code fielen alle Aussagen der Expert*innen, welche eine Einschränkung der Betroffenen durch die Anorexie sichtbar machte. Es wurde folgende Kernaussage gebildet:

An Anorexie erkrankte Personen erleben Einschränkungen in ihrer sozialen Teilhabe. Dies bezieht sich auf ihre sozialen Kontakte, den Beruf und das Alltagserleben.

Die Expert*innen bewerteten die gesellschaftliche Teilhabe als „sehr, sehr eingeschränkt“ (Interview 5: Z.293), insbesondere in den in der Kernaussage genannten Teilbereichen. Der isolierende Charakter der Anorexie, der zur Einschränkung der Teilhabe der Betroffenen führt, soll mithilfe des folgenden Zitats verdeutlicht werden:

> „aber letztendlich glaub ich führt sie [die Betroffenen] das eher in eine Isolation, weil sie sich immer mehr mit sich beschäftigen (.), wenig auch glaub ich für andere […] im Verlauf Interesse aufbringen können, weil sie doch sehr mit der Krankheit irgendwie eingenommen sind und sich gar nicht mehr so auf andere fokussieren also, das fällt schon auf im Vergleich zu anderen Erkrankungen, dass man da wenig, dass man da doch im Verlauf isoliert wird“ (Interview 1: 224ff.)

Diese Selbstisolation führt nach Aussage der Expert*innen somit zu einer Einschränkung der sozialen Teilhabe der Betroffenen.

3. Emotion

Überdurchschnittlich häufig genannt wurden Aussagen in der Kategorie der *Emotion.* Codiert wurden hier Aussagen der Expert*innen, welche eine erhöhte Emotionalität der Betroffenen beschrieb, sowohl in Bezug auf positive als auch negative Gefühlen. Die Aussagen lassen sich in folgender Kernaussage zusammenfassen:

Anorexie geht mit einer erhöhten Emotionalität sowohl der Betroffenen als auch deren Umfeld einher. Vordergründig sind bei den Betroffenen vor allem starke Gefühle wie Wut, Trauer oder Erleichterung, im Umfeld spiegeln sich hingegen vermehrt Gefühle wie Unglaube und Unsicherheit wider.

Eines der hier codierten Zitate beschreibt die Anorexie wie folgt: „Als ob der alles Glück aus dem Leben raussaugt. Wie ein Dementor“ (Interview 5: Z.276).[2] Die Anorexie wird somit als etwas wahrgenommen, welches das Glück der Betroffenen vertreibt. Ein weiteres Element der Emotionalität von Betroffenen bezieht sich auf die Gefühle gegenüber sich selbst. Eine Expertin beschreibt es folgendermaßen:

> „[das] liegt aber bei sehr vielen Mädchen natürlich auch daran, dass sie einfach […] ihren Körper nicht akzeptieren können […] dass sie auch ganz klar auch sagen, dass sie ihren Körper hassen“ (Interview 2: Z. 319ff.)

Die Expert*innen äußerten vermehrt, dass negative Emotionen wie Selbsthass oder „Minderwertigkeitskomplexe“ (Interview 1: Z.280ff.) die Betroffenen isolieren, welches sich ebenfalls emotional widerspiegelt.

4. Druck

In der Kategorie *Druck* wurden Aussagen der Expert*innen gesammelt, welche einen inneren oder äußeren Druck beschreiben, der auf die Betroffenen wirkt. Die hier aufgestellte Kernaussage lautet:

> *Von Anorexie betroffene Personen empfinden Druck auf mehreren Ebenen: Einerseits durch das Krankheitsbild selbst, da u. A. die Fixierung auf Leistungen und Gewichtsabnahme einen inneren Druck aufbauen und Betroffene durch diesen isoliert werden; andererseits auf Seiten des Umfeldes, welches aufgrund seiner Umgangsweise mit der Anorexie und den Betroffenen äußeren Druck aufbaut.*

Letzteres wurde unter anderem im familiären Umfeld der Betroffenen besonders deutlich, der Einfluss von Eltern oder Großeltern führt vermehrt zu einem äußerlichen Druck, dies lässt sich auch im folgenden Zitat erkennen:

> „[…] mischt die Leistungsorientierung der Eltern auch einfach mit (ähm) und dadurch auch oft dieses nicht-wahrhaben-wollen, ‚meine Tochter muss einfach funktionieren, die darf nicht krank sein, das kann nicht sein das die krank ist, joa die ist n bisschen dünn aber (ähm) das werden sie ja wohl hinkriegen‘“ (Interview 2: Z 123ff.).

---

[2] Ein Dementor ist ein fiktives, magisches Wesen aus der Harry Potter Buchreihe und wird beschrieben als düstere Gestalt, die mit ihrem Auftreten alles Glück aus den umliegenden Personen vertreibt. Der Kuss des Dementoren lässt eine gefühlslose, leere Hülle zurück. (vgl. J. K. Rowling (1999): Harry Potter and the Prisoner of Azkaban)

Von Anorexie Betroffene werden von den Expert*innen als „sehr (..) angepasste, […] sehr leistungsorientierte, disziplinierte“ (Interview 2: Z 69ff.) Menschen beschrieben. Diese Beschreibung verdeutlicht den inneren Druck, der Einfluss auf die Betroffenen und ihr Verhalten nimmt.

5. Kontrolle

Wie in Kapitel 3.1 beschrieben, ist die Diagnose Anorexia Nervosa an ein starkes Kontrollbedürfnis der Betroffenen gekoppelt. Dies zeigte sich auch daran, dass vermehrt Äußerungen der Expert*innen zu der Subkategorie *Kontrolle* getroffen wurden. Die Ergebnisse lassen sich in folgender Kernaussage beschreiben:

> *Die Erkrankung der Anorexie kann das Kontrollbedürfnis der Betroffenen in bestimmten Lebensbereichen erfüllen.*

In die Subkategorie der *Kontrolle* fielen demnach Äußerungen der Expert*innen, die das Kontrollbedürfnis der Betroffenen in den Fokus stellten und beschrieben, wie in folgendem Zitat verdeutlicht:

> „dass sie eher eine Kontrolle haben über sich selbst und vielleicht vorher in anderen Bereichen weniger Kontrolle oder gemerkt haben, dass sie da Dinge nicht beeinflussen können und das [...] Gewicht können sie (ähm,) das gaukelt denen die Erkrankung so ein bisschen vor, dass sie quasi die Kontrolle über das Gewicht haben, was sie dann im Verlauf gar nicht haben.“ (Interview 1: Z. 209ff.)

Hinzu kommt die Schwierigkeit der Betroffenen, diese Kontrolle im Verlauf der Therapie wieder abgeben zu müssen. Es sei „ganz schwer […], diese Kontrolle wieder loszulassen“ (Interview 4: Z. 342ff.), denn die Krankheit gebe „ein Gefühl von Halt“ (ebd.) und Betroffene hätten somit ihr „Leben im Kopf unter Kontrolle“ (ebd.), da sie eine Tagesstruktur „rigide abarbeiteten“ (ebd.). Dies ließe sich nur schwer auf den Alltag ohne Anorexie übertragen.

6. Zwanghaftigkeit

Ähnlich wie der Code der Kontrolle wurde auch der Begriff der *Zwanghaftigkeit* vermehrt genannt:

Das Krankheitsbild der Anorexie ist durch ein persönliches Erleben von Zwanghaftigkeit bei den Betroffenen gekennzeichnet, welches sich unter anderem im Tagesablauf, der Nahrungsaufnahme oder in leistungsbezogenen Aktivitäten, wie beispielsweise sportlichen Aktivitäten widerspiegeln.

Der Begriff der *Zwanghaftigkeit* wurde als solcher vermehrt genannt, ebenso war in vielen Kontexten die *Zwanghaftigkeit* für die Betroffenen ersichtlich. So auch im folgenden Zitat:

> „Oft wird es das Ganze ja auch sehr zwanghaft erlebt, also da es ganz schwer ist sowohl auf dem zwanghaften Essen als auch aus dem zwanghaften Sport treiben, manchmal zu Hause, andere Schritte zählen, dritten im Fitness-Center da so rauszukommen und wirklich wieder Kontakte zu leben“ (Interview 5: Z.228ff.)

Mit der Zwanghaftigkeit geht auch eine erhöhte Leistungsorientierung Betroffener einher, denn Anorexie Patientinnen seien „sehr (..) angepasste […], leistungsorientierte, disziplinierte Mädchen (Interview 2: Z. 69ff.). Dies lässt sich auch anhand von „perfektionistische[n] Ansätze[n]“ (Interview 3: Z. 26f.) erkennen, da Betroffene häufig einen „hohen Anspruch an sich selbst“ (ebd.) hätten.

7. Eingeschränkte Funktionsfähigkeit

Als abschließende Kategorie lässt sich die Kategorie der *Eingeschränkten Funktionsfähigkeit* benennen, welche sich zunächst auf die körperlichen Einschränkungen Betroffener fokussiert und schließlich folgert, welche psychischen und sozialen Folgen daraus hervorgehen könnten. Die diesbezüglich getroffene Kernaussage lautet:

An Anorexie erkrankte Personen leiden häufig an einer körperlich eingeschränkten Funktionsfähigkeit, welche sich u. A. durch gestörte Konzentration, Gedächtnisstörungen und/oder stark reduzierte Körperkraft äußern. Dies kann ebenfalls zu Einschränkungen im Alltag oder u. A. im Beruf führen.

Wie in Kapitel 3.1.4 beschrieben, kann durch die Folgen der Anorexie ein Nährstoffmangel bei Betroffenen auftreten, welcher körperliche Funktionsstörungen zur Folge haben kann. Diese Einschränkungen können Expert*innen unter anderem dadurch beobachten, dass „Gedächtnis, Kognitionen, Aufmerksamkeit maximal eingeschränkt sind“ (Interview 5: Z. 172f.). Sind Betroffene im schulpflichtigen

Alter, kann der Aufenthalt in der Schule durch mehrere Aspekte der Erkrankung eingeschränkt sein:

> „wir haben aber auch Mädchen, die gehen höchstens zwei Stunden pro Tag zur Schule, weil alles andere zu viel ist, weil sie sich nicht länger konzentrieren können“ (Interview 2: 249ff.).

Diese Einschränkung kann sich somit sowohl auf den Bildungsgrad von Betroffenen auswirken als auch auf eine Einschränkung der sozialen Teilhabe, da am schulischen Alltag oftmals nur noch wenig teilgenommen werden kann. Hinzu kommt die Einschränkung der körperlichen Aktivitäten, da Betroffene ab einem gewissen Punkt „auch körperlich nicht mehr in der Lage“ (Interview 1: Z. 288f.) seien, beispielsweise Sport auszuüben. Alles sei „nur noch (.) anstrengend“ (ebd.). All diese körperlichen Einschränkungen stehen im Kontrast zu den hohen Eigenansprüchen von Betroffenen, was zu „Minderwertigkeitskomplexe[n]“ (Interview 1: Z. 280) und Rückzug (vgl. ebd.) führen kann.

7.2 Kernaussagen der Betroffeneninterviews

Im Folgenden werden die individuellen Aussagen der Betroffenen in Form von fünf Kernaussagen zusammengefasst und mit Zitaten aus den transkribierten Interviews veranschaulicht.

1. Druck

Die erste Kernaussage der Betroffenen bezieht sich auf das subjektive Erleben von Druck und lautet:

> *Betroffene erleben einen erhöhten Druck, vor allem im Familienalltag und in der Peergroup. Dieser kann auch als ein Entstehungs-/ und aufrechterhaltender Faktor gesehen werden.*

Die Kategorie Druck wurde neben vier weiteren Kategorien am häufigsten von den Betroffenen in Bezug auf die Anorexia Nervosa genannt. Dabei geht es einerseits um den Druck der von außen aufgrund von körperbetonten und bewertenden Aussagen an das Individuum herangetragen wird und andererseits um den Druck, der intrinsisch aufgrund des gesellschaftlichen Idealbildes eines Körpers und schließlich dem eigenen Idealbild entsteht. Das erhöhte Druckempfinden geht nicht nur mit einer Anorexie einher, sondern kann ebenso als Auslöser hierfür gesehen werden. Darüber hinaus wird in Bezug auf die Kategorie Druck sehr häufig berichtet, dass die Umgangsweisen mit der Anorexie und den damit verbundenen Erwartungshaltungen vor allem von den nahestehenden Personen, das Druckempfinden verstärkt werden kann.

> „weil halt auch von Familienmitgliedern, die halt nichts davon wussten, auch immer so Kommentare, so körperbetonte, bewertende Aussagen kamen, was einen auch unter Druck setzt. ‚Iss doch einfach mehr, wo liegt denn dein Problem'?" (Interview 8: Z. 289ff.)

2. Kontrolle

Die zweite Kernaussage der Betroffenen bezieht sich auf das subjektiv empfundene Gefühl der Kontrolle, welches sich insbesondere durch die Anorexie bemerkbar macht:

Die Selbstkontrolle sowie die Kontrolle von außen, vor allem in den Bereichen Beruf, soziale Beziehungen und Alltagsbewältigung dominieren sowohl das Verhalten als auch die individuelle Lebenswelt der Betroffenen.

Die Kategorie Kontrolle wurde von allen Aussagen in Bezug auf die Anorexia Nervosa von den Betroffenen am häufigsten genannt. An den Aussagen wird deutlich, dass die Kontrolle den individuellen Alltag der Betroffenen stark beeinflusst und dadurch Spontanität nicht mehr möglich ist. Der Alltag ist vollständig durchgeplant, wodurch alles kalkulierbar und vorhersehbar für die Betroffenen wird. Ebenso wird mehrfach berichtet, dass durch die Kontrolle ein Gefühl der Sicherheit bei den Betroffenen auslöst:

> „[…] das ist halt auch das mit der Kontrolle, also ich glaub viele machen das auch, weil sie dann wieder Kontrolle über irgendwas haben.“ (Interview 7: Z. 178f.).

Die Kontrolle über vielfältige Lebensbereiche zu besitzen, steht über den eigenen Bedürfnissen, das heißt auch, dass Kontrolle häufig im Zusammenhang mit Verboten steht. Es geht also nicht darum, dass der Alltag so geplant wird, wie es sich die Betroffenen wünschen, sondern vor allem so, wie es am „effizientesten“ für sie ist. Die scheinbar „normalen“ Dinge im Alltag, müssen erst „erlaubt“ und an anderer Stelle im Alltag wieder ausgeglichen werden:

> „Ich wollte nur sagen, dass es nicht nur wenn es um „Gönne ich mir das und das“ geht, sondern auch erlaube ich es mir auf der Couch zu liegen oder alle anderen Sachen, die jetzt Spaß machen aber vielleicht nicht so „effizient“ sind“ (Interview 8: Z. 510 ff.).

Es gibt bei den Betroffenen außerdem häufig ein Schwarz-Weiß-Denken, welches in gut und schlecht differenziert:

> „[…] So das ist gut, Sport ist gut und Süßigkeiten sind schlecht. Also das hat auch kein Zwischending“ (Interview 8: Z. 186ff.).

3. Einschränkungen

Die dritte Kernaussage der Betroffenen bezieht sich auf die durch die Anorexie erlebten Einschränkungen. Sie lautet:

Durch die Anorexie erleben die Betroffenen starke persönliche Einschränkungen in verschiedenen Lebenssituationen, vor allem in den Bereichen indi-

viduelle Freizeitgestaltung und Alltagsbewältigung. Ebenso sind die Konzentrationsfähigkeit und Körperkraft der Betroffenen häufig stark eingeschränkt.

Die Kategorie Einschränkungen resultiert vor allem aus der zuvor genannten Kategorie Kontrolle:

> „Ich hatte keine Zeit mehr für nichts Geplantes, weil halt alles schon geplant war und dann auch die Kraft für Neues gefehlt hat“ (Interview 8: Z. 86ff.).

Die Kategorie bezieht sich sowohl auf die physischen und psychischen als auch auf die individuellen, zeitlichen Einschränkungen:

> „[…] also es hatte gereicht und dann war ich halt fertig […]. Und alles andere hat deswegen vor allem schon allein wegen der Erschöpfung keinen Spaß mehr oder Interesse noch irgendetwas anderes zu machen“ (Interview 8: Z. 90ff.).

Durch diese und ähnliche Aussagen aus den Interviews der Betroffenen wird deutlich, dass Einschränkungen vor allem in den Bereichen der individuellen Freizeitgestaltung und Alltagsbewältigung wahrzunehmen sind. Mit sukzessivem Gewichtsverlust und dem ständigen Hunger stellen sich vermehrt Folgeerscheinungen sowie körperliche Schäden bei den Betroffenen ein. Dies hindert sie unter anderem auch dabei, alterstypische Erfahrungen zu machen und führt verstärkt zu einer Abschottung von der Außenwelt:

> „Ja als ich nach XY gezogen bin, hab‘ ich mich erstmal zwei Jahre komplett isoliert“ (Interview 8: Z. 283ff.).

4. Unterstützung

Die vierte Kernaussage der Betroffenen bezieht sich auf Schilderungen dieser, bei denen deutlich wurde, dass sie Unterstützung erfahren haben:

Alle Betroffenen haben Unterstützung in unterschiedlichen Lebensbereichen erfahren, auch wenn sie diese nicht immer als hilfreich empfinden konnten.

Die Gruppe der Betroffenen berichteten in den Interviews sehr häufig, dass sie sehr viel Unterstützung von außen erfahren haben und dies vor allem aus der Familie und dem Freundeskreis:

> „[…] meine engsten Freundinnen (.) sind am Anfang damit sehr gut umgegangen. Waren sehr rücksichtsvoll und sehr verständnisvoll“ (Interview 8: Z. 219ff.).

Dennoch wird an den Aussagen der Betroffenen in Bezug auf die Unterstützung von außen ebenso deutlich, dass vor allem die nahestehenden Personen überfordert waren und sich teilweise eine große Verunsicherung im Umgang mit der Erkrankung zeigte:

> „Meine Eltern [...] wussten überhaupt nicht was sie irgendwie tun sollten und würde sagen sie haben einfach nur mit einer immensen Angst reagiert“ (Interview 8: Z.224 ff.).

Was jedoch häufig als positiv und hilfreich von den Betroffenen bewertet wurde, war die professionelle Hilfe und der Therapiekontext vor allem auch in Bezug auf eine langfristige Unterstützung: „Ja, dass ich auch Therapie machen kann“ (Interview 6: Z. 150), sowie: „Also, eigentlich auch so ein Therapeut wäre gut, dass man da irgendwo hingeht“ (Interview 6: Z. 82).

5. Emotion

Die fünfte Kernaussage der Betroffenen bezieht sich auf verschieden erlebte Arten der Emotionalität der Befragten und lautet:

> *Anorexie geht mit einer erhöhten Emotionalität sowohl der Betroffenen als auch deren Umfeld einher, so stehen Gefühle von Überforderung, Verunsicherung, Stress und Angst im Vordergrund. Darüber hinaus verfügen die Betroffenen häufig über einen eingeschränkten Zugang zu ihren Gefühlen und Bedürfnissen.*

Das Paradoxon in Bezug auf die Emotionen der Betroffenen spiegelt sich darin wider, dass die Anorexie einerseits mit einer erhöhten Emotionalität verbunden ist und anderseits ein Abstumpfen der eigenen Bedürfnisse und Gefühle möglich ist. Die Emotionen werden im näheren Umfeld vor allem in Form von Sorgen, Ängsten, Überforderung, Verunsicherung und Kontrolle spürbar. Bei den Betroffenen selbst zeigen sich die Emotionen vor allem in Form von Leistungsdruck, Stress, Kontrolle und Überforderung.

> „Denk halt auch, dass irgendwie jede soziale Aktivität halt auch einfach mit einem unfassbaren Stress verbunden ist, wenn man halt so alle Eventualitäten durchdenken muss […] es ist halt alles einfach vorhersehbar und klar kalkulierbar und es gibt halt auch einfach viel mehr Sicherheit.“ (Interview 8: Z. 51ff.).

Sie verlieren das Gefühl für sich selbst, was ein intuitives Handeln unmöglich macht:

> „Also wenn man mir gesagt hat möchtest du gerne ein normales oder ein Vollkornbrötchen? Dann hätte ich gesagt, ja wie viele Kalorien hat das, wie viele Kalorien hat das. Also ich konnte es nicht sagen, worauf ich Lust hatte. Ich hab´s dann halt an anderen Dingen festgemacht“ (Interview 8: Z. 532ff.).

7.3 Zusammenfassung der Forschungsergebnisse

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Bereiche, welche unter die Codes *Druck*, *Kontrolle*, *Einschränkung* und *Emotion* fallen von beiden befragten Gruppen deutlich häufiger genannt wurden als alle anderen Kategorien und somit von den Befragten verstärkt thematisiert wurden. Die interviewte Gruppe der Expert*innen betonten insbesondere Elemente aus den Kategorien der *Zwanghaftigkeit* sowie die der *eingeschränkten Funktionsfähigkeit*. Darunterfallen sowohl die physischen als auch die psychischen Einschränkungen, welche die Betroffenen durch die Anorexie erleben. Die Gruppe der Betroffenen berichtete hingegen häufiger als die Expert*innen von der unterstützenden Wirkung der Systeme Peers und Familie: „meine Eltern (hm) haben mich darin auch immer unterstützt“ (Interview 8: Z. 140f.). Diese Unterscheidung deutet auf eine unterschiedliche Selbst- und Fremdwahrnehmung der befragten Gruppen hin.

7.3.1 Allgemein

Neben den bereits beschriebenen Ergebnissen und getroffenen Kernaussagen in Kapitel 7.2 waren weitere Themenbereiche auffällig, welche in geringerer Häufigkeit als die genannten Codes auftraten, hier aber aufgeführt werden sollen. Bezüglich der Entstehung der Anorexie wurde vermehrt genannt, dass neben dem innerlichen und äußerlichen Druck der Einfluss durch gesellschaftliche Normen und Werte ebenfalls ein prägnanter Faktor ist, der sich auf die Körperideale und den Leistungsanspruch Betroffener auswirken könnte. Gleichzeitig können diese gesellschaftlichen Normen und Schönheitsideale sowie deren Repräsentationen auf sozialen Netzwerken die Entstehung einer Anorexie begünstigen (vgl. Interview 1: Z. 629ff.), wie auch in Kapitel 3.1.5 aufgeführt. Diese Thematik wurde auch in der Forschung von Mashalpourfard untersucht, mit dem Ergebnis, dass das Gefühl, Schönheitsideale nicht erfüllen zu können, vermehrt zu sozialen Ängsten

führen kann und somit eine Essstörung begünstigt (vgl. Mashalpourfard 2018). Hinzu komme der Druck von außen, beispielsweise durch die Familien oder hohe Ansprüche in Schule, Studium oder Beruf. Auch der innerliche Druck durch Kontrollmechanismen wie die zwanghafte Regulierung der Nahrungsaufnahme und der mit der Erkrankung verbundene ständige Tätigkeitsdrang wirken auf die Betroffenen (vgl. Interview 8: Z. 85ff.). Aus den Interviews ergibt sich, dass die Anorexie bei Betroffenen zu einem Verlust der körperlichen Wahrnehmung und eigenen Empfindungen kommen kann. Diese äußerten sich u. a. wie folgt:

> „Ja, also ich hatte zumindest ewig lange, dass ich nicht sagen konnte worauf ich jetzt Lust hatte. Ich konnte und ich wusste es einfach nicht. Ich hab´s wahrscheinlich so lange unterdrückt“ (Interview 8: Z. 530ff.).

Neben dem Druck durch das Umfeld, welches Betroffene erleben, besteht auch eine hohe Hilflosigkeit (vgl. Interview 7: Z. 92ff.), welches zu Unverständnis und Unwissenheit, inwiefern mit Betroffenen umgegangen werden soll, führen kann (vgl. Interview 8: Z. 240ff.) und die Problematiken Betroffener somit eher verschlimmern als verbessern könnte.

Ebenso wurde genannt, dass das Kontrollbedürfnis von Betroffenen, welches in manchen Lebensbereichen fehlt, durch die Anorexie kompensiert werden könne. Auch im Forschungsstand findet sich dieser Aspekt: Zehetner betont, dass die Anorexie als Überlebensstrategie der Betroffenen fungiert (vgl. Zehetner 2012: 202), als Entstehungsfaktoren für eine Anorexie können beispielsweise pathologische Kommunikationsstrategien innerhalb der Kernfamilie angesehen werden. Diese Kompensation birgt das Risiko einer falschen Kontrolle, denn das Krankheitsbild vermittle eine gewisse Sicherheit durch feste Strukturen und Abläufe und „gaukelt“ (Interview 1: Z. 203ff.) Betroffenen ein Gefühl der Kontrolle vor, welche sie „dann im Verlauf gar nicht haben“ (ebd.), da sie die Anorexie und ihre Folgen nicht kontrollieren können. Es zeigt somit, dass das Krankheitsbild der Anorexia Nervosa Betroffenen durch die auftretenden Symptome einen vermeintlichen Ausgleich für einen Lebensbereich, in welchem sie Kontrollverlust verspüren, anbieten kann.

Durch die Akutphasen der Anorexie werden verschiedene „Säulen der Identität geschädigt“ (Interview 5: Z. 297ff.), da durch Klinikaufenthalte oder die eigene Isolation bestimmte Lebensbereiche „rausfallen“ (ebd.) oder nur noch „sehr eingeschränkt“ (ebd.) möglich sind. Einschränkungen der Betroffenen in den Bereichen

der Alltagsbewältigung, Freizeit, Sport und Beruf wurden in vielen der Interviews deutlich benannt. Dies deckt sich ebenfalls mit Ergebnissen aus der Forschung: In der im Jahr 2007 durchgeführten Studie von de la Rie et al. zeigte sich, dass der „sense of belonging“ (de la Rie et al. 2007: 13ff.) sowie Arbeit, Bildung und Gesundheit für Betroffene sehr wichtige Bereiche waren, welche durch die Anorexie eingeschränkt wurden. Gleichzeitig wurde die eigene Lebensqualität der Betroffenen als geringer eingeschätzt (vgl. ebd.), was sich mit den Aussagen und Ergebnissen insbesondere aus dem Code der *Einschränkung* deckt. Im Fokus der Ergebnisse steht auch die Isolation der Betroffenen, welche im Zuge der Erkrankung stattfinden kann und fortschreitet. Durch die Anorexie rückt eine intensive Planung der Aktivitäten, Bewegung und Mahlzeiten sehr stark in den Fokus, das heißt für Betroffene: „Man hat eigentlich gar keine Zeit mehr […] und dann lässt man es einfach ganz sein“ (Interview 8: Z. 24ff.), vor allem bezogen auf soziale Kontakte und Interaktionen. Durch die Einschränkungen der Betroffenen bezüglich ihres Essverhaltens werden soziale Ereignisse, die häufig mit gemeinschaftlichen Mahlzeiten verknüpft sind, mit sehr viel Stress assoziiert und somit meist nicht wahrgenommen (vgl. Interview 2: Z. 194ff.), was die Isolation der Betroffenen verstärkt.

7.3.2 Inklusion/Exklusion

Ein weiterer Aspekt, der in den Interviews abgefragt wurde, liegt einerseits in der Selbsteinschätzung der Betroffenen und andererseits in der Fremdwahrnehmung der Expert*Innen zum Thema, ob die Diagnosestellung einer Anorexia Nervosa eher zu Inklusion oder Exklusion der Betroffenen führt. Den Aussagen der Betroffenen kann entnommen werden, dass sie sich durch die Diagnose sowohl inkludiert als auch exkludiert fühlen. Inklusion geschieht dadurch, dass sie durch die Diagnose die Möglichkeit zur gezielten Behandlung der Erkrankung zur Verfügung gestellt bekommen. Innerhalb des Behandlungskontextes treffen sie auf Menschen, die ebenfalls an einer Anorexia Nervosa leiden, somit haben Betroffene die Möglichkeit, sich untereinander auszutauschen, was insbesondere durch die häufig ähnlichen Lebenserfahrungen das Zugehörigkeitsgefühl der Betroffenen untereinander verstärkt:

> „Ich glaube man ist in gewisser Weise auch drinnen, weil man auch viele Leute kennenlernt, mit denen man sich bis auf das kleinste Detail gut versteht, aber ich glaube auch so im Leben ist man eher so ein bisschen ausgeschlossen, weil man ja

> (ähm) diesen Druck halt nicht so aushalten kann, wie andere Leute, also wie einfach Leute, die halt nicht so Probleme damit haben und ja, ich glaube, das ist dann schon sowohl als auch“ (Interview 7: Z. 264ff.).

Wie bereits in dem Kapitel 7.2 beschrieben, ist es außerhalb des psychiatrischen Kontextes für die Betroffenen erschwert, ein Zugehörigkeitsgefühl in ihrem sozialen Umfeld aufzubauen, da sie durch die Erkrankung sehr viele Einschränkungen haben, sehr auf sich selbst fokussiert sind und Hobbys oder soziale Beziehungen häufig vernachlässigen. Die Expert*innen berichten ebenfalls von sowohl Inklusion als auch Exklusion der Betroffenen in Verbindung mit einer Anorexia Nervosa. Sie trennen hierbei den psychiatrischen von dem gesellschaftlichen Kontext sowie den Alltag der Betroffenen, da das auf die Anorexia Nervosa angepasste Hilfesystem Inklusion fördern könne (vgl. Interview 2: Z. 313f.), es führe „Psychiatrisch gesehen zu Inklusion, gesellschaftlich zu Exklusion“ (Interview 4: Z. 410f.). Des Weiteren berichten die Expert*innen, dass die eigene Einstellung und Umgangsweise mit der Erkrankung Einfluss auf die Außenwirkung habe, vor allem auch im Kontext der Selbstakzeptanz.

> „‘Ich habe diese Erkrankung, ich muss lernen, damit umzugehen, und ich gehöre auch trotzdem dazu.‘ Dann ist es ja auch wieder eine Teilhabe“ (Interview 5: Z. 564ff.).

Dieser Aspekt lässt sich von Betroffenen jedoch häufig nur erschwert umsetzen, da sie durch die offene Umgangsweise mit der Erkrankung gleichzeitig riskieren, von ihrem sozialen Umfeld anders behandelt oder wahrgenommen zu werden als zuvor:

> „Ja wenn jetzt jemand hört, ich bin an Anorexie erkrankt, dann bin ich gleich in der Schublade irgendwie oder krieg gleich nen Stempel auf die Stirn und (ähm) ja, das ist sicherlich was, was grad bei Mitschülern (.) was es denen ja auch häufig schwierig macht das sie die Diagnose haben“ (Interview 2: Z. 378ff.).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass durch die Aussagen der Betroffenen und Expert*innen deutlich wird, wie wichtig einerseits die Krankheitseinsicht für den Prozess der Genesung bei den Betroffenen ist und wie herausfordernd andererseits insbesondere diese Einsicht und offene Umgangsweise mit der Erkrankung in Bezug auf Exklusionsängste sein kann:

> „Aber diese Krankheitseinsicht ist wichtig und führt erstmal zu einem Gefühl der Exklusion, "dann bin ich ja anders als die anderen und dann will keiner mehr mit mir“ (Interview 5: Z. 560ff.).

7.3.3 Chancen

Sowohl die Gruppe der Betroffenen als auch die Gruppe der Expert*innen wurden im Verlauf des Interviews gefragt, ob es etwas gäbe, was Betroffene aus dem Kontext der Erkrankung Positives für sich mitnehmen können. Positiv bewertet wurde der Therapiekontext: hier bestünde die Möglichkeit zur Selbstreflexion und eine professionelle Schulung der Selbstwahrnehmung, wodurch das eigene Selbstbild gestärkt wird (vgl. Interview 5: Z. 523ff.). Auch professionell geleitete Gruppenangebote wurden von den Betroffenen als hilfreich, da die Gruppe Gemeinschaftsgefühle schaffe und zu einer Ressource und Stütze für Betroffene werden könne (vgl. Interview 5: Z. 386ff). Dies wäre aber nicht auf die Anorexie als Krankheitsbild zurückzuführen, sondern auf den Kontext der Therapie.

Als einen positiven Effekt der Anorexie wurde ebenfalls beschrieben, dass Betroffene durch die intensive Beschäftigung mit Bereichen und Inhalten im Kontext der Therapie oder des Klinikaufenthaltes Berufswünsche entwickeln können, die vorher nicht vorhanden waren. So könnten Berufe im Bereich der Ernährungstherapie, Sozialen Arbeit oder Psychologie Bereiche von Interesse sein, da Betroffene in der Behandlungszeit der Anorexie auf eben diese Berufsgruppen treffen (vgl. Interview 4: Z. 393ff.).

7.3.4 Bedarfe

Die abschließende Frage des Interviewleitfadens bezog sich auf die Wünsche und Bedarfe der Betroffenen und Expert*innen in Bezug auf den gesellschaftlichen Umgang mit einer Anorexia Nervosa. Die Expert*innen kritisierten vor allem den eindimensionalen Blick auf das jeweilige Gewicht der Betroffenen, wodurch der Fokus auf den Äußerlichkeiten liegt und die Auswirkungen und die medizinischen Folgen außer Acht gelassen würden:

> „Die Patienten sehen immer nur in dem Moment […] deren Ziele in dem Moment oder der Kampf geht dann um das Gewicht pro Woche darüber, anstatt über die (.) wirklichen Auswirkungen“ (Interview 1: Z. 604 ff).

Darüber hinaus appellierten die Expert*innen, dass es mehr Angebote für die Betroffenen geben müsse, vor allem um den Übergang von der stationären zur ambulanten Hilfe zu unterstützen sowie eine Niedrigschwelligkeit in der Nachsorge her-

zustellen. Es wurde der Vorschlag genannt, eine ambulante Rehabilitation für Menschen mit einer Essstörung zu konzipieren, um das minimal vorhandene Nachsorgeprogramm zu ergänzen und den Betroffenen eine neue Form im Hinblick auf eine langfristige, professionelle Nachsorge zu gewährleisten:

> „Dann fänd ich es gut, wenn es mehr ambulante oder überhaupt ambulante Rehabilitation für Essgestörte gäbe, ich arbeite ja auch hier im Suchtbereich, und es gibt ganz viele Menschen, die sehr gut mit der ambulanten Reha Sucht ihren Weg in die Abstinenz finden, aber es gibt nichts Vergleichbares für die Essgestörten“ (Interview 5: Z. 632 ff).

Sowohl die Betroffenen als auch die Expert*innen wünschen sich darüber hinaus, dass mehr Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung im Umgang mit einer Anorexia Nervosa geleistet wird. Dies sollte am besten bereits in der Grundschule thematisiert und die Bereiche Körperbewusstsein, Körperbilder und gesunde Ernährung in den Lehrauftrag mit einbezogen werden. Gerade die unrealistischen Körperbilder, die kein Abbild der Gesellschaft darstellen und durch Social Media und/oder in der Werbung etc. vermittelt werden (vgl. Interview 1: 629ff.), würden einen enormen Druck erzeugen und Unsicherheiten, Vergleiche und Unzufriedenheiten fördern:

> „Ich denke es müsste mehr Öffentlichkeitsarbeit laufen, insgesamt mehr Aufklärung ja, schon in Schulen usw.. Wie viele 13/14-Jährige ich jetzt schon kenne, die jetzt schon anfangen mit Diäten oder mit veganer Ernährung als Einstieg zu: Ich verzichte auf gewisse Lebensmittel oder sonst was und erlaube mir so ne Extrawurst zu braten“ (Interview 4: Z. 477 ff.).

Sowohl von den Expert*innen als auch von den Betroffenen wurde darüber hinaus angemerkt, dass es wichtig sei, die Betroffenen an die richtigen Hilfesysteme weiterzuleiten. Es komme sehr häufig vor, dass sich zu viele Parteien in Bezug auf die Genesung der Betroffenen „einmischen“ und teilweise mit gut gemeinten Ratschlägen das Gegenteil bewirken sowie zusätzlichen Druck aufbauen. Gerade an dieser Stelle sei es wichtig, dass Unsicherheiten im Umgang mit der Erkrankung und fehlendes Verständnis für die spezifische Thematik durch Aufklärungsarbeit abgebaut werden und ein angemessener Umgang ermöglicht wird.

> „Manchmal habe ich das Gefühl, es wäre (.) schöner, die Mädchen würden mehr an die richtigen Hilfesysteme verwiesen werden oder man würde die Arbeit da belassen, als das sich jeder (.) versucht einzumischen oder jeder versucht, irgendwie noch was Schlaues (.) dazu zu sagen“ (Interview 2: Z. 389 ff.).

Ein anderer entscheidender Punkt, der mehrfach von den Expert*innen genannt wurde, liegt in der Emotionsregulation der Betroffenen. Häufig sei das Hungern eine Form der Bestrafung oder diene als Kompensationsfunktion, um unterdrückte, negative Gefühle auszugleichen. Aus diesem Grund sei es wichtig, den Fokus vor allem auf die individuelle Gefühlslage der Betroffenen zu legen, um einen besseren Umgang zu ermöglichen, bei denen die Betroffenen lernen, auf sich selbst zu hören und ein besseres Gefühl für sich selbst zu entwickeln.

> „Der Aspekt der Emotionsregulation den finde ich wichtig, ich glaube, dass es viele Formen von essgestörtem Verhalten gibt, die tatsächlich darauf abzielen, seine Emotionen auch zu regulieren. Also entweder indem ich zu viel esse und mit meinem Völlegefühl beschäftig bin oder Traurigkeit zu stopfe oder Einsamkeit wegmache“ (Interview 3: Z. 428 ff.).

Für die Betroffenen ist es vor allem wichtig, an der Selbstwahrnehmung zu arbeiten und sich in ihrem eigenen Körper (wieder) wohl fühlen zu können, auch wenn dies bedeutet, ein Gewicht im Normalgewicht zu haben:

> „Also eigentlich wünsche ich mir für andere, die das gleiche haben, dass sie sich wohl fühlen, auch wenn sie wieder bei einem Normalgewicht sind. Weil da fühlt man sich normalerweise nicht wohl, sondern eher dick und das Gefühl ist halt sehr unangenehm. Ich wünsche mir, für jeden der das hat, dass er sich dann auch wohl fühlt“ (Interview 6: Z. 155 ff.).

Somit Wünschen sich sowohl Expert*innen als auch Betroffene vor allem mehr Aufklärungsarbeit und Hilfsangebote, damit der richtige Umgang mit an Anorexie erkrankten Personen gewährleistet sein kann.

8. Fazit

Schließlich lässt sich am Ende des Forschungsprozesses festhalten: Die Anorexia Nervosa ist eine psychische Erkrankung, die durch ihre Charakteristik im Mittelpunkt des Lebens von Betroffenen steht und somit auf alle Teilbereiche des Lebens abfärbt. Das bedeutet, dass durch diese Erkrankung fast alle Lebensbereiche von Betroffenen stark beeinflusst werden. Zu diesem Ergebnis kommt auch Anke Kock, die betont, dass die Anorexie im Zentrum des Lebens von Betroffenen steht (vgl. Kock 2013: 97f.). Durch diese Einschränkung kommt es somit nachweislich zu einer geringeren Lebensqualität von Betroffenen im Vergleich zu Menschen ohne diese Diagnose (vgl. The WHOQOL Group 1998: 553ff.). Dies spiegelt sich auch in den vorig genannten Bereichen wider, unter anderem in der Selbstisolation und deren Folgen sowie die körperlichen Einschränkungen, aus denen gesundheitliche Folgen für Betroffene resultieren können. In diesen Punkt decken sich auch die in dieser Forschung gesammelten Ergebnisse von Betroffenen und Expert*innen, wobei erstere das unterstützende Umfeld von Familie und Freunde und zweitere die teilhabebeeinträchtigenden Anteile der Anorexia Nervosa häufiger benannten.

Das Zitat am Ende des Kapitels von 7.3.4 (Interview 6: Z. 155ff.) beinhaltet nicht nur einen persönlichen Wunsch für alle Betroffenen, sondern ebenso eine elementare gesellschaftliche Aufgabe – es wird von „Normalgewicht“ gesprochen (ebd.). Auch wenn dieser Ausdruck aus medizinischer Sicht definiert ist (beispielsweise durch das ICD-10), so ist kritisch nach dem Instrument zu fragen. Der BMI als Maßstab für das erwartbare Gewicht einer Person (Bei Männern: 20-26 kg/ m², bei Frauen: 19-24 kg/m²) ist zu ungenau, da individuelle Faktoren keine Berücksichtigung finden. Auf Grundlage dessen etwas als ‚normal‘ zu bezeichnen, also ‚den gesellschaftlichen Normen entsprechend‘, kann jedoch zu Barrieren der Teilhabe einzelner Menschen führen und somit einen negativen Einfluss auf das Zugehörigkeitsgefühl („sense of belonging“) haben (vgl. de la Rie et al. 2007: 18). Dies zu verhindern und Richtwerte bzw. Definitionen von Normen und Werten zu entwickeln, die es ermöglichen, dass alle Menschen ein selbstbestimmtes Leben führen können, ist sowohl Aufgabe von Forschung als auch ein gesamtgesellschaftlicher Auftrag.

Der Horizont, in dem die Ergebnisse interpretiert werden, ist in dieser Arbeit der Fähigkeitenansatz nach Martha Nussbaum. Werden die Ergebnisse daran gemessen, ergibt sich, dass die Fähigkeiten körperliche Gesundheit, praktische Vernunft, Zugehörigkeit, Bezug zu anderen Lebewesen, Spiel und Beteiligung durch die Anorexia Nervosa stark eingeschränkt werden (vgl. Nussbaum 2015: 41ff.). Dies bedeutet, dass einige zentrale Fähigkeiten für ein selbstbestimmtes Leben den von Anorexie betroffenen Personen nicht zur Verfügung stehen – daraus entwickelt sich das Recht auf Unterstützung, die es ermöglicht, die eingeschränkten Fähigkeiten zurückzuerlangen.

Stigmatisierungen, Vorurteile und unüberlegte, körperbezogene Aussagen sind neben der unprofessionellen Hilfe durch nahe Angehörige und Freunde nicht zu unterschätzende und meist sehr belastende Nebeneffekte der Erkrankung. An dieser Stelle wird deutlich, wie wichtig Aufklärung und der Versuch ein breites, spezifisches Verständnis in der Gesellschaft zu entwickeln, ist.

9. Ausblick

Die Ergebnisse der durchgeführten Forschung ergeben schließlich ein breites Spektrum an Anknüpfungspunkten, die im weiteren Verlauf näher beschrieben werden. Der Fokus wird im Folgenden gezielt auf die Soziale Arbeit und die in diesem Praxisfeld bestehenden Handlungsoptionen und -möglichkeiten gelegt sowie vorgestellt.

1. Triple Mandat der Sozialen Arbeit

Wie aus dem Kontext der Interviews deutlich wurde, sind manche Betroffene temporär in einer auf die Thematik ausgerichtete Wohngruppe untergebracht, meist nach dem Klinikaufenthalt, um eine Rückkehr in das alltägliche Leben zu gewährleisten (Interview 2: Z. 1ff.; Interview 5: Z. 426ff.; Interview 3: Z. 90ff.). Neben der Begleitung und Betreuung innerhalb von Wohngruppen, die in der Regel durch Sozialarbeiter*innen erfolgt, ist die Soziale Arbeit außerdem in den Beratungsstellen oder stationären Therapien aktiv beteiligt. Sie sind somit an wichtigen Schnittstellen beteiligt, um die betroffenen Personen darin zu unterstützen, ihre Selbstheilungskräfte wiederzuerlangen. Hierbei spielen nicht nur individualpädagogische Maßnahmen eine wichtige Rolle, sondern insbesondere der Blick auf die gesellschaftliche sowie politische Ebene. Die Soziale Arbeit sollte es als Auftrag verstehen, ihrem gesellschaftlichen wie politischen Mandats nachzukommen. Somit wird der Bezug zum Triple Mandat deutlich: Die Soziale Arbeit ist sowohl dem/der Adressat*in, den Träger*innen als Repräsentant*innen der Gesellschaft und der eigenen Profession verpflichtet. Die Professionsebene als drittes Mandat beinhaltet Interventionen, die auf der Wissenschaft und dem Ethikkodex basieren (vgl. Staub-Bernasconi 2009b: 138). Wird die Profession Soziale Arbeit als Menschrechtsprofession verstanden, ergibt sich durch den Bezug zu den Menschenrechten die politische Verantwortung der Sozialen Arbeit. Der Einsatz für Menschen, deren Bedürfnisse in der Gesellschaft nicht ausreichend Beachtung finden, ist elementarer Teil des politischen Mandats.

Soziale Arbeit sollte sich dafür einsetzen, dass

a) ein Bewusstsein für die Bedürfnisse der Menschen mit einer Anorexia Nervosa bzw. allgemein der Menschen mit einer psychischen Erkrankung geschaffen wird

b) diese Bedürfnisse Anerkennung finden und

c) diese in den Strukturen der Gesellschaft wiederzufinden sind (sowohl ökonomisch, kulturell sozial, als auch politisch).

2. Bildungsaufgabe

Ein weiterer Bereich, der aus den Ergebnissen der Interviews hervorgeht, ist der Bildungssektor, im speziellen die Schule, da der Altersgipfel, der von Anorexie Betroffenen zwischen zehn und 25 Jahren liegt (vgl. De Gruyter 2014: 109). Auch die in dieser Arbeit durchgeführten Interviews bestätigen diesen Krankheitspeak (vgl. Kapitel 5.1.1). Schule als Ort des Lernens beinhaltet nicht nur die curriculare Bildung, sondern dient ebenso als Sozialisationsinstanz, die einen prägenden Einfluss auf die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen besitzt (vgl. Hurrelmann 2006: 34). Sie lernen nicht nur grundlegende Wissensbestände in den einzelnen Fächern, sondern ebenso im Klassenverbund, auf dem Pausenhof oder im Gesamtkontext Schule die Normen und Werte der Gesellschaft kennen (vgl. Böhnisch 2012: 228). Dadurch werden Teilhabefähigkeiten eingeübt und die Schüler*innen erfahren sich als Menschen in sozialen Gefügen. Allerdings wird die aktive Aneignung nur in einem geringen Maße begleitet. Die selbstständige Erfahrung ist entscheidender Faktor zur Befähigung der Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen. Allerdings ist in diesem Kontext eine professionelle Unterstützung wichtig, da das Thema Anorexie komplex und mit Vorurteilen und Unwissen besetzt ist (Interview 2: 158ff.). Dafür bleibt im Schulalltag jedoch wenig Zeit und die Schulsozialarbeit ist durch die häufig eher begrenzten Mittel selten in der Lage, ein flächendeckendes Angebot zum Thema Essstörungen zu erarbeiten (Interview 5: 206ff.). Es gilt somit, sowohl Räume zu schaffen, um altersgerecht spezifische Themen in den Schulalltag zu integrieren und gleichzeitig die Schüler*innen dabei zu unterstützen, eine reflektierte und selbstständige Meinung herausbilden zu können. Ein Anknüpfungspunkt kann die ‚body positivity' Bewegung sein, die beispielsweise in den sozialen Medien zu finden ist, da sie den Schwerpunkt auf ein natürliches Auftreten in den sozialen Netzwerken setzt. Anhänger*innen dieser Bewegung bearbeiten ihre Bilder bewusst nicht oder kaum und stellen ihre individuelle Erscheinung in den Vordergrund. Sie sind gegen stark retuschierte Bilder, wie sie meist von einflussreichen Influencer*innen verbreitet werden und somit ein scheinbares makelloses Auftreten (keine Hautunreinheiten, schlanke, sportliche Figur) als Norm suggerieren. Somit

wird versucht, ein realistisches Körperbild in den Medien zu etablieren und das Akzeptieren des eigenen Körpers zu fördern.

Kooperationen zwischen Schule und Menschen, die sich im professionellen Kontext mit Anorexia Nervosa beschäftigen, können von hoher Bedeutung sein: Behandelnde Therapeut*innen, Mediziner*innen oder Sozialarbeiter*innen, die mit von Anorexie betroffenen Menschen arbeiten, könnten von ihren Erfahrungen berichten und somit das Thema gezielt in den Fokus stellen (Interview 5: 220ff.). Ein Beispiel für Bildungs- und Präventionsmaßnahmen ist das Programm „Leben hat Gewicht" der Caritas. Dieses Programm, welches mit der Initiative „Leben hat Gewicht – Gemeinsam gegen den Schlankheitswahn" des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt wurde, „beinhaltet die Auseinandersetzung mit dem gestörten Essverhalten, Informationen zu gesundem Essverhalten, Aufbau einer Veränderungsmotivation, Entwicklung einer Krankheitseinsicht mit Bewusstheit über die Funktionalität der Essstörung und Hilfen für eine verbesserte Gefühlsregulation" (Suchthilfe Aachen 2020).

Auch wenn dieses Programm speziell für Betroffene entwickelt wurde, bietet es eine Basis, um in angepasster Form an Schulen oder Einrichtungen durch die Soziale Arbeit Einsatz zu finden oder ein daran angelehntes Konzept zielgruppengerecht entwickeln zu können.

3. Erwachsenenbildung

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der sich aus den Ergebnissen ziehen lässt, ist die Elternarbeit und Erwachsenenbildung. Es wird deutlich, dass viele Eltern sich überfordert fühlen und nicht wissen, wie sie mit einer Anorexie-Erkrankung ihrer Familienmitglieder umgehen können (vgl. S. 32; 36; 39). Aber auch Lehrer*innen fehlt es häufig an notwendigem Wissen bzw. Handlungsmöglichkeiten, um adäquat mit dem Thema Essstörung umgehen zu können (Interview 2: 158ff.). Jene Hilflosigkeit drückt sich beispielsweise in übereilten Aktionen, Distanzierung oder Verharmlosung aus (Interview 1: 153ff.; Interview 8: 244ff.). Ähnlich zur Aufklärungsarbeit für Kinder ist es notwendig, niederschwellige Angebote einzurichten, an die sich Eltern und Bezugspersonen wenden können. Da die Anorexia Nervosa meist in einer Phase auftritt, in der die betroffenen Menschen zur Schule gehen, können deren Eltern innerhalb dieses Kontextes gut erreicht werden. Hier wäre erneut eine

flächendeckende Schulsozialarbeit von Bedeutung, um Informationsabende, Seminare und regelmäßige Gespräche bei Bedarf anzubieten. Hierzu bieten sich erneut Kooperationen an: Behandelnde Therapeut*innen, Mediziner*innen oder Sozialarbeiter*innen, die mit von Anorexie betroffenen Menschen arbeiten, könnten in den geschaffenen Räumen von ihren Erfahrungen berichten und somit das Thema ins Zentrum stellen. Dadurch kann ein Raum geschaffen werden, um sowohl über diese Thematik aber auch über andere psychische Erkrankungen zu sprechen und diese als relevante Gesellschaftsthemen anzuerkennen.

4. Lebensqualität

Ein weiters Thema kristallisiert sich aus dem in Kapitel 4 beschriebenen Forschungsstand heraus. Bisher gibt es keine einheitliche Möglichkeit zur Messung der Lebensqualität (vgl. de la Rie et al. 2007: 14). So wurden in Kapitel 4 verschiedene Methoden zur Datenerhebung (WHOQOL, SEIQOL, CIA) vorgestellt. Verschiedene Instrumente mit unterschiedlichen Schwerpunkten sind wichtige Datenquellen, um die Lebensqualität zu messen (ebd. 19). Diese Komplexität in seinen Einzelheiten zu erforschen ist allerdings nicht ausreichend, um ein aussagekräftiges Gesamtbild zu erstellen. Dazu wird ein theoretischer Hintergrund benötigt, den die oben genannten Messmethoden in der Definition der WHO entnehmen. Dieser ist allerdings hauptsächlich nach medizinischen Maßstäben verfasst, obwohl soziale oder religiöse Aspekte berücksichtigt werden müssen. Ein umfassenderer theoretischer Ansatz ist dahingehend bei Martha Nussbaum zu finden (vgl. Nussbaum 2015: 41ff.). Die Liste der von ihr beschriebenen Fähigkeiten ermöglicht es, die erhobenen Daten zur Lebensqualität in Beziehung zueinander zu setzen. Wissenschaftspolitische relevante Aussagen können erst unter Berücksichtigung eines umfassenden theoretischen Fundaments erhoben werden. Wonach soll sich jener Wertemaßstab richten? Auf welche Bedürfnisse und Umstände wird Bezug genommen und ist es überhaupt möglich, Lebensqualität zu quantifizieren und eine Evidenz zu verschaffen? Diese Fragen müssen geklärt werden, um den Bedürfnissen von Anorexie betroffenen Menschen Beachtung zu schenken und diesen schließlich gerecht werden zu können. Dies wäre unter Bezugnahme des „Capabilities Approach“ zu erreichen. Eine qualitative Erhebung, wie sie in dieser Arbeit durchgeführt wurde, ist notwendig, um die Messinstrumente zu verfeinern, um dadurch eine Steigerung

der theoretischen Qualität sowie eine höhere politische Gewichtung zu erzielen (vgl. Kock 2013: 119f.; de la Rie et al. 2007: 19).

Es ist somit notwendig die Diskussion weiterzuführen, wie ein selbstbestimmtes Leben für alle Menschen nicht nur möglich wird, sondern ebenso wonach sich dieses Leben bemessen oder orientieren kann. Diese Diskussion ist international zu führen und hat zwingend eine multidisziplinäre Perspektive einzunehmen. Dies schließt auch die Frage nach Ethik und Moral mit ein.

10. Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association (2013): Diagnostische Kriterien DSM-5. Deutsche Ausgabe herausgegeben von Peter Falkai und Hans-Ulrich Wittchen. Göttingen: Hogrefe.

BARMER (2018): Magersucht nimmt zu, andere Essstörungen nehmen ab. https://www.barmer.de/presse/bundeslaender-aktuell/sachsen/aktuelles-/essstoerung-sachsen-magersucht-153418 [Stand: 21.07.2020].

Behrens, Melanie (2019): Zur Reproduktion von Kategorisierungen in der Migrationsforschung In.: Klomann, Verena /Frieters-Reermann, Norbert /Genenger-Stricker, Marianne /Sylla. Nadine (Hrsg.): Forschung im Kontext von Bildung und Migration. Kritische Reflexionen zu Methodik, Denklogiken und Machtverhältnissen in Forschungsprozessen. Springer VS. 63-74

Böhnisch, Lothar (2012): Lebensbewältigung In.: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Auflage. VS Verlag

De Gruyter, Walter (2014): Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. 266., aktualisierte Auflage. Berlin/ Boston: De Gruyter

DeJong, Hannah/Oldershaw, Anna/Sternheim, Lot/ Samarawickrema, Nelum/ Kenyon, Martha D./ Broadbent, Hannah/ Lavender, Anna/ Startup, Helen/ Treasure, Janet/Schmidt, Ulrike (2013): Quality of life in anorexia nervosa, bulimia nervosa and eating disorder not-otherwise-specified. In: Journal of Eating Disorders. 1 – 43 https://jeatdisord.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/2050-2974-1-43 [Stand: 30.09.2020]

Deutsches Ernährungsberatungs-& -informationsnetz (2020): Setpoint-Theorie. http://www.ernaehrung.de/tipps/essverhalten/essverhalten14.php [Stand: 19.08.2020].

Elliott, Haley/ Jones, Payton J./Schmidt, Ulrike (2019): Central Symptoms Predict Posttreatment Outcomes and Clinical Impairment in Anorexia Nervosa. A Network Analysis. Clinical Psychological Science https://paytonjjones.files.wordpress.com/2019/11/2019-central-symptoms-predict-posttreatment-outcomes-and-clinical-impairment-in-anorexia-nervosa-elliott-jones-schmidt.pdf [Stand: 30.09.2020]

Feldmann, Mattew/ Meyer, Ilan (2007): Eating Disorders in Diverse Lesbian, Gay, and Bisexual Populations https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2080655/ [Stand: 19.08.2020]

Friebertshäuser, Barbara (1997): Interviewtechniken – ein Überblick. In: Friebertshäuser, Barbara / Prengel, Annedore (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft; Weinheim/ München; Juventa, 371-395

Frieters-Reermann, Norbert/ Genenger-Stricker, Marianne /Klomann, Verena/ Sylla, Nadine (2019): Resümee. Perspektiven für einen sensiblen Umgang mit forschungsethischen und methodologischen Herausforderungen. In.: Klomann, Verena /Frieters-Reermann, Norbert /Genenger-Stricker, Marianne /Sylla, Nadine (Hrsg.): Forschung im Kontext von Bildung und Migration. Kritische Reflexionen zu Methodik, Denklogiken und Machtverhältnissen in Forschungsprozessen. Springer VS. 195-206

Gerards, Marion (2018): Kulturelle Teilhabe und Teilgabe als Herausforderungen und Potentiale Sozialer Kulturarbeit in der Migrationsgesellschaft. In: Spetsmann-Kunkel, Martin (Hrsg.): Kultur interdisziplinär. Eine Kategorie in der Diskussion. Verlag Barbara Budrich. Opladen. Berlin. Toronto. 83-116

Groß, Dominik (2000): Zwischen Theorie und Praxis: Traditionelle und aktuelle Fragen zur Ethik in der Medizin; Würzburg; Königshausen & Neumann Verlag

Habermas, Tilmann (2015): Klassifikation und Diagnose: Eine historische Betrachtung. In: Herpertz, Stephan/ de Zwaan, Martina/ Zipfel, Stephan (Hrsg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas. 2. Auflage. Berlin/ Heidelberg: Springer. 4-9.

Holtkamp, Kristian/ Herpertz-Dahlmann, Beate (2005): Anorexia und Bulimia nervosa im Kindes- und Jugendalter. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 102. Heft 1–2. 50-58

Hopf, Christel (2013): Qualitative Interviews: ein Überblick. In: Flick, Uwe / Kardoff, Ernst v. / Steinke, Ines (Hrsg.): Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch. 10. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 349-360

Hurrelmann, Klaus (2006): Einführung in die Sozialisationstheorie. 9. Unveränderte Auflage. Weinheim und Base. Beltz

Kahl, Yvonne (2016): Inklusion und Teilhabe aus der Perspektive von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Köln. Psychiatrie Verlag

Klinik am Korso (2020): Was bedeutet Magersucht?
https://www.klinik-am-korso.de/essstoerungen/magersucht-anorexie/#
[Stand: 23.07.2020]

Kock, Anke (2013): Über das Erleben von Magersucht. Eine psycho-morphologische Studie zur Anorexia Nervosa
https://bonndoc.ulb.uni-bonn.de/xmlui/handle/20.500.11811/5584
[Stand: 30.09.2020]

Kowal, Sabine / O‘Connell, Daniel (2013): Zur Transkription von Gesprächen. In: Flick, Uwe / Kardoff, Ernst v. / Steinke, Ines (Hrsg.): Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch. 10. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 437–446

Lamnek, Siegfried (2010): Qualitative Sozialforschung; 5., überarbeitete Auflage; Weinheim/ Basel: Beltz

Mashalpourfard, Marzieh (2018): Relationship of social anxiety, body image perception and depression with bulimia nervosa and anorexia nervosa. In youth.Journal of Fundamentals of Mental Health. 20(2): 138-47
http://jfmh.mums.ac.ir/jufile?ar_sfile=280368 [Stand 30.09.2020]

Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim und Basel: Beltz

Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken 12., überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz

Mayring, Philipp (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 6. Auflage. Weinheim/ Basel: Beltz

Nussbaum, Martha Craven (2015): Fähigkeiten schaffen: Neue Wege zur Verbesserung menschlicher Lebensqualität. Freiburg /München: Verlag Karl Alber

Ralph-Nearman Christina/ Achee Margaret/ Lapidus Rachel/ Stewart Jeniffer L./Filik, Ruth (2019): A systematic and methodological review of attentional biases in eating disorders. Food, body and perfectionism. Brain Behavior. 9
https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/brb3.1458 [Stand: 30.09.2020]

Resmark, Gaby (2015): Verhaltenstherapeutische Modellvorstellungen. In: Herpertz, Stephan/ de Zwaan, Martina/ Zipfel, Stephan (Hrsg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas. 2. Auflage. Berlin/ Heidelberg: Springer. 80-84.

de la Rie, Simone/ Noordenbos, Greta/ Donker, Marianne/ van Furth, Eric (2007): The Patient's View on Quality of Life and Eating Disorders. International Journal of Eating Disorders 40:1
https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/eat.20338 [Stand: 30.09.2020]

Schmidt, Christiane (2013): Analyse von Leitfadeninterviews. In: Flick, Uwe / Kardoff, Ernst v. / Steinke, Ines (Hrsg.): Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch. 10. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 447–456

Schultheiß, Nicolas Felix (2011): Langzeitverlauf der adoleszenten Anorexia nervosa. Heilungserfolg, psychiatrische Komorbidität, Lebensqualität und Funktionsniveau 8 Jahre nach Krankheitsbeginn
https://freidok.uni-freiburg.de/fedora/objects/freidok:8556/datastreams/FILE1/content [Stand: 30.09.2020]

Staub-Bernasconi, Silvia (2009): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. In: Birgmeier, Bernd/Mührel, Eric (Hrsg.) (2009): Die Sozialarbeitswissenschaften und ihre Theorien: Positionen, Kontroversen, Perspektiven. Wiesbaden. Vs Verlag S. 131-146

Suchhilfe Aachen: Leben mit Gewicht. Essstörung- Eine Sucht?
http://www.suchthilfe-aachen.de/angebote/essstoerungen/leben-hat-gewicht/
[Stand: 14.08.2020]

Teufel, Martin/ Zipfel, Stephan (2015): Klinische Aspekte der Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa im Erwachsenenalter. In: Herpertz, Stephan/ de Zwaan, Martina/ Zipfel, Stephan (Hrsg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas. 2. Auflage. Berlin/ Heidelberg: Springer. 16-19.

The WHOQOL Group (1998): Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. In: Psychological Medicine. 28. S. 551-558.
https://depts.washington.edu/uwcssc/sites/default/files//hw00/d40/uwcssc/sites/default/files/WHO%20Quality%20of%20Life%20Scale%20%28WHOQOL%29.pdf
[Stand: 30.09.2020]

Universität München (2020): Anorexia Nervosa: Magersucht.
https://www.kjp.med.uni-muenchen.de/klinik/ess_anorexia.php?print=1#7
[Stand: 23.07.2020]

Zehetner, Bettina (2019): Konstruktionen und Kulturen von Krankheit aus Gender-Perspektive. Psychotherapie Forum. 23. 11–17
https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00729-019-0110-5.pdf
[Stand: 30.09.2020]

Zehetner, Bettina (2011): Performativität von Krankheit und Geschlecht. Gender Troubel und feministische psychosoziale Beratung
http://sammelpunkt.philo.at/2227/1/Performativitaet_Krankheit_Geschlecht_Bettina_Zehetner.pdf [Stand: 30.09.2020]

Žiljak, Tihomir (2018): Soziale Teilhabe
http://de.danube-networkers.eu/tatigkeitsfelder/soziale-teilhabe/
[Stand: 30.09.2020]

Anlagen

Anhang 1 – Leitfadeninterview Expert*innen/Betroffene……..…...68

Anhang 2 – Datenschutzerklärung…….70

Anhang 3 – Kodiersystem nach Mayring ……..72

Anhang 4 – Transkriptionen der Interviews 1-8…….75

Anlage 1 - Leitfadeninterview Expert*innen

Forschungsprojekt: Soziale Teilhabe und Anorexie

Leitfadeninterviews *Expert*innen*

1. Einleitend/ Allgemein
   1.1. Würden Sie mir bitte einmal schildern, wie sich Ihre Arbeit mit den Anorexie-Patient*innen gestaltet und was die Ziele Ihrer Arbeit sind?
   1.2. Würden Sie mir bitte einmal schildern, wie Sie die von Anorexie Betroffenen wahrnehmen und was diese auszeichnet?
   1.3. Nach welchen Kriterien definieren Sie in Ihrer Einrichtung Anorexie?

2. Umfeld/ soziale Kontakte
   2.1. Wie geht das Umfeld der Betroffenen in der Regel ihrer Erfahrung nach mit der Situation um?
   2.2. Inwiefern gibt es Unterstützung / Hilfen / (Un-)Verständnis aus dem Umfeld?
   2.3. Welchen Einfluss haben Angebote wie Beratungsstellen und die Schulsozialarbeit?

3. Chancen und Probleme
   3.1. Welche Schwierigkeiten erleben Menschen, die an Anorexie erkrankt sind? Wie äußert sich das? In welchen Situationen?

   3.2. Bereiche:
   Können sie mir sagen, inwiefern die Anorexie sich auf den Alltag der Betroffenen auswirkt/auswirken kann?

Beziehungen und soziale Kontakte

- Elternhaus
- Kernfamilie vs. Erweiterte Familie
- Peergroup
- Intime Beziehungen
- Familienalltag

Ausbildung und Arbeit

- Schule/ Studium
- Leistungsdenken

Freizeit und Alltag

- Freizeitgestaltung / Hobbys und Interessen
- Alltagsbewältigung (Einkaufen)
- Politisches Engagement(?)
- Eingebundenheit in (Unterstützungs-)Systeme

Janina Nett, Laura Maren Michel, Anna Mührmann, Thomas Pörner

3.3. Ressourcen

3.3.1. Gibt es Positives, was Betroffene aus der Erkrankung mitnehmen können?

3.4. Diagnose

3.4.1. Sind Sie der Meinung, dass die Diagnosestellung „Anorexie" eher zu Inklusion oder Exklusion der Betroffenen führt?

4. Schluss

4.1. Was würden Sie sich wünschen, wie die Gesellschaft mit dem Thema und betroffenen Personen umgehen könnte/sollte?

4.2. Gibt es noch etwas, was Sie noch sagen möchten? Haben wir etwas Relevantes vergessen?

Leitfadeninterviews Betroffene

1. Einleitend/ Allgemein

Wie erleben/ erlebten Sie ihren Alltag mit der Anorexie?

- Alter der akuten Krankheitsphase
- (Verlauf)/ Einfluss

2. Umfeld/ soziale Kontakte

2.1 Wie ist Ihr Umfeld mit der Situation umgegangen?
2.2 Inwiefern haben Sie Hilfen/ Unterstützung/ Verständnis erfahren?
2.3 Welche Personen aus Ihrem Umfeld wussten von Ihrer Erkrankung und wie sind diese damit umgegangen?

3. Auswirkungen auf den Alltag

3.1 Wie hat sich Ihr Alltag konkret gestaltet?
3.2 Was hat Ihnen in der Zeit der Akutphase der Erkrankung gefehlt?
3.3 Was hat Ihnen in dieser Zeit gutgetan?
3.4 Haben Sie Einschränkungen, Probleme und Schwierigkeiten erlebt? Wenn ja in welchen Situationen?

3.5 Wie hat sich die Anorexie auf die folgenden Bereiche ausgewirkt?

3.5.1 **Beziehungen und soziale Kontakte**
- Elternhaus
- Kernfamilie vs. Erweiterte Familie
- Peergroup
- Intime Beziehungen
- Familienalltag

3.5.2 **Ausbildung und Arbeit**
- Schule/ Studium
- Leistungsdenken

3.5.3 **Freizeit und Alltag**
- Freizeitgestaltung / Hobbys und Interessen
- Alltagsbewältigung (Einkaufen)
- Politisches Engagement(?)
- Eingebundenheit in (Unterstützungs-)Systeme

3.6 Gab es etwas, was Sie aus der Zeit mit der Anorexie gelernt haben oder mitnehmen konnten? Wenn ja was? (gibt es etwas, was aktuell noch hilfreich ist?)

4. Haben Sie sich durch die **Diagnosestellung** eher integriert oder ausgeschlossen gefühlt? (bezogen auf die oben genannten Teilbereiche)

4.1 Was würden Sie sich zukünftig für Betroffene wünschen?
4.2 Gibt es noch etwas, was Sie noch sagen möchten? Haben wir etwas Relevantes vergessen?

Janina Nett, Laura Maren Michel, Anna Mührmann, Thomas Pörner

Anlage 2 - Datenschutzerklärung

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Mit dieser Erklärung stimme ich zu, dass die Ergebnisse aus der Zusammenarbeit mit der Forschungsgruppe (Frau Laura Maren Michel, Frau Janina Nett, Herr Thomas Pörner und Frau Anna Mührmann) innerhalb des Interviewkontextes im Rahmen des Forschungsprojektes *Soziale Teilhabe und Anorexie* für folgende Zwecke verwendet werden dürfen:

- Die Forschungsgruppe darf die Ergebnisse aus dem geführten Interview in anonymisierter Form für die schriftliche Ausführung ihres Forschungsprojektes verwenden.
- Die Forschungsgruppe darf die Ergebnisse in anonymisierter Form in Präsentationen bezüglich ihres Forschungsprojektes aufführen.
- Die Ergebnisse der Zusammenarbeit dürfen in anonymisierter Form Dritten vorgestellt werden.
- Alle im Rahmen des Forschungsprojektes erhaltende Dokumente/Dateien dürfen von der Forschungsgruppe für die Entwicklung ihres Forschungsprojektes verwendet werden.
- Tonaufnahmen dürfen für die schriftliche Ausführung verwendet werden.

Das Einverständnis gilt für alle Veröffentlichungen im Kontext des empirischen Forschungsprojektes *Soziale Teilhabe und Anorexie* im Studiengang Soziale Arbeit M.A. mit dem Schwerpunkt Bildung und Teilhabe an der Katholischen Hochschule in Aachen.

Die Begleitung des Forschungsprojektes liegt bei:

Herrn Professor Doktor Norbert Frieters-Reermann, Professor an der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Aachen und Herrn Professor Doktor Martin Spetsmann-Kunkel, Professor an der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Aachen.

Die Verantwortlichen tragen dafür Sorge, dass die erhobenen Daten streng vertraulich behandelt werden und ausschließlich zum vereinbarten Zwecke verwendet werden.

Name; Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Geboren am: _____

In: _____

Aachen, den 27. November 2019_____

Anlage 3 - Kodiersystem nach Mayring

Kodiersystem nach Mayring

Hauptkategorie	Subkategorie 1	Subkategorie 2
Entstehung		Druck
		Gefühl der Selbstwirksamkeit
		Kontrolle
		Leistungsorientierung
		Zwanghaftigkeit
		Einschränkungen
		Emotion
		zeitliche Einordnung
Chancen und Probleme	Schule und Arbeit	Druck
		Kontrolle
		Leistungsorientierung
		Zwanghaftigkeit
		eingeschränkte Funktionsfähigkeit
		Unterstützung
		Überforderung
		Einschränkungen
		Emotion
		Positives
	Elternhaus, Familienalltag	Druck
		Kontrolle
		Zwanghaftigkeit
		Unterstützung
		Überforderung
		Einschränkungen
		Emotion
	Peergroup	Druck
		Gefühl der Selbstwirksamkeit
		Kontrolle
		Zwanghaftigkeit
		eingeschränkte Funktionsfähigkeit
		Unterstützung
		Überforderung
		Einschränkungen
		Emotion
		Positives
	Intime Beziehungen	Kontrolle
		Zwanghaftigkeit
		eingeschränkte Funktionsfähigkeit

		Unterstützung
		Überforderung
		Einschränkungen
		Emotion
	Freizeitgestaltung	Druck
		Gefühl der Selbstwirksamkeit
		Kontrolle
		Leistungsorientierung
		Zwanghaftigkeit
		eingeschränkte Funktionsfähigkeit
		Einschränkungen
		Emotion
	Leistungsdenken	Druck
		Kontrolle
		Leistungsorientierung
		Zwanghaftigkeit
		eingeschränkte Funktionsfähigkeit
		Einschränkungen
		Emotion
		Positives
	Alltagsbewältigung	Druck
		Gefühl der Selbstwirksamkeit
		Kontrolle
		Zwanghaftigkeit
		eingeschränkte Funktionsfähigkeit
		Überforderung
		Einschränkungen
		Emotion
		Positives
	politisches Engagement	Gefühl der Selbstwirksamkeit
		Kontrolle
		Einschränkungen
		Emotion
		Positives
Diagnostik		Druck
		Gefühl der Selbstwirksamkeit
		Kontrolle
		Leistungsorientierung
		Zwanghaftigkeit

		eingeschränkte Funktionsfähigkeit
		Unterstützung
		Überforderung
		Einschränkungen
		Emotion
		Positives
		Inklusion
		Exklusion
Potenziale und Bedarfe		Umfeld
		Politik
		Medizin
		Betroffene
		sonstige Unterstützungssysteme
professioneller Kontext		Chancen
		Probleme
		Unterstützung
		Überforderung
		Einschränkungen

Anlage 4 - Transkriptionen der Interviews 1-8

Interview 1:

Datum des Interviews:	27.11.2019
Ort des Interviews:	Psychiatrie
Dauer des Interviews:	37 Minuten
Interviewende*r:	Laura Maren Michel, Janina Nett
Indikator der/des Interviewenden:	I1, I2
Beruf der/des Interviewenden:	Studierende (Soziale Arbeit, M.A.)
Indikator der/des Interviewten:	A
Beruf der/des Interviewten:	Fachärzt*in für Psychiatrie

A: Also ich weiß ja auch nicht was kommt, es kann ja sein, dass ich etwas sage, was aufgenommen wird, was erstmal keinen Sinn ergibt [lacht] (00:00:20-7)

I1: Sagt Ihnen der Begriff teilnarratives Interview was? (00:00:20-7)

A: Bitte? (00:00:21-5)

I1: Teilnarratives Interview (00:00:25-0)

A: (ähm) grob, ja (00:00:28-3)

I1: Sollen wir es kurz erklären? Also wir haben einen Leitfaden erstellt, für das Interview, der ist aber sehr allgemein gehalten, wir haben uns aber (ne) das aufgeschrieben, worauf wir hinaus wollen, aber wir würden Sie erstmals erzählen lassen und dann gucken was kommt und auf welche Punkte wir weiter eingehen möchten (00:00:50-7)

A: Ok ja (00:00:49-7)

I1: Deshalb würden wir Sie bitten, einfach zu erzählen und ja (00:00:57-8)

A: Sie ergänzen dann die Punkte quasi? (00:00:55-8)

I2: Die erste Frage ist auch direkt im Prinzip zum Erzählen. Dass Sie vielleicht erzählen können, wie sich Ihre Arbeit mit den Anorexie-Patient*innen gestaltet und was die Ziele Ihrer Arbeit hier sind? (00:01:10-6)

A: (mmh) Ja gut, generell die Ziele: Also die Arbeit (ähm) ist schwierig

in Bezug auf die Teilhabe an der Gesellschaft, (ähm) gut, die Behandlungsziele sind ja generell erstmal ein (?) (00:01:23-3) des Gewicht und vielleicht auch das Erreichen von Nicht- also da gibts ja auch eine hohe Mortalität letztendlich bei Anorexie und da sterben letztendlich schon viele dran im Vergleich zu anderen psychischen Störungen denke ich, obwohl wir das jetzt hier eigentlich nicht sehen, weil sie behandelt werden, aber ich denke, dass man versucht, also, die Lebensqualität von den (ähm) Patienten hier zu verbessern (ähm), Behandlungsverträge gehören dazu, wie auch für andere psychische Störungen hier auf der Station, dann. Kann ich nochmal ganz kurz die Frage hören? (00:02:00-2)

I2: Klar, im Prinzip, dass Sie bitt einmal schildern, wie sich Ihre Arbeit mit den Anorexie-Patient*innen gestaltet und was die Ziele sind (00:02:06-5)

A: (mmh) generell denke ich ist es sehr schwierig mit dem Krankheitsbild, weil das (ähm) ich glaube, also, Menschen - oder eben junge, vor allem Frauen denke ich, die hier auf der Kra- also wir haben hier eigentlich fast nie Männer, die erkranken (ähm) weil‘s sie so (.) weil es so schwierig <u>behandelbar</u> ist und weil man ja eben auch nur begrenzt <u>Einfluss</u> auf die Menschen hat, und ich denke, letztendlich mit der Behandlung mit der Gewichtszunahme, versucht man, die Lebensqualität zu erhöhen, weil viele ja (..) (mmh) also jedenfalls, (mmh) (..) habe ich das auch in der Institutsambulanz gesehen teilweise wenn die danach angebunden werden, dass sie letztendlich große Schwierigkeiten haben, wieder im geregelten Alltag reinzukommen. Eigentlich auch sehr isoliert sind auch und mit ihrer Krankheit alleine, also (.) (mmh) und teilweise auch (..) das bezieht sich ja auf alle Aspekte. Also sozial isoliert, von Freunden, Kontakten, dann isoliert von einer Arbeit denke ich. Also viele werden auch schon frühberentet, beziehen dann Erwerbsminderungsrenten, dadurch sind sie vielleicht finanziell gesichert, aber ich glaube das isoliert sie weiterhin, weil sie einfach nicht (.) wieder Kontakt (ähm) zu anderen haben, also das ist ja bei ähm- also bei anderen psychischen Erkrankungen auch, aber es kommt denke ich auch drauf an, wie weit die

schon erkrankt sind die Patienten. Also auf das Stadium drauf an. Und die alt sie sind, denn ich glaube anhand davon kann man auch eine Prognose machen. Ich weiß nicht ob das jetzt schon zu viel ist (?) (00:03:36-1)

I2: Super. (00:03:36-1)

A: Ok. (00:03:36-1)

I1: Es ist alles gut, was sie sagen, und wir schreiten dann irgendwann ein [lacht] (00:03:42-8)

A: [lacht] ok (00:03:46-1) (..) (00:03:47-5)

I1: Das heißt Ihre Arbeit gestaltet sich eher (.) schwierig mit den Patient*innen aufgrund dessen, dass die Behandlung einfach schwierig ist? Und (00:03:54-3)

A: (mmh) also was ich jetzt so persönlich sagen kann, ist oft, dass man Behandlungsziele vereinbart und die Behandlung aber dann doch irgendwo abgebrochen wird. Dann gibt es (.) also, es kommt auch also drauf an, es geht ja jetzt nur um anorektische Pateinten, nicht auch wenn bulimische dazu kommen, wo ich meistens den Eindruck habe, dass das bisschen besser behandelbar ist (.) allein schon aufgrund der verschiedenen wahrscheinlich auch (.) Pathogenese denke ich, (mmh) das eine hat mehr mit Emotiona- Emotionsregulation zu tun, wo man vielleicht eher darauf eingehen kann, oder auch grad hier auf der Station besser drauf eingehen kann, das andere ist wirklich sehr (.) sag ich jetzt mal, von innen heraus gesteuert, dass die schon sehr zwanghaft sind, und sehr schwer von außen jemanden zulassen, und auch immer (.) ja sehr zwanghaft sind und man schwer darauf ein- also eingreifen kann. (ähm) Was mir dann einfällt, also ich denke sie sind generell schon <u>schwer</u> behandelbar. Also kommt auch drauf an mit welchem Ausgangsgewicht, welchem BMI man vielleicht anfängt, (ähm) und nicht selten ist es ja auch so, wenn es zu extrem wird, dann wird immer die Frage diskutiert, inwieweit kann jemand noch Verantwortung übernehmen? Wird eine gesetzliche Betreuung diskutiert? (ähm) Eine Gesundheitsfürsorge oder wofür auch immer, und dann ja gut, im Endeffekt, das haben wir hier selten,

aber es kann schon sein, dass jemand wieder auf eine geschützte Station kommt, weil es einfach zu niedrig wird oder zu gefährlich oder die Patientin vorher, wo es dann vielleicht in so einem Grenzbereich ist, die Behandlung einfach abbrechen und man da so hilflos ist, weil man da sehr schwer einfach helfen kann, weil die (..) so von ihrer Denkweise da irgendwie (ja) überzeugt sind, dass man da einfach nur schwer auch Einfluss hat finde ich, weil sie sehr schwer auch (.) jedenfalls empfinde ich das so, ich habe jetzt natürlich auch nicht jahrelange Erfahrung mit (ähm) ne anorektischen Pateinten. Aber, ich finde es generell schwierig, einen Zugang zu finden, weil (.) sie auch sehr (..) (ähm) nicht egozentrisch sind, aber doch sehr auf sich fokussiert und wenig(.) ja (.) zugänglich einfach. (00:05:51-9)

I1: OK (00:05:51-9)

(..) (00:05:54-1)

I1: (ähm), nach welchen Kriterien definieren sie hier Anorexie? Also ich denke nach dem ICD, oder? (00:06:00-3)

A: Ja (.) Nach dem ICD (00:06:02-2)

I1: Genau (mmh) (00:06:04-1)

A: (mmh)(00:06:04-4)

Also die genauen BMIs müsste ich jetzt nachgucken, aber gut [lacht] (00:06:12-7)

I1: Ok, (...) Dann würden wir zum zweiten Punkt gehen (00:06:17-1)

I2: Dann würden wir zum zweiten Punkt gehen Können Sie uns denn sagen, wie das Umfeld der Betroffenen in der Regel mit der Situation umgeht? Von den Patientinnen, hier sind? (00:06:24-9)

A: (mmh) Ich glaube das ist auch ganz individuell, unterschiedlich, kommt drauf an, wenn jemand (..) ja (mmh) das ist wirklich sehr unterschiedlich. Also ich denke, das Umfeld ist generell hilflos, egal in welchem Umfeld vielleicht jemand aufgewachsen ist, also das elterliche oder jetzt, wenn jemand eher mit Bekannten in dem Kreis. Ich glaube sie isolieren sich schon, die betroffenen Patienten, früh von Bekannten und Familie und lassen auch niemanden zu. Dass die

meisten, denke ich, einfach hilflos sind und mit ansehen, wie die Erkrankung weiter fortschreitet und man so wenig machen kann, weil das auch (.) ja auch sie für sich eine Entscheidung getroffen haben, dass sie keine Hilfe annehmen und auch immer wieder (.) ja doch schwer zu erreichen sind im Kontakt, finde ich eigentlich. (..) (mmh) und ich denke es gibt viele, die ein eigentliches Umfeld haben, abgesichert auch sind, andererseits gibts auch welche, die wo man teilweise schon auf der Kindheit da, ja Probleme sehen kann und dasda sind vielleicht auch eine gewisse Zwanghaftigkeit auch bis dahin schon oder eine gewisse Persönlichkeits- naja sag ich mal (ähm ja) keine Störung, oder keine Akzentuierung, aber schon irgendwie Merkmale dass man sagt, die sind besonders zwanghaft. Oder wir hatten letztens auch jemanden wo dann jemand sagte, sie war auch im Kindesalter oder in der Schule schon sehr planbar immer, es musste alles nach einem bestimmten Schema ablaufen und das sieht man häufig, dass das auch mit (.) anorektischen Patienten vorkommt. Denke ich. (00:07:49-2)

I1: (mmh) (ähm) Sie haben gesagt, dass es eine große Hilflosigkeit gibt, (00:07:55-9)

A: (zustimmendes mh) (00:07:56-2)

I1: Und dass aber Familienangehörige, Freunde, versuchen, die Patientinnen zu unterstützen, (ähm) gibt es da häufig auch eine Art Unverständnis? Oder also würden Sie sagen, eher Unverständnis oder Verständnis von Seiten der Angehörigen und wieweit ist es möglich, Hilfen anzubieten und- (00:08:19-5)

A: Mh, also dass die Angehörigen quasi Unverständnis für die Erkrankung oder für den Patienten haben? (00:08:25-7)

I1: Ja (00:08:27-4)

I2: Oder Verständnis- je nach dem. Also inwiefern erleben Sie das bisher? (00:08:30-8)

(..) (00:08:33-1)

A: Also wie gesagt, diese Hilflosigkeit finde ich steht schon im Vordergrund und ich glaube eher Unverständnis letztendlich, weil es rational gesehen, können sie ja die Gründe nennen, warum es besser ist,

jetzt ein gesundes Gewicht zu haben oder ein normales Gewicht. Wie auch immer. Aber dann ab einem gewissen Punkt zeigt sich dann schon Unverständnis und kommen eben auch oder sind die Hilfen scheinbar nicht ausreichend oder ist die Familie auch einfach überfordert, denke ich, in dem Moment. (ähm) Also, ich glaube viele versuchen dann auch teilweise schon dadurch, dass dann teilweise auch Probleme entstehen auch in der Familie systemisch auch in dem Ganzen versucht, dass man versucht, den Patienten aus der Familie rauszunehmen, oder in ne Wohngruppe, das damit gibts positive und negative Erfahrungen denke ich und (.) dass danach - ich denke aber auch ganz versuchen, Familien jedenfalls in relativ intakten Familien, schon auch soweit es geht auch in ihrer Familie zu unterstützen. Aber irgendwann ist glaub ich die Verantwortung auch zu groß für die Angehörigen und dann sagen sie "Ja jetzt ist ein kritisches Gewicht erreicht" und es kommen einfach Ängste hinzu, dass sie auch einfach körperlich nicht mehr (.) sich auch irgendwann sich gefährden und dann (ähm) kommen die denke ich dann hört das Verständnis auf, spätestens ab dem Punkt. (00:09:49-1)

(.) (00:09:49-1)

I1: Ok, Sie haben angesprochen, dass Unterstützungsangebote wie Wohngruppen oder (ähm) sowas aufgesucht werden können, (ähm) gibt es auch Kontakte zu Beratungsstellen, zur Schulsozialarbeit, oder zu anderen Unterstützungsangeboten? Wissen Sie das? (00:10:08-7)

A: Das weiß ich so genau jetzt gar nicht, das wüsste wahrscheinlich unser Sozialdienst besser [lacht] aber (ähm) hab‘ ich jetzt ehrlich gesagt auch noch nie die Patienten so spezifisch gefragt ab wann sie sich wo Hilfe gesucht haben, das muss ich sagen das weiß ich gar nicht genau. Also könnte ich mir vorstellen, dass das in der Schule je nachdem wann es anfängt, wenn es mit 10 12 anfängt schon in der Schule oder so auffällt und da Vertrauenslehrer- aber ich weiß nicht, inwieweit das ausgebaut ist. Also ich glaub (mmh) am ehesten in der Schule auffällt, vielleicht im Sportunterricht oder generell ja wenn‘s dann irgendwo ums Essen geht- Das kommt dann auf die Schule

wahrscheinlich drauf an, ob man da zusammen isst oder nicht, (ähm) weiß ich aber tatsächlich nicht, eigentlich gar nicht, wie das geregelt ist (00:10:55-3)

I1: Ok, macht nichts. (00:10:58-1)

I2: Dann sind wir sogar schon beim dritten Punkt. (mmh) Da würden wir von Ihnen gerne wissen, welche Schwierigkeiten Menschen, die an Anorexie erkrankt sind, erleben. (00:11:06-5)

A: (mmh) Welche Schwierigkeiten jetzt- (00:11:07-8)

I2: Was das Krankheitsbild quasi als Schwierigkeiten und Herausforderungen für die Menschen (äh) bedeutet (00:11:14-7)

A: (fragendes mh) (00:11:14-7)

I1: also zum einen natürlich auf der personalen und (ähm) physiologischen Ebene, aber halt auch auf der Sozialen (ja) (00:11:22-2)

A: Ich glaub, anfangs ist es vielleicht, ich bin jetzt nicht der Experte, aber anfangs kann ich mir vorstellen, dass es meistens auch Personen sind, die sehr <u>zwanghaft</u> sind, die alles perfekt machen wollen, das heißt die sich selbst einen großen Druck erstmal aufbauen und allen anderen vielleicht auch und dann auf das Essen und erstmal denke ich, dass die das Gefühl haben, wie gesagt, das kommt ja auch vom Krankheitsbild, dass sie eher eine Kontrolle haben über sich selbst und vielleicht vorher in anderen Bereichen weniger Kontrolle oder gemerkt haben, dass sie da Dinge nicht beeinflussen können und das Gesicht (äh) das Gewicht können sie (ähm,) das gaukelt denen die Erkrankung so ein bisschen vor, dass sie quasi die Kontrolle über das Gewicht haben, was sie dann im Verlauf gar nicht haben. Ich denk, dass es im Verlauf ja zu Isolation führt, vielleicht vorher auch zu nem (äh) bestimmten Ideal, was sie erfüllen wollen, weil sie vielleicht vorher nicht <u>anerkannt</u> sind und häufig resultiert es daraus ja auch, dass vielleicht die Kinder die ein bisschen mehr gewogen haben, <u>Mobbing</u> oder irgendwelche negativen Erfahrungen, dass dann wieder umschlägt in diesen extremen Zwang, (ähm) und sie sich wahrscheinlich erst anpassen <u>wollen</u> um akzeptiert zu werden, weil sie sich erst zurückgewiesen fühlen und dadurch immer mehr den Fokus (ja) aufs Äußerliche legen, auf das Körperbild, und dann das,

aber letztendlich glaub ich führt sie das eher in eine Isolation, weil sie sich immer mehr mit sich beschäftigen (.), wenig auch glaub ich für andere (mmh) im Verlauf Interesse aufbringen können, weil sie doch sehr mit der Krankheit irgendwie eingenommen sind und sich gar nicht mehr so auf andere fokussieren also, das fällt schon auf im Vergleich zu anderen Erkrankungen, dass man da wenig, dass man da doch im Verlauf isoliert wird eigentlich, denke ich. (00:13:01-8)

I1: (mmh) (00:13:04-0)

A: Wie war nochmal die Frage? (00:13:09-9)

I1: welche Schwierigkeiten erleben Menschen, die an Anorexie erkrankt sind? Sie haben gerade das Zwischenmenschliche geschildert, vielleicht können Sie noch grade etwas aus der medizinischen Perspektive- (00:13:19-8)

A: Ja körperlich: Ich glaube, das ist denen ja anfangs auch nicht bewusst, also ich glaube erstmal ist es ja gewünscht, Gewichtsabnahme, es verändert sich, sie kriegen positive Reaktionen, dann aber im Verlauf nehmen sie ab, die Menstruation setzt aus, versteckte Haare, das sind vielleicht auch Sachen, die einfach von außen auffallen, (mmh) Osteoporose-Risiko, generell Mangelernährung, Untergewicht, Vitaminmangel, dass, sodass sie dann im Verlauf auch irgendwelche Hormonpräparate nehmen müssen kennen wir auch, dass sie dann auch quasi bevor dem Erreichen der Menstruation das eigentlich gar nicht passiert oder viel später und ich denke auch, dass sich da die natürliche Entwicklung auch, die körperliche Entwicklung auch, das ganze Körperbild ist ja verzerrt, und die können ja in dem Sinne auch meistens keine normale körperliche Entwicklung durchmachen, sondern es ist irgendwie, man merkt auch, dass sie dann altersentsprechend eher etwas jünger wirken und auch teilweise auch körperlich ich will jetzt nicht sagen zurückgeblieben, aber doch ein bisschen sehr langsam erst da reinkommen (00:14:24-6)

I1: (mmh) und wie wirkt sich dieses (mmh) von der medizinischen Perspektive Gesehene, was Sie gerade beschrieben haben, auf die sozialen Kontakte aus? (00:14:33-8)

A: Auf die sozialen Kontakte. Also wie ich schon sagte, dass sie eher

isoliert sind, aber ich denke auch, dass sie Probleme haben, vielleicht erstmal überhaupt erste so erste sexuelle Erfahrungen zu machen, überhaupt in Kontakt zu kommen mit Gleichaltrigen oder Anders-gesch-lechtigen, ist auch nicht zwangsläufig, kommt sag ich mal auch sehr drauf an, wann das beginnt, also es kann ja auch sein, dass jemand eine normale Entwicklung mitmacht und erst später ein biss-chen dann Essstörung beginnt, also, aber ich denke schon, dass sie im, ich denke schulisch merkt man es erst nicht, aber es wird irgend-wann, dann zeigt sich ja ein großer Unterschied, wenn das jetzt wirk-lich in ein extremes Untergewicht geht und gut, vielleicht ist es sogar auch so, dass sie anfangs eher Bewunderung bekommen von den (ähm) Mit-ähm-ja weiß ich nicht Schülern oder Freunden oder ja und danach wird es aber extremer (hm) (00:15:32-2)

I1: auch so, dass der normale Alltag (ähm) auch aufgrund der körperli-chen Einschränkung nicht mehr so gestaltet werden kann? (00:15:43-3)

A: Ich glaube letztendlich, wenn es fortschreitet schon, wir sehen meis-tens immer noch relativ irgendwo integriert in den Alltag, aber (ähm) ist jetzt auch so, dass ich schon Leute gesehen habe, die dann ein Jahr nicht in der Schule waren, gar nicht mehr weiter machen konn-ten, zuhause sind und sie sehen auch nicht aus dementsprechend, was man jetzt von Menschen in dem Alter erwartet und ja. Schule bleibt zurück, Alltag (.) da kommen wieder Minderwertigkeitskomplexe und sie ziehen sich noch weiter zurück. (00:16:16-0)

I1: (zustimmendes hm) (00:16:17-8)

A: wie war grad nochmal die Frage? Ich habe ein bisschen schlechtes Gedächtnis (00:16:19-9)

I2: Im Prinzip die Auswirkung von der Anorexie auf den Alltag und die Alltagsbereiche (00:16:28-4)

A: Und erst ist es ja meist noch so, dass sie viel Sport treiben, aber ich glaube danach sind sie meistens auch körperlich nicht mehr in der Lage, wenn es wirklich ganz extrem wird, dann wird ja wirklich jede Kalorie gezählt und alles ist nur noch (.) anstrengend, die Stimme wird irgendwie leiser, oder selbst das Sprechen kostet die Kraft. Und

ja genau (..) und der Alltag, der zerbricht eigentlich, also und die Familien sind auch überfordert, weil vielleicht Geschwister da sind, die vielleicht einen normalen Alltag haben, die vergleichen sich mit den Geschwistern, fühlen sich vielleicht auch von denen ausgegrenzt, vielleicht ist es auch, erst so eine Aufmerksamkeit, die sie bekommen, danach aber eher Isolation und weniger Kontakt zu Geschwister und Eltern und ja auch vielleicht auch zu den Mitschülern, denn die wissen ja auch nicht, wie sie damit umgehen sollen oder wenn sie sich Sorgen machen oder generell. (00:17:24-3)

I1: Sie haben eben von Rückzug gesprochen: Also auch, dass sich aus der Peergroup zurückgezogen wird? Dass Kontakte abgebaut werden? (00:17:32-4)

A: Genau, und dann nur noch, vielleicht auch nicht Kontakt in Person, weil je nachdem wie oft sich jemand in Kliniken aufhält und wenn da so Aufenthalte bis zu 8 Monaten ohne Zwischenkontakt, dann nur noch über Handy, wenn überhaupt, und ich weiß nicht, inwieweit die Kontakte da überhaupt abbrechen, weil die Schule wichtigste vielleicht so Zusammenhalt ist in der Zeit ist bricht ja auch alles weg eigentlich. (00:17:56-9)

I1: Die Patienten, die hier auf der Station sind, zum Verständnis, die sind ja meistens nicht mehr in der Schule, oder? (00:18:04-7)

A: (Hmm) Ja, die sind dann nicht mehr in der Schule, aber die (.) haben dann meistens verzögert noch die Schule besucht, das stimmt. Wir haben ja keine (ähm) KJP Patienten. (00:18:13-1)

I1: Und wie wirkt sich das aufs Arbeitsleben aus? Also Wahrscheinlich ähnlich wie auf die Schule, aber (.) ? (00:18:18-5)

A: (Hm) Also, meistens ist es ja so, das die ja gar nicht in der Lage sind, auch wenn sie, sage ich mal, 18 überschritten haben, versuchen sie trotzdem, entweder noch nen Schulabschluss nachzuholen, oder (.) sie brechen das ganz ab und im Extremfall wird dann jemand berentet (ähm) (.) ja, und (.) und die Arbeit, also das was ich- die Kontakte die ich hatte mit Patienten, das war so, dass (.) das meistens auch natürlich komorbide Störungen gab dabei und die dann berentet wurden, letztendlich auch entweder zuhause gewohnt haben (.) aber

dadurch es denen auch nicht besser ging, dass sie berentet wurden sondern eher (.) schlechter, weil sie sich noch isolierter gefühlt haben, da war der wichtigste Ansprechpartner (.) (ähm) ein Tier, ein Hund und Eltern. Und eigentlich Kontakte zu, die sich aber wünschen, die sich aber wünschen, zu anderen (ähm) Gleichaltrigen fällt (.) total weg und fördert eigentlich eher Minderwertigkeitskomplexe wieder. Also (.) ich (.) es muss ja nicht so sein, es gibt aber auch Beispiele, wo ich gesehen habe, dass jemand ne Arbeit hat und auch schon im Arbeitsalltag also (.) meistens kommen da ja älter als 18-jährige und da (.) kann das schon sein, dass die dann schon n Studium gemacht haben oder angefangen oder (.) ne Arbeit und dann auch (.) so weit zurechtkommen, aber auch immer wieder (.) Probleme haben durch Krankschreibungen oder dadurch, dass dann irgendwie (.) ja, leichter anfällig sind auch ich glaub aufgrund der körperlichen Verfassung. Das ist dann auch vielleicht wieder in so (.) schwierigen Momenten auf der Arbeit oder im Alltag (ähm) auch vielleicht stärker zurück kommt, das sie dann doch irgendwie wieder (.) ausgleichen wollen und kompensieren durch das Essen, weil darüber haben sie dann die Kontrolle und der Rest (ähm) grad wenn‘s dann Schwierigkeiten gibt bei der Arbeit oder irgendeinem Beruf (.) genau. (00:19:59-2)

I1: (summt) Und (ähm) ich geh jetzt mal davon aus, wenn (.) generell soziale Kontakte schwierig sind, das dann auch eine (.) Partnerschaft eher (.) schwierig ist oder seltener vorhanden ist? (Ähm) ist das richtig? (00:20:13-3)

A: (Ähm) ja, würde ich auch eher (.) zustimmen, also (.) kommt auch drauf an was es für Formen sind, meistens ist es auch also natürlich es gibt dann reine Formen, es kommt ja auch wieder drauf an, aber gerade auch mit (.) Kalorienzählen und dem ganzen körperlichem sind sie ja sehr (.) mit sich befangen und lassen auch da garkeinen anderen zu und (.) ich habe aber auch schon Leute gesehen, die hatten auch Partner, also es ist nicht generell ausgeschlossen, denke ich. Nur eben (.) ich glaube, je jünger, desto schwieriger. (..) Im Allge-

meinen. Oder vielleicht je jünger die sind, bei (.) Krankheits- wirklich, wo sie sich manifestiert oder so. (00:20:48-4)

I1: Ja. (00:20:46-3)

I2: (Hmm) (..) Ich denke das deckt die Punkte ganz gut ab oder (.) hast du noch was, wo du (.) wir haben jetzt hier zum Beispiel noch politisches Engagement stehen, aber das (.) klang so n bisschen so, als wäre das nicht so das Hauptthema. (00:21:02-2)

A: Politisches? (00:21:02-2)

I2: Zum Beispiel. (.) Von den Betroffenen. Ob die da noch quasi die Kapazitäten für haben, ob sie das mitbekommen haben, dass sie sich da engagieren oder ob das eher nicht so das (.) Thema ist. (00:21:13-3)

A: (Hmm) Ja, das(.) kann ich auch nicht genau beantworten- also ich denke, sie haben da (.) gar keinen Fokus für also da noch irgendwie (..) (hmm) sich drauf kon- zu konzentrieren, vielleicht wenn es in (.) Zusammenhang mit Lebensmitteln oder mit irgendwelchen (hm) manchmal ist es schon so, dass sie sich irgendwie auf vegane Sachen fixiert hab- inwieweit das jetzt politisch ist, weiß ich nicht, aber es hat wahrscheinlich mehr mit der Ernährung und generell Ernährungsbeschränkung zu tun, aber politisch ak- also kann ich gar n- also wenig zu sagen, muss ich sagen. (00:21:44-0)

I1: (Hmm). Ich hätte noch einen Punkt, und zwar (ähm) was so Alltagsbewältigung angeht: Einkaufen gehen, Haushalt (ähm) (..) gerade durch (.) Ja, (..) durch das Konzentrieren auf Lebensmittel, Kalorien zählen, et cetera, (ähm) wird ja auch grad Einkaufen schwierig, können sie uns da noch ein bisschen (.) erzählen? (00:22:05-6)

A: (Hmm) Ja, ich hab‘s schon erlebt, dass auch Leute wenn die in Familien waren auch gekocht haben oder noch bei den Eltern gewohnt haben, auch sich um das Essen so (.) in dem Sinne gekümmert haben, dass sie (.) gekocht haben und dann wahrscheinlich auch mit ausgewählt haben, was eingekauft wird (hmm) ehrlich gesagt dazu was sagen ob sie jetzt wirklich so oft Einkäufe ganz übernehmen, weiß ich gar nicht, also ich denke, sie versuchen das irgendwie zu kontrol-

lieren oder die Eltern indirekt zu kontrollieren, indem sie denen sagen, ja, "ich würde nur das essen oder das" und dann einkaufen lassen, also ich glaub viel weniger- oder vielleicht ist es auch so, dass sie (.) wirklich selbst einkaufen gehen, aber ich glaub auch, das viel über einfach durch das sagen "ja ich ess jetzt nur das oder das" dann (ähm) ist es quasi überflüssig, dass sie selbst einkaufen, weil dann wissen die Eltern (.) sie essen eh nur (.) weiß ich nicht, irgendwas (.) was jetzt wenig Kalorien hat oder Proteine nur und (.) keine Kohlehydrate, dass sie darüber das irgendwie dann regulieren, aber die, die selbst (.) vielleicht selbstständig wohnen, die denke ich können das schon sehr gut (ähm) ja, selbst regulieren, dass sie dann gar nichts davon holen oder sich dadurch (ähm) einschränken. (00:23:09-8)

I1: (Hmm) ich könnt mir vorstellen, dass auch einfach wesentlich mehr Zeit dafür (ähm) benötigt wird (ähm), den Alltag zu bewältigen, als (.) für jemanden, der einfach ganz normal einkaufen geht, so als Beispiel. (00:23:23-9)

A: (Hmm) grad für die Mahlzeiten und für die- also meistens wissen ja alle Kalorien, was wo drin ist, also kennen sich wirklich mit Kalorien sehr gut aus und überhaupt (.) glaub ich die Mahlzeiten zu essen, je nachdem ob sie jetzt arbeiten oder nicht, ist überhaupt auch schwierig, weil sie‘s dann eventuell wieder durch Sport ausgleichen müssen und damit dann wieder beschäftigt sind (00:23:44-0)

I1: (Hmm) (00:23:44-0)

A: Kommt dann denke ich ganz auf den Alltag drauf an, wenn jemand arbeiten muss oder (.) irgendwo hin muss oder halbtags irgendwo hin, dann (.) (ähm) ist er vielleicht noch abgelenkt, aber (ähm) (.) ja gut, vor allem (.) ist denke ich schon schwierig, also dauert denke ich länger mit dem Alltag irgendwie (.) und sich Zeit zu nehmen für Sachen und den Alltag generell zu bewältigen. (00:24:07-6)

I1: (...) Gut, dann haben wir noch eine (.) Frage, die (.) auf den ersten Blick vielleicht etwas makaber klingen mag, aber: Gibt es auch was Positives oder irgendwas, was die (ähm) Betroffenen aus der Erkrankung rausziehen können? (00:24:19-2)

A: (hmmm) (..) Überlegen (....) (Hmmm) Also, generell (.) ich- kommt

wahrscheinlich ganz drauf an, in welchen Stadium man sich da befindet, aber wenn jemand zum Beispiel anfangs (.) vielleicht wirklich übergewichtig ist und dann sich mehr aufs Essen konzentriert, auf die gesunden Aspekte (.) von wegen weniger Kalorien (.) aber das ist dann im Sinne von ner Erkrankung wahrscheinlich wirklich schwierig. (Ähm) (..) meistens sind sie ja doch sehr zwanghaft und sehr leistungsorientiert und das zeigen sie ja scheinbar in der Erkrankung, aber nicht in anderen Lebensbereichen, sondern eben das ist ja diese Pseudo-mäßige Erkrankung, wenn die es schaffen, daraus diese (.) das man ihnen spiegeln könnte, dass (ähm) sie diese (.) da sind sie ja wirklich sehr (.) ja, fast fanatisch auf diese Erkrankung, wenn sie das in andere Bereiche irgendwie möglich wäre, das zu vermitteln, dass sie ja schon mal diesen Willen haben und sie das aber auf andere Bereiche und jetzt nicht unbedingt auf das Essen, dann könnte ich mir vorstellen, dass das vielleicht ein Punkt wär, oder (ähm) generell so (ähm) gesunde Ernährung ist eben (.) wobei das immer sehr grenzwertig ist zu sagen, denke ich. Also (.) denke höchstens, dies- also bei einer Anorexie dann zu sagen, es ist gesund (ähm) sich auf die gesunden Lebensmittel zu konzentrier- das stimmt ja schon, aber es ist ja in dem extremen Sinne, ne (.) und das ist schwierig, höchstens vielleicht diesen Leistungs- (ähm) das man spiegelt, dass sie schon sehr leistungsorientiert sind aber eben im falschen Maße aufs Essen, sondern eben dass man das eben überträgt vielleicht auf andere Sachen. (00:25:54-0)

I1: (Hmm) (00:25:55-7)

A: Aber dann auch nicht zu extrem, ja. (00:25:58-3)

I2: Dann hätten wir noch (.) zwei Fragen für den Schluss, die auch wieder ein bisschen offener gehalten sind (ähm) Was würden sie sich jetzt wünschen, wie die Gesellschaft mit dem Thema und betroffenen Personen umgehen (.) sollte? Wenn sie sich das aussuchen könnten. (00:26:12-2)

A: (Hmm) Also. Es wird ja immer häufiger (.) und glaube ich wird immer mehr auch durch Facebook, Instagram, durch die ganzen sozialen Sachen (.) Medien (..) (ähm) was ich mir wünschen würde (..)

Mal überlegen, weiß ich gar nicht. Also (...) Ja, dass (.) vielleicht (.) auch die- also das Umfeld besser dazu aufgeklärt wird, also die Eltern, und dass es einfacher ist irgendwie, in Kontakt zu kommen mit (ähm) (..) den (.) Erkrankten, aber auch, dass sie irgendwo, wenn sie denn wirklich noch nicht so schwer erkrankt sind oder noch nicht so, dass es sich auf den Alltag und A- Arbeit und letztendlich darauf bezieht, dass sie irgendwie wieder eingebunden werden in die Gesellschaft, weil ich denke, dass sie doch sehr (.) isoliert sind letztendlich, (.) und (.) dass man sie ja auch früher an dem Punkt erwischen muss, wo sie vielleicht noch nicht so wenig wiegen, dass man das irgendwie noch (.) halbwegs (.) ja, irgendwie noch Einfluss drauf hat, Weils ja dann wirklich auch (.) hat ja auch zutun, es ist kein Glukose da, also auch nicht für den Kopf, sind ja auch kognitiv abgestumpft, also wirklich (.) ja, sehr (.) überhaupt nicht Schwingungsfähig und ganz auf sich, fast egozentrisch auf dieses Essen fixiert, also (.) wenn man irgendwie sie langfristig eben auch wieder (.) ja, es ist natürlich schwierig, weil man müsste sie eigentlich viel früher erwischen, bei nem viel (.) noch gesünderem Gewicht, weil die Meisten erkranken schon sehr früh, also auch bevor wir die wahrscheinlich hier sehen in K- also in KJP-Behandlung und viele profitieren wahrscheinlich davon, aber (.) (ähm) wir sehen ja m- meistens glaube ich eher die in der Erwachsenen-Psychiatrie die schon (ähm) relativ gut dann oder nicht relativ gut, aber doch meistens eher auch dann behandlungsfähig sind, weil sie auch b- solange, muss man leider sagen, makabererweise, überlebt haben, weil die meisten (.) es gibt ja eine sehr hohe (.) ja, Mortalität da. Vielleicht sehen wir dadurch immer die Extreme aber (.) und vielleicht auch, dass einfach Schulen sich Gedanken machen wie sie damit umgehen, weil ich denke das betrifft (ähm) immer mehr (.) also da fällt es am häufigsten auf, ich denk- im Kindergarten, da ist es ja noch nicht, aber Grundschule-Schule, ist glaube ich auch oft überfordert einfach, weil sie nicht wissen, wie damit umzugehen und dann wird es irgendwie nicht bemerkt und (.) das ist ja auch gewollt, dass es nicht bemerkt

wird und irgendwann (.) ich glaub vielleicht da, dass die einfach besser damit auch wissen wie sie da frühzeitig mit umgehen und das man, ja, überlegt, wie man die, die vielleicht dann stabiler werden dann auch in irgendeinen Beruf oder in Alltag wieder rein bekommt, weil die einfach (.) so Wohngruppen fand ich eigentlich keine schlechte Eg- Idee, das hab ich tatsächlich auch zum ersten Mal jetzt gehört auch diese Woche (ähm) weil ich davor jetzt auch noch nicht (.) gehört hatte und vielleicht spezialisiertere Zentren. Aber mehr (.) ja, natürlich mehr (.) Möglichkeiten die zu behandeln wär‘ ja auch (.) gut. (00:28:57-5)

I1: Auch mehr Präventionsmöglichkeiten? Oder Angebote? (00:29:00-6)

A: Ja. Prävention- also was jetzt an präs- evention? (00:29:06-5)

I1: (Ähm) dass es einfach mehr Möglichkeiten und Angebote zur Prävention (.) von Anorexie gibt, also (.) dass es die (.) Kinder und Jugendlichen schon früh (..) auch (.) ja (.) über Wissen, über verschiedene Zugänge Ideen erhalten und (.) präventiv eingegriffen werden kann. (00:29:24-6)

A: Ja. Und das eigentlich schon ziemlich früh, weil die ja sonst (ähm) (.) ja ich denk das ist schwierig, weil es ist ja auch so chronisch und wenn man jemanden mit 25 hat hierhin zum ersten Mal oder vielleicht auch vorher schon mal ne, dann ist es auch (..) es wird ja auch weiterhin geprägt, egal irgendwie, also wie alt die Patienten dann werden, ich denk sie haben immer so‘n Bezug zum Essen oder es gibt wenige, die wirklich letztendlich ganz gesund werden. Irgendwo wird es ja immer ein bisschen (.) (hmm) weiß aber auch ehrlich gesagt überhaupt nicht, wie viele (ähm) ja, letztendlich überhaupt nen Beruf dann ergreifen wenn sie so schwer erkrankt sind, weil man doch eher irgendwas (.) negatives damit assoziiert im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen wo man jetzt vielleicht nicht so‘n (.) ja (..) aussichtslose- aber is- es kommt auch drauf an, auwelche Formen glaub ich von (ähm) Anorexie worüber wir sprechen, ob das jetzt (ähm) (..) also wirklich schwer- schwer (ähm) unterge-

wichtig- also wirklich schon am Rand der, wo man über fast Zwangsernährung und irgendwie Magensonde sprechen muss und irgendwie Substitutionen mit anderen (ähm) Sachen oder ein- was heißt einfach, aber (ähm) wo es vielleicht Mischformen sind, wo man auch gucken kann: kann man irgendwie mit (ähm) DBT oder eben über Emotionsregulation irgendwas machen oder ist es nur (ähm) wirklich restriktiv und muss man- ich find das sind auch nochmal zwei verschiedene Formen, die man auseinanderhalten muss, weil oft ja auch dann wieder mit Ess- oder mit Bulimie ist ja dann auch nochmal wieder, es gibt ja auch Mischformen. (00:30:46-5)

I1: (Hmm). Das schließt n bisschen daran an, (ähm) sind sie der Meinung, dass die Diagnosestellung eher zu Inklusion oder zu Exklusion führt? (00:30:54-9)

A: Von Leuten in die Gesellschaft? Oder? (00:30:58-1)

I1: Ja, oder auch in gesellschaftliche Systeme, (ähm) (00:31:01-4)

A: (Hmmm) (..) Ja, das ist schwierig, weil sobald, also das ist wirklich schwierig, weil man sich auch vorstellen kann: Wenn jemand jetzt noch ein Grenzfall von- also was heißt Grenzfall, aber wenn (.) jemand sehr dünn <u>ist</u> und es ist noch nicht die Ausmaße von Anorexie und ihr dadurch mehr (.) Akzeptanz von den Freunden bekommt, würde man ja eher sagen, das ist positiv (.) kann aber schnell kippen (ähm) ich denke langfristig eher (.) weniger (ähm) also (.) dass sie weniger im- in der Gesellschaft oder in den System- davon weniger haben. Aber anfangs, wenn das vielleicht noch Grenzfälle sind, glaube ich (.) ja, erm- ermutigt es sie, es ist ja dann eigentlich traurig, dass erst diese Reaktion sie weiter ermutigen, von der, vielleicht nicht von der Gesellschaft direkt, aber schon von Bemerkungen einfach. (00:31:51-1)

I1: (Ähm) (.) Und (.) wenn wir jetzt überlegen (ähm) ob es sinnvoll ist, so eine Diagnose frühzeitig oder lieber später zu stellen (ähm) also das es wirklich um die Diagnosestellung geht, ob das zu Inklusion und Exklusion führt? (00:32:08-4)

A: Zur Diagnosestellung. Heißt, dass sie dann zum ersten Mal behandelt werden irgendwo? Oder? (00:32:13-0)

I2: Dass die das erste Mal die Diagnose wirklich bekommen. (.) Ob das Bewusstsein eher zu Inklusion oder zu Exklusion führt. (00:32:21-5)

A: Naja, man stigmatisiert ja schon, wenn jemand jetzt dünn ist und sagt (ähm) (..) "das ist Anorexie" und jemand behauptet "nein, ich bin einfach nur dünn" (ähm) (.) spaltet man ja schon, also dann ist es eher ein bisschen stigmatisierend und eher (ähm) also Exklusion aus der Gesellschaft. Aber wenn w- genau. Das ist (ähm) bin ich sehr ambivalent, der, also, das ist (ähm) schwierig, denke ich. Aber es kann so oder so sein. (..) Das ist die Frage, ich glaub anfangs ist es schon sehr (.) stigmatisierend und sehr (..) vielleicht (.) ja, wo man‘s dann bezeichnet als Anorexie und die Patienten haben da überhaupt kein Bewusstsein für, "nee das ist das Idealgewicht und Traumgewicht" vielleicht auch, und das (ähm) oder auch wenn die Freunde dann sagen oder (.) ja, einfach sich Sorgen machen oder (.) irgendwie das nicht mehr unterstützen, dass sie zum- mit ins Fitnessstudio gehen weil sie einfach denken "ja jetzt dann nimmt sie noch mehr ab" dann würde ich auch wieder sagen, es schließt wieder aus. Also. (00:33:21-2)

I1: (hmm) (00:33:22-9)

A: Ja. (00:33:22-9)

I2: Joar. Hast du noch was, oder soll ich zur Abschlussfrage kommen? (00:33:30-3)

I1: Mach die Abschlussfrage. (00:33:32-8)

I2: Im Prinzip sind wir mit unseren Fragen jetzt durch, (ähm) wir möchten sie aber nochmal fragen, ob es etwas gibt, was sie noch sagen möchten oder ob wir etwas relevantes vergessen haben, wo ihnen jetzt im Interview klar geworden ist "oh, das (.) wär aber noch wichtig"? (00:33:45-6)

A: (Hmm) (...) (Hmm) Hm, ja, also (.) ich glaube, es ist auch immer (.) ich glaub die Sichtweisen auch von denen, ich glaube dass die Sichtweisen einfach sehr auseinander gehen von den Zielen, die man so als Behandler oder als irgendwie (.) vielleicht Mitarbeiter im (.) ja, Gesundheitssystem hat und die die die Patienten, die Anorexie ha-

ben, gehen auch sehr auseinander, ich finde, da müsste man sich vielleicht eher (.) mehr darauf einigen, um auch ein bisschen Zugang zu finden, weil (.) man ja meistens nur über das Gewicht redet, aber nicht über (.) oder nur am Rande über vielleicht die medizinischen Folgen, was aber auch völlig ausgeblendet wird und egal ist und über die langfristigen Folgen (ähm) ja, im vielleicht Arbeitsleben, da (.) ist sich auch zu dem Zeitpunkt noch keiner bewusst drüber und weiß auch nicht ob man das zugänglicher machen kann dieses Bewusstsein, oder denen einfach (hmm) ja, ich denk nur, dass das oft dann schwierig ist, weil man eben schon sieht, was alles in der Zukunft passiert und s- die, also quasi so in der (.) in der langfristigen Perspektive und die Patienten sehen immer nur in dem Moment (hm) deren Ziele in dem Moment oder der Kampf geht dann um das Gewicht pro Woche darüber, anstatt über die (.) wirklichen Auswirkungen und (.) ich glaub das ist denen meistens nicht so bewusst. Und sonst (.) ist es (ähm) glaube ich, wird es einfach mehr und das ist wichtig, dass man sowas weiter auch (ähm) ja, weiter untersucht und guckt, ob da genug Angebote gibt, aber ich glaub auch, dass es eine von den schwierigsten psychischen Erkrankungen ist, weil so viel, ja, Kontrolle von den Patienten ausgeübt wird, sodass es wirklich schwierig ist, die, finde ich jetzt persönlich, ne, es ist jetzt einfach nur ne pf- vielleicht zu persönliche Meinung, aber ich find‘s schon sehr schwierig. (hm) Generell die Behandlung und es so recht zu machen, also, auch im Sinne des Patienten und das dann noch teilweise zu vertreten, was (ähm) entgegen völliger, also wo man einfach auch nicht mehr logisch argumentieren kann ab einem gewissen Punkt, das ist schon schwierig. (..) Ja. (...) Wär vielleicht gut, wenn es mehr Angebote gäbe oder einfach mehr (.) weiß ich nicht, aber auch so Angehörigen-Gruppen, dass die sich einfach austauschen wie man mit auch jemandem umzugehen hat, vielleicht noch nicht mal anorektisch, aber so auf dem Weg dahin oder wie es irgendwie (.) (ähm) einfacher ist, das anzusprechen auch, das (.) weil niemand begibt sich natürlich in Behandlung im (ähm) psychisch schon gar nicht, und wenn dann überhaupt erst so weit, dass jemand vielleicht in ner

Somatik behandelt werden muss wegen des Untergewichtes, das ist dann noch akzeptiert, aber psychisch ist da sowieso (ähm) ja. Schwierig. Von daher (ähm) glaube ich, wirds immer wichtiger, auch grad mit Instagram und mit den ganzen Vergleichen von allen, wo man ja auch sich fragt: wie kann jemand auch ein gesundes (ähm) ja, vielleicht Körperbewusstsein entwickeln mit den ganzen Vergleichen, die jetzt auch immer schon viel früher den (.) Kindern oder Jugendlichen zu- teilweise ja schon Kindern dann zur Verfügung stehen, dass ist eben auch problematisch, früher hatte man es ja auch einfach nicht. Ich denk da ist auch nochmal viel, was beeinflusst werden kann dadurch. (..) Ja. (...) (00:36:55-5)

I1: Okay. (00:36:56-5)

I2: Super, dann schon mal vielen Dank und (äh) (00:36:59-7)

I1: Das waren jetzt schon viele Informationen (lacht) (00:36:59-1)

I2: Genau (lacht)

Interview 2:

Datum des Interviews:	16.01.2020
Ort des Interviews:	neutraler Raum
Dauer des Interviews:	27 Minuten
Interviewende*r:	Janina Nett
Indikator der/des Interviewenden:	I
Beruf der/des Interviewenden:	Studierende (Soziale Arbeit M.A.)
Indikator der/des Interviewten:	B
Beruf der/des Interviewten:	Sozialarbeiter*in

I: Würdest du mir bitte einmal schildern, wie deine Arbeit mit den Anorexie-Patient*innen aussieht und (äh) was die Ziele eurer Arbeit sind?

B: (ähm) (.) also, im Prinzip ist es so, wir sind eine intensivtherapeutische (.) vollstationäre (ähm) Gruppe, Wohngruppe für (.) Mädchen und junge Frauen ab 14 Jahren (.) bis (.) zwischen 18 und 20 Jahren, würde ich sagen. (Ähm) der Schwerpunkt der Wohngruppe liegt auf Essstörungen, (.) wir nehmen allerdings auch (.) Mädchen mit ganz vielen anderen psychischen Erkrankungen auf, das heißt wir haben nicht nur Mädchen mit Essstörungen, aber <u>überwiegend</u> Mädchen mit Essstörung und (ähm) ja, unter den Mädchen mit Essstörungen aber eben sowohl Anorexie-Patientinnen als auch Bulimie-Patientinnen, sind nicht alles junge Frauen mit Anorexie. (..) (Ähm) (.) genau, vollstationär heißt, (ähm) die Mädchen leben bei uns für einen bestimmten Zeitraum, im Schnitt zwischen ein und anderthalb Jahren ungefähr (.) ähm und wir arbeiten im Schichtdienst, sodass immer jemand 24 Stunden jemand vor Ort ist, am Tag sind wir zu dritt, in der Nacht sind wir alleine und am Wochenende auch (.) (ähm) und ja, die Arbeit (.) ist eben die gesamte Alltagsbegleitung, alles was (ähm) (.) anfällt, sowohl die Termine zu koordinieren als auch (ähm) mit den Mädchen natürlich im Gespräch zu sein, gerade bei den Mädchen mit Essstörung (ähm) ist schon der Tag sehr (.) durch die Mahlzeiten strukturiert, also (.) alle Mädchen mit Essstörung essen

(ähm) sechs Mahlzeiten (.) Am Tag, sodass der Zeitplan natürlich daran sehr angepasst ist. (Ähm) Genau, wir arbeiten nach Bezugsbetreuer-System, bei uns hat jeder (äh) jede Pädagogin (ähm) ja, meistens zwei Bezugsmädchen (.) und ist eben für die gesamten Kooperationen zuständig, das heißt die Bezugsbetreuerin (ähm) hat die Gespräche mit den Lehrern, mit den Therapeuten, mit den Ärzten, mit den Psychiatern, mit den Eltern, (ähm) (.) genau, das ist eben auch dann in den Alltag (.) integriert (..) (ähm) der Nachtdienst hat mit den Mädchen Abends Reflexionsgespräche, ungefähr fünfzehn Minuten (..), eigentlich mit jedem Mädchen, in dem der Tag reflektiert wird (äh), besprochen wird was war heute gut, was war aber auch schwierig, was steht morgen an, wo brauche ich Unterstützung (.) (ähm) wie haben die Mahlzeiten geklappt (ähm) (.) ja, irgendwie alles was so am Tag (.) anfiel und ansonsten (.) ganz, ganz viel spontanes (äh) Arbeiten, auch je nachdem wie es eben den Mädchen und jungen Frauen geht (ähm) Krisenbewältigung, immer wieder im Alltag (ähm) ja, viel spontan auch (.) genau. Also sowohl eben fester Ablauf mit den (äh) Mahlzeiten und den Terminen als auch eben das Spontane was einfach an Krisen (.) und (.) ja, besprechungs- (äh) Notwendigkeiten dann noch dazu kommt. (..) (00:03:17-6)

I: Und was ist das Ziel dann von der Arbeit in der Wohngruppe? (00:03:20-5)

B: Das Ziel ist im Prinzip (ähm) erstmal die Stabilisierung (.) der Mädchen, die Mädchen kommen (ähm) alle direkt aus der Klinik zu uns, also wir sind im Prinzip ne Nachsorge (.) Einrichtung (ähm) das ist immer nochmal wichtig zu sagen, dass es eben kein Kinder- oder Jugendheim ist (ähm) sondern (.) schon auch ne Behandlungseinrichtung noch (.). Viele der Mädchen, gerade die Anorexie-Patientinnen (ähm) werden auch früher entlassen aus der (.) Kinder- und Jugend-Psychiatrie, wenn die zu uns ziehen (ähm) weil die eben (.) ja, das eben bei uns die Behandlung noch weiter geht, so (hm) Es gibt eine Kooperation mit der (ähm) Kinder- und Jugend-Psychiatrie, so das der leitende Oberarzt von dort noch (.) ungefähr zweimal im Monat zur Visite kommt (.) (ähm) (..) genau, das heißt, ja. Sowohl

die körperliche als auch die psychische Stabilisierung (.) ist (.) erstmal das oberste Ziel, die Alltagsintegrierung mit Sicherheit auch wieder, dass der Alltag weiter geht, (ähm) die Perspektivplanung (.) einige Mädchen gehen danach in die Verselbstständigungsgruppe oder ins betreute Wohnen, es gibt auch (.) manche, die wieder nachhause ziehen, (ähm) da ist eigentlich alles (.) alles offen. (00:04:39-5)

I: Dann danke schonmal für die Schilderung. (Hm) Kannst du mir erzählen, wie du die von Anorexie Betroffenen wahrnimmst und was diese (.) Menschen für dich auszeichnet? (00:04:47-3)

B: (Hm) (.....) Also wenn ich es jetzt wirklich auf die Anorexie-Patientinnen beschränke, ist es schon häufig so (ähm), dass das sehr (..) angepasste (.) Mädchen sind (.), sehr leistungsorientierte, disziplinierte Mädchen (.) (ähm) (..) häufig n wahnsinniger Leistungsdruck, der dahinter steht (.) (ähm) (.) ja, sowohl eben in der Erkrankung als auch in der Schule, also (..) die Mädchen sind schon, die meisten mit Anorexie sind sehr gut in der Schule (ähm) (..) ja, viele, viele Freunde oder auch Familie, irgendwie, wenn ich mit denen über die Arbeit spreche, die sagen oft "oh Gott wenn die stationär untergebracht sind und nicht mehr zuhause leben können, dann sind das bestimmt auch (..) ich sag mal in dem Sinne (äh) richtige "Kracher" in dem die bestimmt auch irgendwie, werden die mal aggressiv oder schreien die euch auch mal an oder ist es irgendwie ne, es ist (.) sind die oft auch sehr asozial die Mädchen?" Und da muss ich oft sagen: ne, also gerade die Anorexie-(äh) Patientinnen, nein. Sehr (äh) ja, eher eben sehr (...) sehr nett (ähm) sehr angepasst und richten die Aggressionen eben gegen sich und (..) ich würde sagen fast niemals gegen uns, also (.) ja. Sehr ruhige (.) Mädchen auch. (00:06:21-7)

I: Interessant! (.) (Hm) Dann kommt jetzt glaube ich die letzte (.) eine Frage zu (.) der Einrichtung an sich (00:06:29-9)

B: (Hm) (00:06:30-2)

I: Und der Arbeit (.): Nach welchen Kriterien definiert ihr bei euch Anorexie? (00:06:37-0)

B: Also, dadurch dass die Mädchen und jungen Frauen vorher alle in der Klinik waren (.), die wenigsten nur einmal, eher schon häufig, (äh) bringen die natürlich Diagnosen mit. (.) Das heißt, Diagnoseverfahren machen wir gar nicht (ähm) wir nehmen die Diagnosen an die wir von den Ärzten bekommen und überprüfen die jetzt auch nicht mehr oder so, das heißt (.) ja im Prinzip ist es wenn es im Klinikbericht (äh) ne vom Arzt so weiter gegeben wird "es ist ne Anorexie-Patientin", dann ist es für uns eine Anorexie-Patientin und wir prüfen nicht selbst nochmal (00:07:06-9)

I: Ja (00:07:06-9)

B: Ob die (ähm) (.) Anorexie hat deswegen, (.) kann ich jetzt so die Diagnose kann ich gar nicht (.) benennen. Das (..) (00:07:14-6)

I: Wahrscheinlich dann ICD-10 von der Klinik aus? (00:07:17-5)

B: Genau. Ja. (..) (00:07:21-1)

I: Dann sind wir mit dem ersten Block schon durch! (ähm) (.) Der zweite Block (ähm) wie geht das Umfeld der Betroffenen in der Regel (äh) deiner Erfahrung nach mit der Situation von den (.) Betroffenen um? (00:07:31-0)

B: (...) Ja, völlig unterschiedlich. (Ähm) (..) Da muss man sicher auch nochmal trennen, irgendwie, Gleichaltrige, (.) Familie, (..) (ähm) Ja, Schule, Lehrer, eben generell auch (...) (00:07:51-0)

I: Und wir wollen alles wissen! (lacht) (00:07:51-4)

B: (Lacht) (...) Ja. Also bei Familie ist es natürlich auch (.) völlig unterschiedlich. Von (.) (ähm) (.) die Krankheit (.) der Tochter (ähm) angenommen und verstanden und (ähm) (.) sehr unterstützend, sehr dankbar auch uns gegenüber und (ähm) ich sag mal halten sich an alles was die Ärzte raten, was die Betreuer raten, und (äh) sind einfach dankbar für (.) jede Hilfe (..) und unterstützen eben auch dann mit (.) bis zu (äh) die Krankheit überhaupt nicht annehmen und gar nicht verstehen und (ähm) (..) ja, auch einfach nicht wahrhaben wollen, dass die Tochter krank ist. Ich mein bei vielen Mädchen, die eben sehr leistungsorientiert ist (.) kommt die Leistungsorientierung, also mischt die Leistungsorientierung der Eltern auch einfach mit (ähm) und dadurch auch oft dieses nicht-wahrhaben-wollen, "meine

Tochter muss einfach funktionieren, die darf nicht krank sein, das kann nicht sein das die krank ist, joa die ist n bisschen dünn aber (ähm) das werden sie ja wohl hinkriegen" (lacht) ungefähr so (ähm) (..) ja, deswegen bei den, ich, also, ja bei den Eltern ist es völlig unterschiedlich, muss ich einfach sagen. (..) Für uns in der Arbeit ist es ganz wichtig (ähm), die Eltern (..) möglichst mit ins Boot zu holen, also das sagen wir immer wieder: solange wir die Eltern nicht im Boot haben, haben wir einfach keine Chance, so. (.) (ähm) solange die Eltern immer wieder gegen uns sprechen, auch gerade bei den Mädchen gegen uns sprechen (ähm) es sind nun mal die Eltern, egal ob die Beziehung gut oder schlecht ist, aber es sind die Eltern und wenn wir die nicht auf unserer Seite haben (..) haben wir echt ein Problem, also (.) das ist echt ne ganz schwierige Arbeit, (ähm) deswegen machen wir ne ganz intensive Familienarbeit und Familientherapie (.) auch, für uns sind die Eltern sehr mit eingebunden (.) (ähm) (.) ja, um da auch nochmal viel (.) ja, sowohl Aufklärungsarbeit zu leisten als eben auch (.) Beziehungsarbeit (.) zu bearbeiten und mit denen (.) ne. (...) (Ähm) (.) bei Mitschülern (.) oder auch bei Lehrern (..) ist es häufig (ähm) also, wenn ich jetzt von den Mädels spreche die bei uns wohnen, (.) es gibt natürlich Mädchen, denen sieht man das an (.) (ähm) (.) den meisten Mädchen würde ich aber sagen, sieht man es nicht an. Weil die vom Gewicht durch die Klinik (ähm) die ja an Gewicht ich sag mal so viel schon zugenommen haben, dass die wieder im gesunden Bereich sind und denen siehst du es nicht sofort an. (.) Das heißt aber längst nicht, dass die gesund sind. (.) (Ähm) und das ist oft schwierig, weil dann (.) wenn die Mädchen sage ich mal so mutig sind und auch sagen "ich mach das ein bisschen offen in der Klasse" oder auch bei den Lehrern weil (.) ja, oft ist das auch einfacher als nichts zu sagen und dann denkt sich jeder was er möchte und die Gerüchteküche (äh) wird groß (ähm) (.). Es ist aber oft so, dass natürlich die Lehrer oder die Mitschüler reagieren und sagen "ach krass, das hätte ich gar nicht gedacht, du siehst doch ganz normal aus" (.) und das ist oft das was (.) dann richtig rein haut, also was einfach richtig (ähm) (.) schwierig ist (..). Viele (.)

also auch gerade die Lehrer muss ich sagen (.) oft auch sehr (.) bemüht, das schon, (ähm) (..) kennen sich aber natürlich auch häufig nicht unbedingt (.) besonders gut mit der Krankheit aus, also (.) ja, die versuchen Vorschläge zu machen und sich zu bemühen irgendwie (ähm) (..) also das ist (.) ja manchmal auch dann einfach nicht so (.) passend. Und ich glaube, das ist einfach (.) ja, mit die Erkran-, also die Erkrankung (.) bei der man am meisten in Fettnäpfchen treten kann (..) (ähm) genau, so ist es natürlich auch mit Mitschülern. Viele meinen es natürlich auch gut wenn die sagen "Och das sieht man dir gar nicht an" oder, (.) ja häufig sind es die Großeltern die sagen "du siehst aber gut aus, du hast ja wieder n bisschen zugenommen" (lacht) ja, das ist ein super Kommentar (.) (ähm) (.) genau aber also von völlig (.) verständnisvoll (.) über, ja (.) alles gibts an Reaktionen, so ne. (00:11:44-9)

I: Ja dann (.) danke. (..) Kannst du mir sagen, inwiefern es Unterstützung, Hilfen und Verständnis oder Unverständnis aus dem Umfeld gibt, haben wir ja im Prinzip eigentlich gerade ab gefrühstückt (00:11:53-3)

B: (Hm) (00:11:53-3)

I: (Ähm) (..) Weißt du, welchen Einfluss so Angebote wie Beratungsstellen oder die Schulsozialarbeit (äh) auf die Betroffenen hat? Also (.) hast du das Gefühl, das wird wahrgenommen oder (.) gesehen, oder eher nicht? (00:12:06-1)

B: (Hm) (.....) Beratungsstellen (..) gibt es also gibt es ne Zusammenarbeit von uns in den Beratungsstellen immer wieder, hauptsächlich aber für Gruppenangebote (.) (ähm) (..) Einzelberatung und Beratungsstellen hab‘ ich bisher nicht (.) miterlebt (...) ich glaube aber auch, weil im Prinzip bei uns natürlich auch ne Beratungsarbeit stattfindet und die Mädels auch (.) wirklich alle (ähm) in Therapie sind. Also in Einzeltherapie. Deswegen ist (.) ja glaube ich das auch ganz gut dann meistens abgedeckt. (00:12:48-5)

I: Klingt so. (.) (Hm) Dann kommen wir jetzt auf unseren Fragenblock (ähm) Nummer drei, (.) kannst du mir sagen, welche Schwierigkeiten Menschen, die an einer Anorexie erkrankt sind, erleben und inwiefern sich das äußert oder in welchen Situationen? (00:13:03-3)

B: (.....) Also, eine große Schwierigkeit ist (ähm) sicherlich, dass die sehr eingeschränkt dadurch sind, dass sie nicht außerhalb essen <u>möchten</u>, (ähm) das ist zumindest das, was unsere Mädels oft sagen (ähm) (.) wenn man (.) sie jetzt fragt: "Was war das schwerste so in der schwierigsten Zeit der Anorexie (.) und woran merkst du jetzt, dass es dir irgendwie besser geht oder dass du (.) schon ein paar Schritte gegangen bist?" und das ist oft dieses (ähm) "ich hab mich total isoliert, ich hab mich nicht mehr mit Freunden getroffen“ (.) ja, weil wenn man sich mit Freunden trifft, gut, man geht vielleicht (.) nen Kaffee trinken, man geht was essen, (ähm) man geht Frühstücken, irgendwie häufig ist einfach Essen mit dabei (.) und (ähm) ja, als sie einfach entweder noch bei dem Punkt waren wo sie nicht wollten, dass es irgendjemand merkt, oder bei dem Punkt waren waren vielleicht schon in der Klinik oder sind gerade in der Klinik und haben dann aber an dem Tag können sie sich mit Freunden treffen und die Freunde wissen davon, wollen sie aber eben auch nicht, dass jetzt jeder denen auf den Teller starrt (.) und das ist glaube ich das, was (ähm) sehr, <u>sehr</u> einschränkend ist und wodurch ganz viele soziale Kontakte verloren gehen (.) weil sie eben Angst haben: "wenn wir uns treffen, stell mal vor die hat nen <u>Kuchen</u> gebacken, stell mal vor die fragen, ob wir jetzt was essen sollen, was mach ich denn dann? Also treffe ich mich lieber nicht mit denen". Und das ist (äh) glaube ich, ja, das ist ne riesen Einschränkung (.) für die. (.) Und das ist sicherlich was, was zum Beispiel in ner Wohngruppe (.) leichter ist oder (äh) viele sagen, es ist aber doch bestimmt auch schwierig für die, dass die mit anderen Essen die auch (äh) an Anorexie erkrankt sind - ja, ist bestimmt auch in vielen Punkten schwierig, es machts aber auch deutlich leichter für sie, weil <u>alle</u> müssen sechs Mahlzeiten essen, es ist völlig normal, dass da jetzt jeder sitzt und was isst, "ich bin nicht die Einzige", und wenn ich mit meinen Freunden unterwegs

bin und ich weiß: "Mist, ich muss irgendwie meine Zwischenmahlzeit essen, aber die essen jetzt nichts", das ist einfach wahnsinnig schwer (.) dann zu essen. Also ich würde sagen gerade im Sozialen (.) Kontakte, das ist ne riesen Einschränkung. (00:15:06-0)

I: Klar, klingt auf jeden Fall so. (Hm) Jetzt haben wir noch eine etwas größere Frage, im Prinzip (äh) möchte ich dich fragen, inwiefern du mir sagen kannst, (äh) inwiefern die Anorexie sich auf den Alltag der Betroffenen auswirkt oder auswirken könnte (.), dann zum Beispiel im Hinblick auf Beziehungen und soziale Kontakte, was wir gerade schon in der Art hatten, oder Ausbildung und Arbeit, oder auch Freizeit (.) und Alltag. (00:15:28-6)

B: (...) (Hmm) (...) Also, Ausbildung (.) oder Schule, bei- also bei uns sind- gehen eigentlich (.) so gut wie alle Mädels noch zur Schule (.) (ähm) (..) Na da ist natürlich in einem die Einschränkung (..), dass die- die meisten Mädchen bei uns sind in der Oberstufe (.) (ähm), dass die einfach sehr lange Schule haben und man da gucken muss: okay, welche Mahlzeiten liegen in dem Zeitrahmen (.), <u>schaffen</u> die Mädchen das, die Mahlzeiten außerhalb der Wohngruppe zu essen oder müssen die dafür in die Wohngruppe zurück kommen, wie kann man das dann mit der Schule irgendwie regeln, dass die dann eben auch n bisschen Zeit verpassen (ähm), dass eben, ja, schon alles an den Mahlzeiten (..) ausgerichtet ist (.) (ähm), die Konzentration spielt natürlich auch ne Rolle, wenn die Mädchen sehr untergewichtig sind, können sie sich einfach (.) nicht gut konzentrieren oder nicht lange konzentrieren, sodass wir (.) Mädchen haben, die gehen (äh) die volle Stundenanzahl zur Schule, wir haben aber auch Mädchen, die gehen höchstens zwei Stunden pro Tag zur Schule, weil alles andere <u>zu viel</u> ist, weil sie sich nicht länger konzentrieren können, (ähm), also da gibt es alles, zwischen- oder, es gibt auch (.) zeitweise Mädchen, die gar nicht zur Schule gehen können, also zwischen gar nicht möglich bis eben voll und auch Abitur machen und jede Stunde da gewesen sein, da gibts wirklich alles, aber das ist eben was, was sehr einschränken kann , sowohl die Konzentration als auch eben das

Essen (ähm) (..) in der Freizeit (.) ja, ist sicherlich auch ne Einschränkung wieder das Gewicht (ähm), wir arbeiten mit nem Sportgewicht und nem Zielgewicht, was aber durch die Ärzte festgelegt wird und wenn die Mädchen unterhalb des Sportgewichts sind, dürfen die eben keinen Sport machen (..) das heißt (ähm), ja, die Freizeit im Sinne von Sport ist ans Gewicht gekoppelt ob das möglich ist oder nicht, deswegen gibts da sicherlich bei vielen ne starke Einschränkung (.) (ähm) (..) ansonsten (..) können die Mädchen natürlich Hobbys ausüben und (.) machen sie ja auch, teilweise. (.) Ich sag mal, die Mädchen, die voll zur Schule gehen, die haben einfach wahnsinnig viel mit Schule zu tun, sind dann eben auch noch, ja, sehr leistungsorientiert, sehr diszipliniert, die lernen sehr viel nebenbei, haben dann (ähm) (.) mindestens einmal die Woche Therapie oder eben vielleicht auch noch Gruppentherapien, (äh), Psychiater Termine, also die haben natürlich auch einfach viele Arzttermine nebenbei, da ist nicht bei jedem noch Zeit (.) für Freizeit. Aber (ähm) (.) es gibt schon einige Mädchen, die Hobbys auch haben. (00:17:58-5)

I: Und auch machen bei euch? (00:17:58-9)

B: (Hm), ja. (.) (00:18:03-2)

I: (Hm) (..) Macht ihr das Einkaufen in der Wohngruppe? (.) Oder machen die das für sich? (00:18:06-4)

B: (Ähm) Ne, in der Wohngruppe, also, es gibt einmal die Woche einen <u>Großeinkauf</u>, wo im Prinzip das wichtigste gekauft wird, und dann gibt es jeden Tag aber noch einen (.) Kleineinkauf. Und der ist (äh) unter den Mädchen aufgeteilt, also das die Mädchen schon lernen, selber auch einzukaufen (.) (ähm), ja, gerade für die (äh) Mädchen mit Essstörung ist natürlich auch einfach wichtig, dass das Essen <u>frisch</u> ist was gekocht wird, also da wird schon sehr stark bei uns drauf geachtet und deswegen auch jeden Tag eben nochmal eingekauft, um die frischen Dinge einzukaufen (ähm) (.) genau, das heißt die Mädchen kaufen die selbst, geben die dann aber sofort ab, also bei uns ist sowohl Vorratskammer als auch Küche eben abgeschlossen, die Mädchen dürfen auch gar keine (.) Lebensmittel auf dem

Zimmer haben, aber Einkaufen tun sie die schon, genau. (00:18:53-5)

I: Okay. (.) (Ähm) hast du das Gefühl, dass (äh) politisches Engagement bei denen Thema ist, oder? (..) (00:19:00-5)

B: Ja. (.) Schon. Also (.) doch, wir haben einige Mädchen, die sich politisch (äh) engagieren. Ja. (00:19:08-8)

I: Inwiefern, weißt du das? (00:19:07-2)

B: (Ähm) (..) Also, wir hatten (.) mal ein Mädchen, die (äh) zu den Jungen Grünen zum Beispiel jetzt gehen wollte, Fridays for Future ist (äh) bei vielen (ähm) großes Thema und nehmen an den, also nehmen an den Demos teil (ähm) ja, schon sehr Umweltbewusst, einfach. Ja. (00:19:33-7)

I: Interessant. (00:19:34-0)

B: Mehr in die grüne Richtung (00:19:36-4)

I: (Hm) Die Ursprungsfrage war ja, wie sich Anorexie auf den Alltag der Betroffenen auswirkt. (Ähm) Jetzt haben wir die beiden Blöcke "Ausbildung, Arbeit und Freizeit und Alltag" ganz gut abgehakt, jetzt würde ich gerne noch was zu den Beziehungen und sozialen Kontakten wissen, aber nicht nur Thema Eltern, sondern vielleicht auch (.) Kernfamilie, erweiterte Familie, Peergroup und auch intime Beziehungen. (00:19:54-8)

B: (Hm) (00:19:56-9)

I: Ob du dazu was sagen kannst. (00:19:56-9)

B: (Hm) (Ähm) (.....) Genau, Freunde habe ich ja (.) viel eben schon erzählt, dass das schwier- also, dass sie sich häufig isolieren (.) aufgrund der gemeinsamen Essenssituation. (..) (Ähm) (..) Intime Beziehungen (...) hab‘ ich selten erlebt, muss ich sagen. (.) Kann natürlich auch an der Wohngruppe liegen, also das die Mädchen natürlich auch nicht unbedingt (schmunzelt) ne, ihren Freund oder ihre Freundin mit in die Wohngruppe bringen möchten, liegt aber bei sehr vielen Mädchen natürlich auch daran, dass sie einfach (ähm) ihren Körper nicht <u>akzeptieren</u> können (ähm) das sie auch ganz klar auch sa-

gen, dass sie ihren Körper hassen und (ähm) das sicherlich superschwierig (.) für die dann ist, intime Beziehungen und Zärtlichkeiten einzugehen. (00:20:53-7)

I: Das (.) klingt auf jeden Fall schlüssig, ja (00:20:56-1)

B: Genau. Und Familie (.....) Das also ja (.) man kann nichts pauschalisieren, aber das finde ich am schwierigsten zu pauschalisieren, muss ich sagen. Also nochmal zurück zu den (äh) Punkten, die ich eben genannt habe (ähm) mit ob Verständnis und Krankheitseinsicht, damit hängt das natürlich auch zusammen, inwiefern die Eltern dann auch (ähm) die Mahlzeiten unterstützen (.) können, wenn die Mädels zuhause sind. Also wir haben Mädels, die fahren jedes Wochenende nachhause und wir haben Mädels, die fahren (..) vielleicht alle zwei Monate mal nachhause und dazwischen gibt's alles, also von sehr engen Beziehungen und wie gesagt auch völlig klar zu haben "ich zieh irgendwann wieder nachhause" zu "ich hab von Einzug an klar, ich werde nie wieder nachhause ziehen und das ist auch gut so", also (.) ja. Ganz unterschiedlich. (00:21:47-2)

I: (Hm). (ähm) Es klingt vielleicht etwas makaber, aber denkst du, dass es etwas Positives gibt, was die Betroffenen aus der Erkrankung für sich mitnehmen können? Für so das weitere (.) Leben auch? (00:21:58-4)

B: (..) (Hm) (.....) Also in dem Moment, in der Zeit selber, in der sie noch erkrankt sind (..) ist es mit Sicherheit so, dass die Essstörung (.) den Mädchen einfach wahnsinnig viel Sicherheit und Kontrolle (.) gibt. (..) (ähm) Jetzt so darüber hinaus (.) meinst du jetzt, wenn die Mädchen (.) wenn man sagen kann, sie sind wieder gesund oder sie haben die Erkrankung überwunden, ob sie daraus trotzdem aus der Erkrankung was positives- (00:22:33-8)

I: Allgemein ob‘s da deiner Meinung nach irgendwas Positives gibt, was sich da, also, dass man quasi sagt "Es gibt viele negative Aspekte, aber vielleicht kann man da auch ein, zwei Sachen (.) positiv dran sehen, im Nachhinein. Natürlich nicht in dem Moment. (00:22:44-4)

B: (Hm) (..) Also wenn die Mädchen wieder stabil sind (ähm) ich sag mal so, die Punkte die die dann (.) gelernt haben, irgendwie positives (äh) positives Selbstbild zu entwickeln zum Beispiel, das sind natürlich Sachen, (ähm) (.) die haben viele gesunde Menschen (.) von Anfang an, es gibt aber auch viele gesunde Menschen die trotzdem kein gesundes Selbstbild haben, die sich aber sicherlich (ähm) nie so intensiv damit auseinander setzen (.) wie das diese Mädchen tun. Also es gibt sicherlich viele Themenbereiche, (..) mit denen sollten sich auch gesunde Menschen auseinander setzen - tun sie aber nicht, weil die eben nicht so (ähm) (..) ich sag mal dramatisch oder intensiv sind, das es zwingend notwendig ist, sich mit den Bereichen auseinanderzusetzen, obwohl es eigentlich gut wäre und (ähm) joa, da sind die Mädels einem vielleicht dann doch voraus (schmunzelt). (00:23:37-9)

I: Stimmt. (00:23:40-1)

B: Könnte man schon (.) so sagen, joa. (00:23:41-8)

I: (Hm) denkst du, dass die Diagnosestellung "Anorexie", also die quasi die diesen Stempel "Anorexie" haben, für die Mädchen eher zu einer Inklusion oder Exklusion (.) führt? (00:23:53-2)

B: (.....) Also ich würd‘ sagen im Hilfesystem selber, je nach Hilfesystem, zu ner Inklusion. Außerhalb des Hilfesystems, also im Alltag (.) häufig auch zu ner Exklusion. (...) Das schon, also das ist auch das was (.) was die Mädchen oft am schwierigsten finden oder wovor die eben am meisten Angst haben, (ähm) „Ja wenn jetzt jemand hört, ich bin an Anorexie erkrankt, dann bin ich gleich in der Schublade irgendwie oder krieg gleich nen Stempel auf die Stirn“ und (ähm) ja, das ist sicherlich was, was grad bei Mitschülern (.) was es denen ja auch häufig schwierig macht das sie die Diagnose <u>haben</u>. (00:24:46-8)

I: Dann... Sind wir fast durch! Jetzt kommen meine zwei Schlussfragen. (Hm) Die erste Frage ist: Was würdest du dir wünschen, wie die Gesellschaft mit dem Thema und Betroffenen (äh) Personen umgehen (.) könnte oder sollte? (.) Wenn du dir einfach wünschen könntest, was damit (..) wäre. (00:25:06-9)

B: (Hm) (..) (Ähm) (..) Manchmal hab ich das Gefühl, es wäre (.) schöner, die Mädchen würden mehr an die richtigen Hilfesysteme verwiesen werden oder man würde die Arbeit da belassen, als das sich jeder (.) versucht einzumischen oder jeder versucht, irgendwie noch was schlaues (.) dazu zu sagen, (ähm) (..) (00:25:37-3)

I: Inwiefern jeder? (00:25:36-2)

B: (..) Also sowohl in Schulen (.) (00:25:43-0)

I: (Hm) (00:25:43-0)

B: Teilweise (..) (Ähm) ja, als auch jetzt im Freundeskreis, also, ne, Bekanntenkreis (.) das man manchmal die Arbeit (.) mal da belassen sollte, wo sie <u>hingehört</u>, als (äh) ja, das was ich eben schon mal gesagt hab, ich glaube viele meinen es gut mit ihren Vorschlägen, aber (.) für die Mädchen ist das schwierig wenn (.) jeder versucht irgendwie mitzumischen, sag ich mal (..) (ähm) (..) ja, ansonsten (.) naja, auch das kann man nicht pauschal sagen, wenn die Mädchen (.) ganz akut nochmal in ner Krise sind, ist das natürlich nicht so, aber wenn die recht stabilisiert sind und ihr Hilfesystem haben, die Mädchen genauso behandeln wie jede (.) wie jeden anderen Menschen, gesunden Menschen auch. Also (.) da keine Unterschiede machen und (ähm) (..) ja, nicht vorziehen aber eben auch nicht zu benachteiligen. (00:26:38-6)

I: Joar. (Hm) Und gibt es jetzt zum Ende noch etwas, was du sagen möchtest, oder ob wir irgendetwas vergessen haben, was dir jetzt noch (..) einfallen würde? (00:26:51-1)

B: (...) Ne, (schmunzelt) ich glaube es sind alle Bereiche (äh) (...) Bereiche eigentlich gut abgedeckt, ja. (00:27:03-9)

I: Dann vielen Dank und dann (..) Stoppe ich jetzt die Aufnahme. (00:27:06-3)

Interview 3:

Datum des Interviews:	19.02.2020
Ort des Interviews:	Psychiatrisches Krankenhaus
Dauer des Interviews:	40 Minuten
Interviewende*r:	Laura Maren Michel
Indikator der/des Interviewenden:	I
Beruf der/des Interviewenden:	Studierende (Soziale Arbeit M.A.)
Interviewte*r:	
Indikator der/des Interviewten:	C
Beruf der/des Interviewten:	Ergotherapeut*in

I: Erstmal so einleitend/ allgemein: Würdest du mir kurz schildern, wie sich die Arbeit mit den Anorexie-Patient*innen gestaltet und was die Ziele der Arbeit sind? Also du hattest geschrieben, dass das vor allem als Komorbidität auftritt, aber können wir das speziell auf die Anorexie bzw. auf die Patient*innen, die Anorexie- #00:02:21-5#

C: Also ja klar, ich kann das versuchen wie gesagt. Das ist insofern wichtig, als dass das nicht unser Hauptansatz ist. Also wir behandeln in erster Linie Borderline-Störungen und sehen eigentlich die Essstörung, also wir haben nicht nur anorektische Patienten, sondern auch bulimische oder Binge-Eating, und deuten die Essstörung als dysfunktionalen Versuch, irgendwie mit Emotionen umzugehen, also Emotionen zu regulieren. Und danach richtet sich auch die Zielsetzung. Klar ist das Ziel dann auch eine Regulierung des Essverhaltens oder eine Normalisierung des Essverhaltens erstmal als Oberziel ne. Und daraus ergeben sich dann weitere Unterziele. #00:03:11-4#

I: Ja ok. Ich mache mir zwischendurch ein paar Notizen, falls ich auf etwas noch eingehen möchte. DAs heißt primär steht im Vordergrund erstmal die Behandlung der Borderline- Erkrankung und darunter kommt dann auch die Behandlung der Essstörung mit dazu. #00:03:30-3#

C: (zustimmendes mh) #00:03:32-6#

I: Könntest du mir mal schildern, wie du die Betroffenen, also Anorexie-Betroffenen wahrnimmst und was diese deiner Meinung nach auszeichnet? Also ob die sich durch etwas Besonderes auszeichnen? #00:03:46-5#

C: Das ist glaub ich relativ einfach, also augenscheinlich oft. Ich finde, dass gerade anorektische Menschen im Gegensatz zu anderen essgestörten Menschen, also die eine andere Essstörung haben, durch eher mmh ja fast zwanghafte Züge kennzeichnen, zumindest was so oder eher so perfektionistische Ansätze. Die haben einen hohen Anspruch an sich selbst oft, sind mit sich selbst auch sehr rigide, ja einen hohen Anspruch/ hohe Erwartungen an sich selbst, das ist eigentlich das, was ich finde hauptsächlich- klar das sind häufig sehr gepflegte Menschen, das finde ich auch nochmal auf- also wenn ich so vergleiche ne, das ist so das, was mir als Erstes in den Sinn kommt. #00:04:40-8#

I: Ok, mmh, genau, also da wir uns ja im X-Krankenhaus befinden gehe ich mal davon aus, dass ihr Anorexie nach dem ICD diagnostiziert? #00:04:53-4#

C: (zustimmendes mmh) #00:04:55-1#

I: Damit hat sich die Frage erübrigt. (Mmh) Dann wären wir schon beim zweiten Punkt. Und zwar: Kannst du mir erzählen, wie das Umfeld der Betroffenen, also Familie, Freunde, in der Regel mit der Situation umgeht? #00:05:17-3#

C: Das ist glaube ich schwieriger zu beantworten, als zum Beispiel in der Kinder-/ Jugendpsychiatrie, weil die Familien viel stärker involviert sind noch, wir erleben hier erst ab 18, also wir haben schon so einen Trend erlebt, dass die jetzt nochmal jünger werden, also die Patienten, die wir aufnehmen, aber da sind die oft schon raus aus der Familie, also ehrlich gesagt, also entweder kommen die schon von betreuten Wohneinrichtungen, also sind noch so in der Jugendhilfe irgendwie, kommen dann oder sind schon vollkommen raus also. Ich muss mal grad nachdenken über die letzten - wir haben auch grade Patienten da mit einer Essstörung, also es sind eher Erzählungen , aber wir erleben nicht mehr das- also von früher, dass das irgendwie so Essenssituationen beschrieben worden sind, ne, oder ich kann noch eine junge Patientin, die ist gerade entlassen, die so beschreibt, sie isst zum Beispiel nie mit ihrem Vater zusammen. Die lebt alleine mit ihrem Vater, der spricht sie schon häufig an "Sollen wir was zusammen essen" guckt auch, aber die nimmt die Mahlzeiten nicht mit ihm zusammen ein, so macht sich sicherlich Sorgen. Aber wir kriegen relativ wenig vom Umfeld mit. #00:06:35-4#

I: Und aus den Erzählungen? Also wie es früher mal gewesen ist oder - #00:06:40-4#

C: Ja dann häufig mit Druck, ne, also erstmal mit Druck, dann irgendwann mit Verzweiflung, ja teilweise auch mit Wut war irgendwann dann eine Reaktion, Unverständnis, das ist so die Rückmeldung. #00:07:00-0#

I: Ja (.....) Und jetzt vor allem aus den Erzählungen der Patientinnen, gibt es bestimmte Unterstützungsangebote/ Hilfe, die immer wieder vorkommen in den Erzählungen? Also dass sie in der Schulsozialarbeit angebunden waren, oder früher auch schon in der KJP waren? #00:07:28-1#

C: Das ist sehr häufig so, die waren fast alle vorher schon in der KJP. Und das ist oft auch schwierig der Wechsel, ich sag mal solange die Patienten minderjährig waren gabs ja mehr oder weniger auch eine Vorgabe, also da hat jemand gesagt "Du kommst jetzt in die Psychiatrie." Und in der Psychiatrie hat man denen gesagt "So, du musst dich jetzt an den Ernährungsplan halten, sonst passiert das und das", das ist bei uns natürlich ganz anders, damit haben die jungen Patienten häufig Schwierigkeiten, zu lernen, "ok, jetzt bin ich freiwillig hier und jetzt bin ich selbst verantwortlich dafür, was passiert" und oftmals ist das erst so die Idee von "Ah, hier trickse ich jetzt auch" bis wir sagen "das ist hier nicht nötig", das ist ein starker Wechsel für die Patienten. #00:08:20-0#

I: Also ein ganz anderes Behandlungssetting ne? Und (mmh) geht das Umfeld eher mit Verständnis oder mit Unverständnis auf die Menschen zu? #00:08:37-7#

C: Eher mit Unverständnis. Wie bei so vielen Dingen, das ist ja auch bei anderen Patienten, die sich selbst verletzen so, dass das Umfeld einfach sagt "Warum lässt du es nicht einfach, es tut dir doch nicht gut!" und so ist es beim Essen genau so oder beim Erbrechen oder beim Nicht-Essen, dass die nicht verstehen, oder dass das so eine reine Willens-dass viele denken das ist eine reine Willenssache "machs doch einfach., iss doch einfach" #00:09:15-6#

I: Hast du schonmal gehört, dass die Patienten auch schon an die Soziale Arbeit in irgendeiner Art angebunden waren? Also außerhalb der KJP? #00:09:29-1#

C: Ja auf jeden Fall, wenn die in so betreute Wohngruppen kommen, dann gibts

häufiger auch Sozialarbeiter, die da arbeiten, al.so ich habe das jetzt nicht so speziell gehört, aber ich glaube das ist ein Feld wo Sozialarbeiter arbeiten und da taucht es dann schonmal auf, aber sonst wüsste ich nicht. #00:09:49-5#

I: Und Beratungsstellen, Suchtberatung- die [Name einer Einrichtung] zum Beispiel? Noch nicht, ok. #00:09:57-2#

C: Also nicht bei den Essstörungen. #00:10:03-1#

I: Dann sind wir schon beim dritten Punkt, das geht heute schnell (lacht). Kannst du mir mal ganz basal schildern, welche Schwierigkeiten Menschen erleben, die an Anorexie erkrankt sind, also was genau macht das Leben irgendwie schwieriger oder problematischer/ anstrengender? #00:10:25-4#

C: Das eine ist ja das Sozialleben, was eingeschränkt ist, außerhalb und hier auf Station merkt man das ja auch, also ich sag mal Essenszeiten, die für andere eher Geselligkeit bedeuten oder Gemeinschaft, sind für die Patienten schwierig, weil sie irgendwas verheimlichen müssen, weil sie Angst haben, dass sie auffallen mit ihrem in Anführungszeichen anormalen Essverhalten. Also das ist schwierig. Rein körperlich. Die Folgen sind natürlich total schwer, weil die Patienten häufig depressiv werden, die Verbindung gar nicht immer sehen und dass die, wenn die unter ein gewisses Gewicht runter rutschen, stocken depressiv werden, mmh, auch nicht viel schaffen, gar nicht leistungsfähig sind und manche Ausbildungen auch verhindert werden. Ich hatte eine junge Patientin, die immer zur Polizei wollte, was einfach nicht geklappt hat aufgrund des geringen Gewichts, die hat diesen Eingangstest schon gar nicht geschafft, ich weiß gar nicht mehr, ich glaube Liegestütz oder was, keine Ahnung, die das körperlich auch nicht mehr geschafft hat. Solche Dinge. Das sind- das gesellschaftliche Leben ist total eingeschränkt. #00:11:44-3#

I: Also dass die sich auch eher zurückziehen und - ? #00:11:47-1#

C: Ja. (.....) #00:11:57-3#

I: Jetzt kommen wir auf so ein paar Teilbereiche des Alltags, die wir- .also meine Gruppe und ich- uns gern genauer anschauen würden. Und zwar sind das einmal die Beziehungen und sozialen Kontakte, da habe ich eben schonmal ein bisschen was zu gefragt, aber wie gestaltet sich denn der Alltag in Bezug auf soziale Beziehungen bei den Betroffenen? Wir hatten eben schon

gesagt Rückzug steht im Vordergrund, der Familienalltag ist nicht mehr so einfach oder normal zu handhaben. Wie sieht das denn mit Partnerschaften/ Freundschaften aus? In der Schule? #00:12:40-0#

C: Also jetzt ist das bei uns ja immer so ein bisschen durchsetzt, ich sag mal auch von der Borderline- Persönlichkeitsstörung, die auch eine Beziehungsstörung ist auf irgendeine Art und Weise und deshalb sind auch soziale Beziehungen schwierig. Die haben oft Freunde und die haben auch Freundschaften, die sich einfach häufig schwierig gestalten. Also wir haben. Ich weiß jetzt nicht, ob du dich nur auf anorektische- gehts nur um Anorexie? #00:13:18-3#

I: Eigentlich schon, aber du kannst gern ein bisschen erzählen #00:13:23-4#

C: Weil das kann ich nicht immer so auseinanderhalten, vielleicht gibts da auch Unterschiede. Also viele der Patienten haben tatsächlich auch Mobbing-Erfahrungen gemacht, dass wir in den letzten Jahren kommt das immer mehr in der Schule, so das ist so ein Aspekt, der mir nochmal aufgefallen ist. Es gibt schon häufiger auch Freunde, also Partnerschaften, (..) aber eher wenige Freundschaften. Also insgesamt also es ist eher so, dass es wenige soziale Kontakte gibt. Oder es sich sehr fokussiert auf ein oder zwei Leute, was auch oft schwer ist für den Gegenüber, weil es so wenig also wenig Entlastung gibt auch ne. Also nur ein oder zwei Ansprechpartner. #00:14:29-8#

I: Aber die dann intensiver? #00:14:31-2#

C: Ja. aber da ist es vielleicht schwie- auseinanderzuhalten, wo gehört es hin? #00:14:48-3#

I: Wie gestaltet sich denn- Also ich könnte mir vorstellen, dass Menschen, die an Anorexie erkrankt sind, ein ganz anderen Tagesablauf haben oder einen anderen Alltag, also dass bestimmte Tätigkeiten einfach wesentlich länger dauern oder durch Gedankenkreisen man sich mit ganz anderen Themen viel mehr auseinandersetzt. Kannst du mir dazu was erklären? Also wie wirkt sich das auf die Freizeitgestaltung aus, auf das Einkaufen, also Lebensbewältigung? #00:15:21-8#

C: Ich finde das hängt ja immer ein bisschen tatsächlich vom Gewicht ab, was noch geht, und was nicht geht. Also wie aktiv die noch sein können oder nicht. Ich kann relativ wenig über die Lebensgestaltung sagen, weil ich, die

kommen bei uns entweder schon aus einer Klinik oder aus nem betreuten Umfeld, wo es auch eine Tagesstruktur also gegeben wird sozusagen, die vorgegeben war, und hierpassen die erstmal auch wieder gut in die Struktur rein, also die vorgegeben ist. Das ist glaub ich hilfreich. Also die Mahlzeiten sind vorgegeben, morgens, mittags, abends, ne, und die Ernährungsberatung bespricht die Zwischenmahlzeiten noch so. Das schwierige ist tatsächlich: Ich habe noch eine ambulante Gruppe, dass dann beizubehalten später, also den Sprung zu schaffen, Eigenverantwortung. Und da brichts dann meist auch wieder ein ehrlich gesagt. Also wen wir dann die in den letzten Wochen vor Entlassung die Entlassung vorbereiten und anfangen, Tagesstrukturpläne zu machen, zu gucken, ok, was essen sie wann, wie besorgen sie sich das Essen, was essen sie, dann wird das, das geht noch, aber das wird dann nicht mehr umgesetzt meistens. (...) Wenn sie nicht mehr begleitet sind, wenn sie dann alleine sitzen, zum Beispiel morgens alleine frühstücken müssen #00:16:55-9#

I: Gibt es denn deiner Meinung nach ausreichend Hilfsangebote ambulante oder könnte man da andocken? #00:17:03-8#

C: Meines Wissens nach nicht, meines Erachtens nach fehlt das. Also ist jetzt subjektiv, ich bin gar nicht so informiert ehrlich gesagt. Aber ne, also selten speziell für die Essstörung finde ich, klar also wir versuchen allen einen ambulanten Psychotherapeuten zu vermitteln, das ist sozusagen ein Hauptziel hier auch, sich darum zu kümmern in den 10 Wochen, aber nicht so spezialisiert. Wenn man Glück hat gibts jemanden, der sich ein bisschen damit auskennt, der das auch so mitbehandelt, aber als Fokus eigentlich nicht. #00:17:44-4#

I: Ok. Dann komm ich nochmal auf die Bereiche zurück, wo wir eben schonmal waren. Wir sind grad ein bisschen gesprungen. Die Patienten, an die du gerade so denkst, wie gestaltet sich denn das Schulleben oder wie hat sich das Schulleben gestaltet? Also waren die eher leistungsorientiert, gut in der Schule, was machen die beruflich eher oder was haben sie gemacht, bevor sie erkrankt sind? #00:18:14-1#

C: Die anorektischen Mädchen, sinds mehr immer noch, wir haben jetzt demnächst auch eine Aufnahme von einem Jungen oder einem jungen Mann,

wir haben ja keine Jugendlichen, das sind eher leistungsorientierte Menschen, die auch gut in der Schule waren, also leistungsorientiert, gut, gute Noten gehabt haben, sowas. Beiden bulimischen Pateinten ist es anders. Die fallen früher schon anders auf, (unverständliche Worte) und sind auch nicht unbedingt so gut in der Schule. Klinische Beobachtung, ne? Muss man auch nochmal gucken. Da gibts einen deutlichen Unterschied. Ich finde auch dass es noch häufiger ne Verbindung gibt zwischen der Bulimie und der Borderline-Störung, und die fangen auch früher mit anderem selbstverletzendem verhalten an, neben dem Erbrechen, und die haben das nicht so unbedingt mit dem- die haben den Leistungsanspruch nicht so, also da erlebe ich zumindest einen deutlichen Unterschied. #00:19:33-7#

I: Und wie ist so die aktuelle Lebenssituation? Also sind die meistens in Arbeit, in Ausbildung, Studium, oder ist eher. #00:19:44-4#

C: Ne, die Pateinten, die zu uns kommen, sind haben entweder noch gar keine Ausbildung angefangen, aus verschiedenen Gründen, also nicht nur aufgrund der Essstörung, oder Ausbildung abgebrochen. Es gibt auch welche, die in Arbeit sind, dann eher so Bankkauffrau hab ich jetzt so im Kopf. Studium haben wir auch selten hier. Also das was wir hier sehen, was hier ankommt, also die meisten eher entweder von ner betreuten Ein- also schon in einer Wohngruppe gewesen, oder noch zu Hause, aber eher desolate Verhältnisse ne. #00:20:43-1#

I: Desolat auch in Bezug auf zuhause also Familie oder auch in Bezug auf finanzielle Situation? #00:20:51-5#

C: Ne, erstmal zuhause, Familie. So also. #00:20:56-9#

I: Kannst du das noch ein bisschen erklären, was du damit meinst? #00:21:01-4#

C: Also schwierige Beziehungen zu den Eltern, ist vielleicht die Überschrift. also dass oft die Beziehung schwierig ist, und dass das auch oft ein Ziel ist, nochmal so Beziehungen zu klären oder wir auch nochmal Gespräche führen, um Beziehungsklärung zu betreiben. #00:21:29-9#

I: Das heißt, hier in der Arbeit werden auch die Angehörigen aktiv mit eingebunden? #00:21:34-2#

C: Ja, wenn das gewünscht ist genau. Wir bieten das auf jeden Fall immer an, ja #00:21:44-4#

I: Und dann auch den Angehörigen Unterstützungsmöglichkeiten angeboten oder? Also gehts eher um die Seite des Patienten oder um das System, Familie? #00:21:54-7#

C: Ne es geht eher um die Seite des Patienten tatsächlich. So also passiert es auch ne, wenn wir eine Mutter hier sitzen haben, die verzweifelt ist, wo wir merken die braucht eigentlich auch Unterstützung, dass wir der nochmal raten, wo sie hingehen kann, so aber in erster Linie gehts uns darum, den Patienten zu unterstützen, der hier ist. Was ja immer ein Balanceakt ist ehrlich gesagt, weil Angehörige kommen, die immer mit Schuld beschäftigt sind, und schnell auch Angst haben vor Angriff und deshalb muss man so ein Gespräch auch immer vorsichtig führen. Und gucken, dass der dann auch so dabeibleibt. #00:22:35-6#

I: Ich habe irgendwie den Eindruck bekommen, dass hier vor allem junge Menschen behandelt werden, ist das so? #00:22:43-5#

C: Das hat sich ziemlich verändert. Tatsächlich, wir haben uns deutlich verjüngt, was die Patientenstruktur angeht, ich kann gar nicht so genau sagen warum , das ist ein Phänomen mit dem wir uns irgendwie so beschäftigen müssen grade auch, weil sich dadurch auch Behandlungsstrukturen total verändern, also wir haben auch viel mehr mit der Frage zu tun 'Was ist Pädagogik und wo ist Therapie?' so, das ist echt schwierig geworden, bei den Essstörungen auf jeden Fall, wir sehen ältere Menschen, die haben das glaub ich besser gelernt das zu kompensieren, die kommen nicht mit so einem niedrigen Gewicht ehrlich gesagt. #00:23:26-7#

I: Das heißt wie alt sind die so im Durchschnitt, kann man das sagen? #00:23:28-7#

C: Meinst du alle oder nur die Essgestörten? #00:23:31-8#

I: Die Anorektischen. #00:23:37-5#

C: Also, wenn ich einen Durchschnitt nehmen würde, wahrscheinlich würde ich irgendwas sagen mit 21 oder so. Schon jünger. Und bei den anderen wissen wir das, da gibt es auch essgestörtes Verhalten, mh, aber das ist eigentlich meistens ganz gut im Griff. Wobei ich auch sagen muss, wenn natürlich jemand kommt mit einem BMI von 16 ist auch die Frage, ob wir den aufnehmen können hier. Die Frage ist ja, wie therapiefähig ist der für diese Form der Behandlung. Das muss man immer abwägen. Oder muss der dann

erstmal in eine Essgestörtenklinik gehen, und meistens ist es so, dass wir sagen "Gehen Sie erstmal in eine Essgestörtenklinik und kommen später nochmal zu uns" #00:24:26-2#

I: Ja, das ist logisch. OK. Wie wirkt sich eine Anorexie denn auf Freizeitgestaltung und Hobbys aus? #00:24:35-9#

C: (...) Also das ist. Das finde ich. Das ist irgendwie nicht so einfach zu beantworten. Ich habe so ein paar Patienten im Kopf. Wie ich eben schon gesagt habe, ich glaube es kommt immer so bisschen auf das Gewicht tatsächlich an. Es gibt also, die wollen ja eh meistens alle ihren Sport machen tatsächlich, es gibt eine Gewichtsgrenze, wo das nicht mehr gut geht, weil die einfach schlapp, müde und k.o. sind. Aber es ist, es ist auch wieder subjektiv, die, die ich hier erlebe, die machen keinen Mannschaftssport oder sowas, also es ist eher Laufen gehen oder ins Fitnessstudio gehen oder sowas, mh, das ist halt auch nicht so ein gesellschaftlicher Aspekt bei den Hobbies dabei #00:25:31-1#

I: Also auch da eher zurückgezogen? #00:25:29-4#

C: Ja, also so erlebe ich das eher. (..) Ja und tatsächlich auch Rückzug bei anderen Aktivitäten, weil dann so die Frage auftaucht "Was mach ich denn, wenn die essen gehen wollen, was kann ich denn dann bestellen oder wie komm ich da drum herum und was ist, wenn mich jemand anspricht und ich kann ja nicht immer dieselbe Ausrede nehmen, dass mir übel ist oder sowas." Also eher Rückzug und gucken, "was kann ich machen, dass das nicht so auffällt" #00:26:06-3#

I: Also dann auch ein nicht-authentisch-sein-können? #00:26:10-2#

C: Ja, ja. #00:26:17-1#

I: Die Frage klingt immer ein bisschen makaber, aber ich finde die sehr spannend: Gibt es was Positives, was die Betroffenen aus der Anorexie mitnehmen können? #00:26:31-8#

C: Was die antworten würden? #00:26:35-6#

I: Ja #00:26:36-4#

C: Es gibt ja sone Übung, das wird ja klassischerweise eher in der Kinder- Jugendpsychiatrie gemacht, wo die so Briefe schreiben an ihre Anorexie, das hab ich auch schonmal hier gemacht, und das taucht ganz oft auf, die nehmen da total viel draus. Also jeder Patient, den ich bislang erlebt habe, der

sagt "Die Anorexie gibt mir totale Sicherheit, also ich habe das Gefühl, wenn alles andere entgleist, das ist der Bereich, wo ich Kontrolle habe, ich kann das kontrollieren" Also Kontrolle ist ein super großes Thema. "Darüber schaffe ich das irgendwie, das nimmt mir keiner, das ist meins. Das kann ich machen, da kann meine Mutter mir 100 Mal sagen "Iss was" das kontrolliere ich aber " Das hat ja auch ein bisschen was mit Macht zu tun. Das sagen die wohl selber nicht, aber das ist so meine Interpretation. Also Kontrolle, Sicherheit, natürlich gibts da auch den Aspekt, dass die diese Rückmeldung kriegen am Anfang noch, am Anfang kommt ja oft "hast du abgenommen, das sieht aber gut aus!" #00:27:43-3#

I: Also vor allem aufs Körpergewicht bezogen? #00:27:43-7#

C: Ja zum Aussehen. Irgendwann verändert sich das ja auch, aber das sind häufig Rückmeldungen am Anfang, wenn die so abgenommen haben. Und auch so dieses, wir haben ja auch häufiger traumatisierte Patientinnen, auch mit einer Essstörung, die so sagen "Das ist so wenn ich so gar nichts mehr im Magen habe so dieses Gefühl, dann bin ich nur noch mit den körperlichen Symptomen beschäftigt und ich muss an nichts anderes mehr denken. Dann ist das andere so weg." #00:28:24-8#

I: Achso, durch den Hunger ist man so - #00:28:26-1#

C: Ja, "das hilft mir oder wenn ich anfange" die denken ja auch nur noch ans Essen, das ist ja auch so paradox, essen nichts und denken den ganzen Tag übers Essen nach. Aber dann sind halt andere Dinge mehr im Hintergrund. Das erleben die auch oft als hilfreich, "Dann muss ich über nichts anderes mehr nachdenken oder ich habe vielleicht nicht Bilder, die mich an irgendetwas erinnern oder sowas. ich fühle mich so ein bisschen wie in Watte gepackt. So das ist ja so ein bisschen dumpf. Ich erlebe alles nur so ein bisschen abgeschwächt. " #00:28:57-0#

I: Also dann auch eine Emotionsregulation? #00:28:58-3#

C: Total, ja ja. #00:29:35-4#

I: Spannend ok. Und im Sinne von Wissen? Gibts da irgendwas, dass sie durch die Anorexie noch leistungsorientierter sind, dass die noch besser in der Schule werden, oder dass mh die sich so sehr mit Essen beschäftigen, dass sie sagen "Boa, ich kann jetzt sämtliche Kalorientabellen auswendig und ich möchte jetzt Ernährungsberaterin werden" oder so? #00:29:26-4#

C: Ne, das hab ich echt noch nie erlebt. Also die kennen alle Kalorientabellen, wenn man sie fragen würde, aber ich habe bis jetzt keinen kennengelernt, der so damit hausieren geht oder sowas. Das habe ich nicht erlebt. Wenn ich frage, es ist eher so, dass die ein bisschen vertuschen, aber es ganz genau wissen, wenn ich dann mal frage "Ja sie wissen doch selber was so ein Mars " "Ja klar, das hat 100, 200 oder keine Ahnung was " Ok. So ne. Aber eher , das hab ich nicht so erlebt. #00:29:54-2#

I: Ok. Bist du der Meinung, dass diese Diagnosestellung Anorexie was Positives oder was Negatives hat, also für die Patient*innen? Und führt das eher zu Inklusion oder zu Exklusion? #00:30:14-6#

C: Das ist eine gute Frage finde ich, (.....) das finde ich echt schwer zu beantworten. Also das eine ist ja: Wie reagiert die Außenwelt auf die Diagnose? Wenn du sagts Inklusion oder Exklusion, und das andere ist wie ist es für den Patienten? Mein Gefühl ist aber, das spiegelt sich eigentlich nicht so in den Reaktionen wieder unbedingt, mein Gefühl wäre, es ist hilfreich für den Patienten, das auch zu benennen, so, um das Problem klar zu haben und dann auch genau zu sagen "Ok, das können wir machen. " Aber eigentlich ist die Reaktion des Patienten nicht so, also der ist nicht automatisch entlastet, wenn er die Diagnose bekommt und sagt "Ah, jetzt gibts jemanden , der das mal benennt, was ich habe." das kenn ich bei anderen Diagnosen schon. Also bei der Borderline-Störung kenn ich das, dass die manchmal auch sagen "Jetzt beschreibt mal jemand, wie das ist, genauso fühle ich mich seit Jahren und so nennt man das! Und das ist eine Erkrankung. Ich wusste nie, was mit mir los ist." Das habe ich bei der Essstörung nicht so erlebt. Aber es kann, aber ist ja auch ein sehr ausgewählter Kreis, den ich hier erlebe. Mh. Und ich glaube auch, dass nach wie vor eher eine Exklusion ist in unserer Gesellschaft. Also sämtliche Diagnosen, die psychiatrisch sind. Also so. Blinddarm jetzt nicht, aber psychiatrische Diagnosen auf jeden Fall. Ja. #00:31:59-1#

I: Und hilft es den Patienten - ok andersrum: Die Anorexiepatienten sind ja am Anfang eher, dass sie es nicht sehen, dass sie eine Essstörung haben- #00:32:14-9#

C: Ja. #00:32:14-9#

I: Hilft denen das, die Diagnose zu bekommen- in der Akzeptanz der Erkrankung oder in der Annahme? #00:32:25-2#

C: Mmh, ich glaube nicht. Also die erhalten die ja meist schon, die erhalten die ja meist nicht bei uns sondern vorher schon, und da sind die meist eher noch in einem Stadium von, die wollen das oder wenige die ich kenne, wollen das dann loslassen, deswegen glaube ich, erstmals nicht. (..) Ist so mein Eindruck. Glaub ich nicht. also in den meisten Fällen erstmal nicht. #00:33:06-8#

I: Dann sind wir schon beim letzten großen Punkt: Was würdest du dir wünschen, wie die Gesellschaft mit dem Thema Anorexie umgeht oder wie könnte man neue Unterstützungssysteme etablieren? Was braucht es? #00:33:29-4#

C: Also ganz aktuell finde ich den Trend- Unterstützung muss ich gleich nochmal gucken- gesellschaftlich gehts tatsächlich darum, diese Bilderflut sozusagen zu also ich glaub schon, dass es auch so einen Einfluss gibt. Ich glaube nicht, dass das ursächlich eine Anorexie auslöst, also so bestimmte Körperbilder, die wir jetzt so haben oder bestimmte Vorstellungen, wie Körper aussehen müssen, das glaub ich nicht. Aber ich glaube, dass das insgesamt trotzdem Einfluss hat auf ein positives Körperbild zu mir selbst oder nicht. Also was so gezeigt wird. Und da finde ich eigentlich den Trend ganz gut zu sagen," ok, ich zeige mich auf Insta oder weiß ich nicht was es alles so gibt, so wie es tatsächlich ist und nicht so mit Filter." Da gibts ja immer mehr Leute, die so normale Bilder von sich machen. Das finde ich einen super Trend muss ich sagen. Das finde ich sehr mutig und auch realistisch, also einfach realistischere Darstellungen auch zu machen. So das ist so das eine am Rande irgendwie. Welche Unterstützungsmöglichkeiten? Also wo du so eben sagtest, wo du mich gefragt hast "Was gibts für ambulante Hilfsangebote" da hab ich noch mal drüber nachgedacht, ja, was könnte man da noch installieren, also, wahrscheinlich gibts- also einfach auch noch mehr ambulante Gruppen anzubieten, ich glaube auch Gruppenangebote sind hilfreich und nicht nur in Form von Selbsthilfegruppen, sondern tatsächlich auch angeleitete Gruppen, wo man sagen könnte, ne, das wäre jetzt auch son Ding von mir aus, ok da können sie nochmal hin, wenn sie es hier gemacht haben, das wäre dann nochmal eine Gruppe, wo sie weiter machen können.

WO dann vielleicht auch tatsächlich Körperschemaübung gemacht werden können in der Gruppe und solche Sachen. Praktische Dinge auch. Ich geh mit der Gruppe Hosen anprobieren oder was in der KJP ja teilweise auch gemacht wird. Ne. So und dann hörts irgendwann auf. Wenn die daraus sind, dann ist mein Eindruck dann passiert nicht mehr viel. Also dann, das fällt, das sind so Sachen, die mir so spontan einfallen. #00:35:54-3#

I: Ich komme mal grade auf den Punkt, den du vorher gesagt hast, zurück. Du meintest zum einen Selbstdarstellung zum Beispiel auf Instagram, aber meintest du auch so mediale Darstellung, Werbung, so den ganzen Bereich der- #00:36:09-9#

C: Ja, ja, auf jeden Fall. Also das ist jetzt sehr subjektiv und vielleicht auch nicht therapeutisch, eher so mein persönlicher Eindruck, also dass ich, das Auge gewöhnt sich ja an Dinge, so, das erleb ich ja bei mir selber. Je häufiger ich sehr dünne Models sehe zum Beispiel, oder Leute/ Frauen in der Werbung, desto mehr gewöhne ich mich daran und desto eher denke ich wenn ich jemand normalen sehe "Huch, oh, ist vielleicht ein bisschen dick" Was totaler Quatsch ist, wenn ich denke der wiegt vielleicht 60 Kilo. Aber das Auge hat sich ja an was anderes gewöhnt. Ich glaube wir müssen viel eher mehr normale Bilder haben, wo wir sagen, das ist normal. Es gab ja auch mal bei Dove- und selbst die waren bestimmt schöner gemacht, aber zumindest mal normalgewichtige Frauen, die sie da dargestellt haben. Mal so in einer Kampagne ne. DAs finde ich schon hilfreich, das mehr zu machen. #00:37:03-0#

I: Ok. Also realitätsnah. #00:37:06-4#

C: Ja! Und tatsächlich mit Delle, ohne Delle, was auch immer, alles was es halt so gibt ne. Es gibt doch jetzt diese curvy models. Aber es muss ja auch nicht ins andere Extrem gehen. Normal halt einfach. Ich finde das ist es oft nicht. #00:37:24-9#

I: Vielleicht auch die ganze Bandbreite mal abzubilden #00:37:29-0#

C: Ja, genau. #00:37:30-3#

I: Ok. Gibts noch irgendwas, was wir nicht besprochen haben, ne, in Bezug auf die Fragestellung, irgendwas was wir vergessen haben? Also wir als Forschungsgruppe. Oder was du noch gerne sagen würdest? #00:37:47-3#

C: Ja mir ist wirklich - ja was du auch nochmal sagtest, der Aspekt der Emotionsregulation, den finde ich wichtig, ich glaube, dass es viele Formen von essgestörtem Verhalten gibt, die tatsächlich darauf abzielen, seine Emotionen auch zu regulieren. Also entweder indem ich zu viel esse und mit meinem Völlegefühl beschäftig bin oder Traurigkeit zu stopfe oder Einsamkeit wegmache. Genauso wie wenn ich Essen weg lasse, mich bestrafen, ich bin es nicht wert, oder sowas, ich glaube es hat viel mit dem unbewussten Versuch zu tun, auch irgendwie mit seinen Emotionen umgehen zu können. Und das ist ja letzten Endes unser Job hier, was für funktionalere Bewältigungsstrategien gibts vielleicht? So ja. #00:38:48-0#

I: Also die Idee der Emotionsregulation als Basis, auf der die Probleme sich dann weiter aufbauen? #00:38:58-5#

C: Ja, dann ist es auch ein bisschen anderer Ansatz. Klar muss ich den Leuten auch beibringen, wie sie essen müssen und was sie keine Ahnung, da sind wir halt nicht so drin, aber das kriege ich hier manchmal so mit. Aber wenn ich auch darauf gucke "ok was ist denn eigentlich los und welche Gefühle beschäftigen mich oft und wie kannst du lernen damit umzugehen, und dann glaub ich, dass sich das dann auch ein Stück weit regulieren kann, dann können sie auch was anderes anwenden ne. So bin ich immer mit Essen beschäftigt. #00:39:42-5#

I: Ok, von meiner Seite war es das.

Interview 4:

Datum des Interviews:	02.04.2020
Ort des Interviews:	Psychiatrische Abteilung eines Krankenhauses
Dauer des Interviews:	37 Minuten
Interviewende*r:	Laura Maren Michel
Indikator der/des Interviewenden:	I
Beruf der/des Interviewenden:	Studierende (Soziale Arbeit M.A.)
Interviewte*r:	
Indikator der/des Interviewten:	D
Beruf der/des Interviewten:	psychologische*r Psychotherapeut*in

I: Ok, genau das Ganze ist in 4 Punkte gegliedert, ich mache mir auch zwischendurch ein paar Notizen, wenn ich nachher was fragen will #00:00:11-6#

D: Na klar. #00:00:11-6#

I: Genau, wir fangen erstmal so ganz grob an, und zwar: Würden Sie mir einmal schildern, wie sich Ihre Arbeit mit den Anorexie-Patient*innen gestaltet und was die Ziele der Arbeit sind? #00:00:24-6#

D: Also wir befinden uns ja hier in einer stationären Therapie, da heißt, die Patienten bekommen von uns einen Essvertrag, in dem genau festgelegt wird, welche Essensmengen sie zu welchen Zeiten einnehmen, welche Ruhezeiten dazwischen liegen müssen, (mh), Ziel ist, dass die Patienten Kontrolle abgeben in dem Fall, dass sie sich ganz und gar sozusagen nur auf das Essen konzentrieren können und darauf, wie sie wieder ihr Spektrum erweitern, was Nahrungsmittel anbelangt, ja. Das ist sozusagen ein Ziel des Essvertrags, es wird allerdings auch vertraglich festgelegt, dass sie mind. 500 Gramm pro Woche zunehmen müssen. Wir haben hier Patienten mit einem sehr geringen BMI teilweise, und es ist ja lebensnotwendig und dass wenn die Zunahme auch nicht funktioniert mit dem Essplan, den sie haben, das wird mit einer Diätassistentin bzw. einer Ernährungsberaterin zusam-

men erstellt, dann gibt es eben Konsequenzen die beispielsweise Nahrungsergänzungsmittel hochkalorische oder auch bis zu Sondierungen ne das war Hochkalorische ähm oder auch bis zur Sondierung , dass wir echt so weit gehen, weil wenn wir Patienten haben mit einem BMI um die 13 herum dann ist es wichtig dass wir da auch Hand also Maßnahmen ergreifen können genau. Also das ist sozusagen der erste Punkt. Ich weiß nicht warum es klopft, ähm (..) was meine Aufgabe ist es diesen Essvertrag mit den Patienten durchzugehen, abzuschließen, zu erklären was dahintersteht, warum keine Süßungsmittel benutzt werden dürfen, warum Süßigkeiten horten nicht in Ordnung ist ... Also diese ganzen sehr undankbaren Dinge muss ich sozusagen als erstes abklären und bin dann mit den Patienten in Einzelgesprächen, das heißt es geht eher darum zu gucken, wofür steht die Anorexie, Was ist der Hintergrund davon (äh), welche Funktion hat quasi die Anorexie im Leben der Patientin und wie können wir sozusagen das verändern. Und ich mach noch Gruppenpsychotherapie: Essstörungsgruppe das lehnt sich an an die Körperbild Therapie nach Fox und Lehnbauer, allerdings wandel ich das immer ganz gut ab, weil das ist für mich auch immer ein ganz gute Gelegenheit, die Patienten die hier viel Zeit miteinander verbringen, gerade in der Nachruhe, einzuschwören darauf, sich eben nicht gegenseitig zu hypen, was die es Störungen anbelangt, sondern sich nochmal dem Problem der Störung bewusst zu werden und ja genau ein bisschen Commitment-Arbeit zu leisten kann man sagen. #00:02:58-0#

I: (Mh) okay (ähm), was würden Sie denn sagen, was die ähm oder wie nehmen sie die Betroffenen wahr und was zeichnet diese aus? #00:03:08-2#

D: Anorektikerinnen? #00:03:09-2#

I: (zustimmendes mmh) #00:03:09-2#

D: In der Regel sind das sehr leistungsorientierte Menschen, sehr zwanghaft, teilweise auch also sehr kontrollieren, die über die Gewichtsreduktion ein Gefühl von Selbstwirksamkeit erreichen. Also dieses "ich schaffe es abzunehmen das Schaffen andere nicht und wenn ich abnehme, dann bin ich diszipliniert" das ist so zu einem ganz wesentlichen Kognition, die viele haben, diese erfolgreich ist, wer schlank ist, wer dünn ist, wer diszipliniert ist, dass - sie vergessen oder sehen darüber nicht, dass sie mit dieser Methode der Gewichtsreduktion und des im Störungsbild aufgehen seins äh ihre absolute

Funktionsfähigkeit einschränken, ja da ist nichts mehr, da ist kaum noch kognitive Leistungsfähigkeit in anderen Bereichen übrig. Das ist total eingeschränkt auf Essen. Ja, es ist nicht so, als hätten die kein Hunger, die Patienten dauerhaft Hunger, nehmen es aber als ein positives Merkmal wahr, dass sie es schaffen, diszipliniert genug zu sein eben nicht zu Essen beispielsweise. Also Disziplin, Kontrolle, Selbstwirksamkeit, das ist sowas ganz sehr rigides, sehr zwanghaftes, das ist so, was wo ich Anorexie Patienten am meisten erlebe ja. und ganz ähm heftige Körperschemastörung. Also Patientinnen, die das Gefühl haben sie seien unfassbar dick und wenn man dann zum Beispiel so eine Schnurübung macht, sieht man, wie die also wie die sich maximal überschätzen. Also Körperschemastörung ist dann immer- das finde ich immer sehr eindrücklich. oder was da noch denken wie schnell sie Anorexie wegkriegen und wie einfach das ist letztendlich und das aber dann immer die nächsten Tage verschieben. "morgen esse ich" (lacht) #00:05:02-7#

I: (Äh) okay, Die Frage ist vielleicht ein bisschen überflüssig, ich muss sie trotzdem Fragen: #00:05:02-7#

D: Alles gut #00:05:05-8#

I: Nach welchen Kriterien definieren sie Anorexie? #00:05:12-1#

D: Okay (lacht) ja also BMI unter 17,5 ist wichtig zum Beispiel, ne dass eine Gewichtsabnahme, also nach den neuen DSM-Kriterien ist es so, dass es auch schon sich um eine Anorexie handelt, wenn es nicht unter 17,5 ist der BMI, sondern wenn ein Gewichtsverlust von- ich weiß es nicht, muss nachgucken - signifikanter Gewichtsverlust in einer gewissen Zeit einfach stattgefunden hat. #00:05:34-9#

I: Also nach dem DSM? #00:05:36-4#

D: Nach dem neuen DSM, ja, ICD XI ist noch nicht raus, das ist jetzt DSM 5 (mh) also hat sich einiges getan. ich finde das ganz sinnvoll, was sich da getan hat an den Kriterien an der Veränderung (ähm) ja genau. Also das würde ich mal behaupten das ist das Hauptmerkmal, also eben das Weglassen von Lebensmittel und auch Gegenregulieren, also dieser hohe Bewegungsdrang, und so weiter. Das sind alles Punkte, die natürlich eine Anorexie ausmachen ja #00:06:04-3#

I: Okay, (äh) dann sind wir schon beim zweiten Punkt. Jetzt geht es eher so

um das gesellschaftliche Miteinander, das Umfeld, die sozialen Kontakte: Und zwar wie geht denn das Umfeld der betroffenen in der Regel mit der Situation um, dass Menschen in einer Anorexie sich befinden? #00:06:22-7#

D: Ganz unterschiedlich. Es gibt Leute die einfach verzweifelt- also vor allem nahe Angehörige, die eher verzweifelt sind, die versuchen die Patientinnen - es sind meistens Frauen, Es gibt auch Männer die unter einer Anorexie leiden aber das ist sehr selten- ähm zu animieren zu Essen oder die einfach dann auch so Sachen sagen wie "jetzt iss doch einfach mal was" oder "Oh du siehst heute aber gesund aus" was natürlich in den Patienten eine absolutes Panik auslöst, weil gesund aussehen wird gleichgesetzt mit "Ich bin Fett geworden, ja ich hab zugenommen, Ich war nicht diszipliniert genug" also das was ich sagen will ist, dass die Hilflosigkeit im Umfeld riesengroßes ist ja und dass die Art zu unterstützen oft genau das Gegenteil bewirkt. Unbewusst ja. Also "hier iss doch mal was" oder "guck mal du siehst so krank aus", das ist ja eher ein Kompliment. also so erlebe ich es, und dass die Patienten selbst sehr eingeschränkte soziale Kontakte haben, weil sie einfach nicht mehr Essen gehen. Also Situationen, wo man sich mit Leuten trifft und dann -ne- dann dann äh vermeiden sie das, weil sie Angst haben dann in der Öffentlichkeit essen zu müssen. Das geht ja schon so weit, dass sie tatsächlich denken, sie dürfen in der Öffentlichkeit nicht Essen, weil die anderen dann denken "so warum isst sie denn überhaupt was, sie hat gar kein Recht was zu essen" also ganz schlimm. Ja ganz einsam auch oft. sehr einsam. (.) was Verrücktes ist, weil sie ja versuchen über die Gewichtskontrolle erfolgreich zu sein und im sozialen Leben irgendwie eine wichtige Rolle einzunehmen. #00:07:57-3#

I: Ja, okay das heißt ähm ja ich habe aufgeschrieben: Inwiefern gibt es Unterstützungs- und Hilfeangebote aus dem Umfeld? und eher Verständnis oder Unverständnis? das haben wir gerade so ein bisschen beantwortet, also eher- #00:08:12-2#

D: Es kann beides sein, weil ja. Es gibt wirklich beides, es gibt doch. Es gibt, eine Anorexie-Patientin hat mir den Satz da am Rechner geschenkt gehabt. Die hat gesagt "Ich darf eigentlich machen was ich will zu Hause. Wenn ich nichts essen will, dann esse ich halt nichts, weil meine Eltern haben so eine

Angst davor, dass es noch schlimmer wird, dass ich alles machen darf." Und die hat mir diesen Satz gegeben "wenn man immer Recht bekommt fühlt man sich nicht ernst genommen" fand ich total toll, weil es einfach wichtig ist, da auch Grenzen zu haben. ja. ja. Genau, also wie gesagt klar, wenn jemand sehr dünn ist, magersüchtig ist, und das augenscheinlich ist, dann ist es schon so, dass da auch versucht wird irgendwie mittels Ärzten und so weiter-. Aber der Druck führt meistens genau zum Gegenteil. #00:08:57-7#

I: (Mh) aber Sie erleben das schon, dass ähm Angehörigen meistens Unterstützung und Hilfe anbieten und- #00:09:04-5#

D: Sie sind oftmals sehr verzweifelt, weil in einer Essstörung, also gerade in dem sie dürfen wir nicht vergessen, dass die Leute, die hierher kommen mit einer Essstörung meistens so krank sind, dass da schon so viel im Vorfeld passiert ist, dass da einfach eine hohe Verzweiflung ist seitens der Angehören, die sich hilflos fühlen ne weil sie einfach sehenden Auges mitbekommen, wie sich jemand zugrunde richtet ohne eingreifen zu können. Also das heißt Unterstützung ja, aber auch dann auch schon wieder nicht mehr, weil einfach so eine Hilflosigkeit ja im Vordergrund steht. #00:09:37-5#

I: Okay und welchen Einfluss haben Angebote zum Beispiel die Beratungsstellen, Schulsozialarbeit sowas, es gibt da ganz verschiedene For- #00:09:49-2#

D: Ähm zu wenig würde ich behaupten. Ja also das Problem bei der Anorexie ist einfach, dass man Patienten nicht gegen ihren, also die Krankheitseinsicht ist halt nicht da bei einer Anorexie. Ja das ist bei Essstörungen auch generell so, dass das eine eine ich-syntone Störung ist, das heißt das ist sehr stark Teil eines (.) Lebensgefühls vielleicht schon gerade, kann man schon fast sagen ja, und etwas, was man halt macht ,was notwendig ist, weil es irgendwie passt, es wird ja sogar propagiert, ja so dann brauchen wir nur Zeitschriften rein zu gucken und dann sieht man ja, dass das alles so machen und dass das ja völlig in Ordnung ist ja. was ich sagen will ist, es nicht so dieser klassische Leidensdruck da, wie bei anderen Erkrankungen und entsprechend werden dann eben diese Anlaufstellen gar nicht erst aufgesucht. Vielleicht von Angehörigen, die eben verzweifelt sind, aber von den Be-

troffenen glaub ich eher selten. Es sei denn, sie haben den Kampf aufgenommen und merken sie kriegen‘s nicht hin und möchten es aus welchen Gründen auch immer- Kinderwunsch spielt manchmal ne Rolle, warum Frauen im gebärfähigen wegen Alter dann anfangen, gegen zu zusteuern. Medizinische Komplikationen, die stärker sind, das kann auch manchmal eine Rolle spielen. aber ehrlich gesagt ist das immer untergeordnet. #00:11:04-2#

I: (Ah) okay, da sind wir schon im dritten Punkt. Wir sind schnell. #00:11:09-7#

D: Ja, hab ich auch grad gedacht. #00:11:13-6#

I: Ja, müssen sie mehr erzählen. (lacht) #00:11:13-6#

D: Ja, gerne #00:11:13-6#

I: Dritter Punkt ist so: was sind die Probleme, die Menschen erleben, aber andererseits auch die Chancen, die sich vielleicht daraus ergeben. Und zwar sie haben schon ganz viel genannt, aber können Sie noch mal ganz kurz zusammenfassen, welche Schwierigkeiten erleben Menschen, die an Anorexie erkrankt sind? #00:11:37-6#

D: Also rein körperlich ist es so, dass sie nicht mehr das Gedächtnis, Kognitionen, Aufmerksamkeit maximal eingeschränkt sind, (mh) ähm, das heißt sie können, sind einfach nicht mehr leistungsfähig was sie natürlich wiederum unter Druck setzt, ihre Leistungsfähigkeit auf der Störungsebene auszuleben. So ein bisschen Teufelskreis ähm. Ein Part ist der vielleicht als positiv gewertet werden kann, dass sie unfassbar bewandert sind, was Nahrungsmittel anbelange. Welche Nahrungsmittel welche Zusammensetzung, welche Kalorien, also die ganzen Ernährungsberaterinnen kämpfen darum zum Beispiel mit dem essgestörten Patienten, wieder eine volle Ernährung aufzubauen. Also vollständig heißt wirklich Kohlenhydrate, Fette, Eiweiß alles mit einzubeziehen und nicht ausgestanzt nur irgendwelche Lebensmittel zu sich zu nehmen. aber gut, das ist vielleicht der Vorteil, dass sie sich wirklich permanent ums Essen drehen und kreisen, da wirklich viel Know How haben ähm, aber Probleme, klar, ne also einmal die Stigmatisierung, ne wenn man jemanden da hat der so dünn und - das sieht auch nicht schön aus muss man ja objektiv sagen. Ja also wie oft ich das hatte, dass, ich mach das manchmal, dass ich zur Konfrontation Patientin bitte sich in Unterwäsche

vor die Wand zu stellen und mit deren Handy mach ich dann Fotos von den Patienten. Also es ist kein Bildmaterial was ich dann behalte, das dient wirklich nur den Patienten, um sich nochmal anzugucken. Meistens ist es so, dass der Blick kleben bleibt am Bauch, weil der oft ganz leicht gerundet ist, das wird dann wahrgenommen als unglaublich fett und wenn ich dann aber darauf hinweise "so schauen sie sich bitte ihre Knochen an, ihrer Wirbelsäule, ihre Beckenpfannen, die man sieht, sehen sie, dass die Unterhose überhaupt- die hängt nur, ich frag mich, woran sie hängt weil da ist nix mehr, ja, schauen sie, ihre Knie sind dicker als ihre Beine, ja und Haut ist dünn, brüchig, schuppig, trocken, Haare fallen, aus Lanugobehaarung setzt ein," ähm die sind bradykard, das heißt sie, sind, dauernd haben die kalt oder. Oh Gott: haben kalt, sehen Sie mal. Ich bin schon voll im Öcher. Ohwei. (lacht) denen ist dauernd kalt, sie frieren und sie haben tatsächlich auch oft dieses Phänomen, dass die Hände und Füße ganz blau gefroren sind, obwohl es warm ist ne, weil die Durchblutung nicht mehr stimmt. (mh) die können auch nicht mehr lange sitzen zum Beispiel ja oder - Ach mein Lieblingsbild war bei so, da war es allerdings -7 Grad, es war kälter als jetzt, da war ne Anorektikerin vorm Fenster bei offenem Fenster mit ‘nem Buch, als ich um die Ecke gebogen bin und hat während des Lesens noch Kniebeugen gemacht. Ja also frieren, Kniebeugen und lesen gleichzeitig. Also wenn mir jemand- "ich hab gar nichts gemacht, ich habe gelesen" habe ich gelernt nachzufragen und wie haben sie denn gelesen, im Sitzen? "(entsetzt) Neeeein!" ey also mindestens mal stehen. Nein ja also das sind, das macht ja nicht gesellschaftstauglich. Nein das ist schwierig für diese Patienten ähm wieder eine Rolle in der Gesellschaft irgendwie zu finden und das Unverständnis dafür ist aber total stark ausgeprägte. Dieses "wieso denn nicht ich kann doch alles. Ich bin noch total leistungsfähig und diszipliniert" #00:15:05-9#

I: (Mh) okay, daran anknüpfend direkt: Also wir haben dieses gesellschaftliche noch mal untergliedert in Familie, Peergroup und so weiter, also die verschiedenen Bereiche und könnten wir da noch näher drauf eingehen? Also Sie haben eben gesagt, in der Familie zeichnet es sich vor allem durch Hilflosigkeit und Verzweiflung aus. #00:15:30-4#

D: Ja und zwar sowohl ähm, also es kommt jetzt ein bisschen drauf an, ich hab

jetzt Erwachsene vor Augen, also Eltern gegenüber ihren Kindern, aber ich hatte auch schon eine Erwachsene Patienten mit einer Anorexie, wo hier die Kinder saßen und einfach gesagt haben "wir müssen zu gucken wir unsere Mutter sich zugrunde richtet und können nichts tun". Eine Patientin mit einem dreizehner BMI um 13,4 glaub ich, die die die Sondierung hat in Flaschen ablaufen lassen zum Beispiel. Und die mir die ganze Zeit erzählt, dass sie am 1.1.2020 wieder als Erzieherin in einer Einrichtung tätig sein wird. Ich glaube nicht. #00:16:09-4#

I: Sind die Patienten, leben sie meistens noch zu Hause also in ihrem Elternhaus oder in - #00:16:16-6#

D: Die meisten wohnen tatsächlich zu Hause im Elternhaus oder sind zurückgezogen auch wieder nach Hause ins Elternhaus, weil sie nicht berufsfähig sind, also äh können ihrem Beruf so einfach nicht mehr nachgehen aufgrund der Erkrankung ähm. Es gibt allerdings auch welche, die dann hier in so Einrichtung von der X beispielsweise gibt es eine Wohngruppe, die da wohnen, mit mehr oder weniger Erfolg muss man sagen ne also das ist immer sehr schwierig. Wie gesagt die Behandlung von Anorexie ist maximal abhängig von dem Willen des zu Behandelnden, von der Patientin selbst. Man kann nicht, man kann die Anorexie nicht gegen den Willen der Patientin behandeln. Das was man machen muss ist permanent klar machen, dass die Anorexie keine Lösung ist, sondern ursächlich für die Problematik, in der die Patientin drinsteckt. Das Ding ist, dass keine Patientin zunehmen möchte, ja, zur Behandlung der Essstörung und dass das aber die Basis ist, damit es überhaupt weitergehen kann ja. Es ist auch so wenn eine Anorexie länger als 3-4 Jahre besteht ist eigentlich Hopfen und Malz verloren, weil dann im Gehirn so eine Umstrukturierung stattfindet. Das kann man sogar im MRT sichtbar machen. Das ist echt gruselig. Von der Patientin habe ich ein MRT Bild gesehen von 4 Jahren das sah aus wie von einer Alzheimer-Patientin, also es war ganz schrecklich. Und dann ist nichts mehr zu machen. Dann war es das. Dann ist das chronifiziert. #00:17:59-6#

I: Wie wirkt sich denn die Anorexie auf ja die Peergruppe aus, also dass die Interaktion mit Gleichaltrigen- #00:18:14-0#

D: Also zu Beginn ist es oft so, dass es erstmal so ist "wow du hast voll gut abgenommen und sieht voll gut aus" aber wenn es dann kippt dann wenden

sich doch die Gesunden eher ab muss man sagen und dann kommts eher zu so einer Psychiatriesierung. Das heißt man lernt dann in den Kliniken andere Betroffene kennen und verbündet sich mit denen, weil wissen ja, worum es geht und so weiter und sofort. Das Internet spielt natürlich eine große Rolle, viele Internetseiten wo man Gleichgesinnte trifft, wo man sich dann gegenseitig pusht und so weiter. Die ersetzen dann normale soziale Kontakte ne. Die können ja auch nicht mehr bei normalen Sachen mitmachen ne also zum Beispiel lange im Kino sitzen geht gar nicht. Allein das Sitzen die ganze Zeit ist katastrophal. also sie sind sehr isoliert. Ja also Peergroups gibt es in dem Sinne schon im Grunde wird immer weniger also. Es gibt zwar immer noch ein paar Freundinnen oder so die dann mal zu Besuch kommen so und trotzdem ist das tatsächlich etwas, wo ich eher merke, dass die Leute vereinsam. #00:19:13-3#

I: Also auch ein Rückzug aus Aktivitäten? #00:19:17-6#

D: Ja #00:19:19-2#

I: Okay und wie sieht das in Paarbeziehung aus? #00:19:22-2#

D: Es gibt Paare, die bestehen die Anorexie, aber da ist es auch so, dass viele Partner eben verzweifelt sind und eben nicht wissen, wie sie ihre Frau unterstützen/ ihre Freundin unterstützen. Manchmal ist es auch so, dass ähm, dass Partner verzweifelt sind und sich das nicht mehr angucken können und dann gehen, weil es einfach nicht funktioniert. Was die Anorexie natürlich noch verstärkt, weil "der ist ja nur gegangen, weil ich zu fett bin" gibts dann so Ideen ähm ja also es ist auf jeden Fall sehr schwierig. Manchmal fängt es aber auch an toxisch zu werden, weil Patientinnen Angst haben, wenn sie gesund werden, dass man dann nicht mehr die Fürsorge und Unterstützung bekommt. Also das ist auch manchmal schwer. #00:20:16-6#

I: Okay, also eigentlich wie im Elternhaus? #00:20:20-9#

D: Ja. ja im Endeffekt ja. Wobei ich schon, eine Patientin weiß ich noch die hat hier gesessen und geweint und hat gesagt "wissen Sie, Ich möchte ja gar keine schöne -also Sexualität findet gar nicht mehr statt zum Beispiel ja oder nur unter ganz bestimmten Bedingungen. Also meistens aber nicht mehr und das ist natürlich für jeden Partnerschaft ganz schön scheiße, ja und die Patientin hat hier gesessen und geweint und gesagt "Ich würde mir ja schöne Unterwäsche kaufen, aber ich weiß, dass es scheiße aussieht. Sieht schlimm

aussieht, richtig schlimm aus" die sagt auch noch Frau E. "Sie werden es nicht glauben ich hab hier ein Mädchen, das ist vor mir gelaufen ich hab gesagt bei mir: Die hat doch eine schöne Figur und dann dreht sie sich um und dann seh ich den Schlauch. Und dann ist mir aufgefallen, dass das eine Patientin ist aus dem KJP-Bereich. Wie kann das sein, dass ich die schön finde? das ist doch völlig verschobene Wahrnehmung und verquer. Die ist doch krank. Ich bin doch krank. Aber ich sehs nicht. Ich fühle mich anders." und große Angst von den Patientinnen dem Hunger nachzugehen und wieder zu essen aus Angst vor Gewichtszunahme und vor allen Dingen aus Angst, die Kontrolle zu verlieren. Für jemand der zwanghaft ist und für alles Kontrolle haben möchte ist das eine Idee, die total aversiv ist. #00:21:44-2#

I: (Mh) okay ähm sie haben schon ein bisschen erzählt, dass die Patienten meistens eher berufsunfähig sind oder dass die Funktionsfähigkeit eingeschränkt ist. ist das immer so oder gibt es auch welche, die noch im Studium sind, in einer Ausbildung, oder Arbeit oder- #00:22:04-2

D: Das beste Beispiel eigentlich ist eine Kommilitonin von mir, die ist total gestört. Wirklich. Die hat nicht nur eine Anorexie, die hat alles Mögliche, aber. Ich weiß nicht ob sie es mittlerweile geschafft hat die Anorexie zu über überwinden äh dies mittlerweile Leiterin von der Psychiatrie-Ambulanz also Psychotherapie-Ambulanz also. Die hat zum Beispiel hingekriegt. Die war zwischendurch den weg in der Klinik, dann war sie wieder da, dann war sie wieder schlechter, wieder besser. Also ganz ehrlich im Nachhinein denk ich hatten die eine Anorexie und eine Persönlichkeitsstörung. Aber die hat es trotzdem gemacht. Die ist ihren Weg gegangen und die hat das hingekriegt #00:22:44-9#

I: Also es gibt beide Seiten? #00:22:45-7#

D: Sehr selten ja also das ist jetzt eine glorreiche Ausnahme würde ich behaupten, ne okay. Also ich glaub mit einer Anorexie wirklich erfolgreich sein. Na ja gut. Ich weiß nicht Amal Clooney ist vielleicht auch nochmal eine die erfolgreich ist obwohl sie eine Anorexie hat, ähm bei vielen Celebrity sieht man das immer mal wieder, dass sie so tierisch abgemagert, also zum Beispiel sagen Adele wird würde zurzeit nach den neuen Kriterien auch eine Anorexie bescheinigt bekommen, weil die einfach in kürzester Zeit so viel

abgenommen hat. Oder ah ja Taylor Swift in -den Film hab ich letztens gesehen, die hat das auch ganz schön in einer Frequenz beschrieben, wie sie versucht hat, über das Hungern irgendwie besser/ mehr Komplimente zu bekommen und irgendwie sich da nicht unter -das heißt es gibt natürlich erfolgreiche Anorexie-Patienten, die erfolgreich sind, aber das sind echt Ausnahmen würd ich behaupten und auch welche, die in der Öffentlichkeit stehen, unter Druck sind und irgendwie diesen Druck versuchen dann auch über das Nicht-Essen standzuhalten. Also es ist schon so Selbstwirksamkeit, wenn man gesagt bekommt "hier iss was" und dann sagt "ne ich hab keinen Hunger" (mh) "alles zerrinnt mir durch den Fingern und alles klappt nicht, aber das hab ich selbst in der Hand, ob ich esse oder nicht essen. #00:24:12-0#

I: Wie wirkt sich eine Anorexie denn so auf das Leistungsdenken generell aus? also Sie haben gesagt, dass sie sehr leistungsorientiert sind- #00:24:23-7#

D: Das ist meistens dann nur noch eingeschränkt auf das Gewicht und auf die Zahl auf der Waage. Es ist aber nicht mehr- also keine Kapazitäten mehr dazu. Ja die meisten haben hohe Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen aufgrund des Gewichtsverlustes. Das ist echt spannend, wenn Patienten tatsächlich sich drauf einlassen und zunehmen. Es gibt so einen Punkt da merkt man das auf einmal, da machts richtig, wie wenn man einen Hebel umlegt. Die sind dann wach, die sind da, die sind präsent, die reden auch über andere Dinge als über Essen, Kalorien, Bewegung, verbrennen. Die haben auf einmal hat man das Gefühl: Hallo da sind sie ja wieder oder da sind sie überhaupt. Achso deswegen werden zum Beispiel in manchen Kliniken wird die Teilnahme an Therapien an den BMI gebunden. Die dürfen gar nicht unter einem gewissen BMI an den Therapien teilnehmen, weil die einfach kognitiv zu eingeschränkt sind. Und durch das Insuffizienzerleben in den Therapien verstärkt sich nachher der Wunsch nach Gewichtsreduktion oder weiter eben um ein Selbstwirksamkeitserleben zu haben. #00:25:39-2#

I: (Mh) ja, aber hier ist es nicht so? #00:25:41-1#

D: Wir machen es individuell abhängig. Jetzt hab ich gerade eine Patientin der ich gesagt hab so "okay, wenn sie das schaffen, dann dürfen Sie an Therapien teilnehmen." Es war gut, weil das hat geklappt. Die wollten wirklich gerne in die Gruppe rein und das waren gute- eine gute Möhren quasi vor

der Nase #00:25:58-7#

I: Okay (äh) wie wirkt sich das denn auf die Freizeitgestaltung und Hobbies und Interessen aus? #00:26:05-5#

D: Riesig. Hobbys und Interessen sind quasi über Bewegung. Ja, also Spazierengehen, joggen gehen, Sport machen per se darauf ausgerichtet. Viele kochen unglaublich gut und gerne, essen halt nix aber bekochen alle anderen, ne. Eine Patientin berichtet, dass sie beispielsweise beim Einkaufen ne Viertelstunde Süßigkeiten in ihren Einkaufswagen legt und wieder zurücklegt- also zwanghaftes Verhalten, aber so, also kann man nicht als Hobby bezeichnen, aber ist halt etwas was dann passiert in der Freizeit, dass man halt sehr viel Zeit für so ein Scheiß letztendlich. #00:26:46-7#

I: Für einkaufen? #00:26:49-3#

D: Ja oder nicht einkaufen. Die kaufen ja nicht ein, die gehen hin, laden alles rein und lassen es dastehen. Und haben das Gefühl von "Ich habe doch konsumiert.“ #00:27:03-1#

I: Wirkt sich das auf andere Bereiche des Alltags auch aus, also keine Ahnung putzen oder einkaufen generell, dass da einfach viel Zeit draufgeht? Ist das auch in anderen Bereichen so? #00:27:14-2#

D: Also durch die zwanghafte Grund-Komponente oft ja. Gerade so putzen oder so Ordnung oder sowas. Also ich hab von meinen Patientinnen, wenn sie ihre Ernährungsprotokolle ausfüllen sieht man immer ehrlich gesagt den Unterschied zwischen Patienten, die an einer Bulimie leiden und die an einer Anorexie leiden, weil die anorektischen Patienten -das ist zwar handschriftlich geschrieben, sieht aber aus wie gedruckt. Fürchterlich. also ich krieg da jedes Mal einen Krampf, weil ich einfach denke "Mädels ist - Aaaaah(rufend)"ich würde die manchmal gern schütteln, weil ich weiß es nicht -das ist ja nicht der Punkt. Das ist ja fürchterlich sich so einzuengen. Und sich so zu kontrollieren permanent und darüber das Leben zu vergessen #00:28:03-0#

I: Das hatten wir schon. Ich komme nochmal gerade auf die Frage nach den Ressourcen zurück: also Was ist an Positivem gibt, was man aus der Erkrankung mitnehmen kann. Und zwar haben Sie gesagt, dass die unglaublich großes Wissen über Nahrungsmittel haben und - ergibt sich daraus auch manchmal so ein Berufswunsch? (Äh) sag ich jetzt mal Ernährungsberaterin

zu werden? #00:28:30-3#

D: Auf jeden Fall. Ernährungsberatung, Gesundheitscoach, Personal Trainer, (äh) Koch/ Köchin ähm das haben wir alles. #00:28:40-9#

I: Okay, also sehen Sie häufiger okay. #00:28:47-7#

D: Es gibt die Minnesota-Studie glaub ich die äh die Set-Point-Theorie ja auch untersucht hat. Die ist sehr interessant. Da haben sie ja mit - also Soldaten in den 50er Jahren oder 60er war es glaube ich nach dem Motto "entweder ihr geht in den Vietnam-Krieg oder ihr macht bei unserer Studie mit" und die haben dann bei der Studie mitgemacht und die haben denen dann ne Diät verordnet (mh) haben dann geguckt wie sie darauf reagieren und die haben alle eine Essstörung entwickelt unterschiedlicher Natur. Ist super spannend ja (mh) also und genau im Nachhinein sind einige Koch geworden oder haben eben Landwirt gemacht oder irgendwas, was mit Lebensmitteln zu tun ja. #00:29:41-2#

I: Jetzt geht es um die Frage der Diagnostik: Sind Sie der Meinung, dass die Diagnose Anorexie eher zu Inklusion oder Exklusion führt? #00:29:55-4#

D: Dass- die Diagnose ja nicht. Es ist die Krankheit, die zu Exklusion führt und weniger zu Inklusion. Es kommt darauf an von welcher Gruppe man ausgeht ne. Psychiatrisch gesehen zu Inklusion, gesellschaftlich zu Exklusion. Ja und Ich denke gerade die Anorexie nervosa ist eine Erkrankung, die jeder erkennen kann von außen. Ja auch wenn es durch weite Kleidung etc. versucht zu kaschieren, es ist trotzdem sichtbar und deswegen glaube ich eher, dass die Krankheit selber schwierig ist in einer Gesellschaft. #00:30:34-5#

I: (Mh) und du Diagnosestellung so als Stigmatisierung/ Stempel? #00:30:38-8#

D: Nein, würde ich nicht sagen, weil man einfach, weil mans sieht okay. Es beschreibt eher, es ist eigentlich eine deskriptive Diagnose. Es ist keine entlarvende. Das ist ja nicht eine Person, die ganz normal aussieht und dann kriegt die zum Beispiel die Diagnose einer Borderline-Störung, wo dann bei vielen Therapeuten direkt irgendwelche Alarmglocken anspringen ja. Oder Leute, die eben vielleicht in ihrem Verwandtenkreis Leute haben mit einer Borderline Störung haben, die schlechte Erfahrungen gemacht haben. Das ist stigmatisierend meiner Meinung nach, weil auch nicht gut aufgeklärt

worden ist, weil’s normal aussehende Menschen sind, die sich normal verhalten ja, in manchen Situationen nicht aber in den meisten eben schon, und da ist es stigmatisierend. Bei einer Anorexie nervosa, das ist eben eine psychosomatische Erkrankung, man sieht das Körperliche sehr stark ja und da würde ich eher sagen es ist eine Beschreibung und weder - also nicht so eine Stigmatisierung. Oder wenn man irgendwo sagt " ich hab Depressionen" aber man erwischt den nicht in der depressiven Phase kann es auch stigmatisierend sein, weil dann Gesellschaft sagt "ja gut der ist nicht zuverlässig, weil der hängt uns nachher in einer Depression drin. Ja wissen wir nicht zum Beispiel. #00:31:50-1#

I: Ja. ja okay. aber hilft den Betroffenen die Diagnose in der Krankheitseinsicht/ Akzeptanz #00:31:56-4#

D: Äh manchmal ja, oft nein, weil sie die gar nicht- weil es egal ist oder sogar eher so ein Erfolgsding ist. "ich hab’s geschafft, meine Krankheit" ja ähm ich sehe mein Job in der Behandlung von Anorexie da so an, immer wieder diese Trennung vorzunehmen zwischen 'das sind Sie als Person' und 'das hier ist die Krankheit' und also dieses fest gebackene so aufzulösen also dieses ich-syntone immer wieder zu stören ne, dieses es ist eben keine Lebenseinstellung, es ist kein Lifestyle den sie da betreiben ja es ist kein S- es bringt sie nicht zu dem Ziel, was sie mir- wie oft ich gehört hab " ich muss nur abnehmen dann bin ich glücklich" ich Ich weiß nicht wie oft ich diese Aussage gehört habe und denke "ja genau ja dann gehen wir doch bitte den depressiven unten alle irgendwelche Abführmittel und setzen sie auf Diät und dann sind die alle glücklich, ist kein Problem ja" oder wie viele Leute ich äh, wo Ich denke äh die sehen scheiße aus, die haben abgenommen weil dem gehts grade scheiße ohne Ende. Deswegen haben die keinen Appetit und nehmen ab. Nicht ich nehme ab und ich bin glücklich. Das eine hat mit dem anderen nichts zu tun. gar nix. 0,0 #00:33:24-3#

I: (Mh) okay vierter und letzter Punkt #00:33:27-1#

D: Okay #00:33:27-1#

I: (Äh) was würden sie sich wünschen, wie die Gesellschaft mit dem Thema und den betroffenen Personen umgehen könnte oder sollte? #00:33:37-6#

D: Also einmal diese Doppel Botschaften seitens der Werbung ne, dieses Abnehmen von 5 Kilo in 2 Tagen ohne zu hungern durch die Suppe. Oder ähm,

dass das äh anders wird oder dieses überhaupt dieses magere Ideal sich verändert. Das verändert sich so ein bisschen aber immer noch nicht richtig. Ich finde zum Beispiel auch eher schwierig, dass da J-Lo abgefeiert wird, die mit ihren 50 aussieht wie 20. Was das für ein Druck macht für unser Alter (lacht) also was soll heißen eher ein authentisches Bild zu propagieren. Eben auch zusammen mit: man muss nicht abnehmen, um glücklich zu sein. Das ist Quatsch, das ist Blödsinn. Grade was Frauen angetan wird mit: bitte sei schlank, sei sexy, sei erfolgreich im Beruf, habe deine Familie bitte im Griff und sei auch noch ein super Kumpel für -bitte was?! wie soll das denn alles gehen? ja das klappt nicht. Und das ist aber etwas, was, finde ich, uns Frauen einfach total irgendwie aufgebürdet wird. Und das würde ich mir wünschen, dass sich das in Gesellschaft verändert. Und da gehört eben auch das schlank- der Schlankheitswahn oder diese Idee von Disziplin heißt: Ich nehme ab; das gehört dazu meiner Meinung nach. Ja "hast du aber schön abgenommen" ja super #00:35:06-1#

I: Würden sie denn sagen, dass es ausreichend Unterstützungsangebote gibt? #00:35:10-5#

D: (Mh) ne aber wie gesagt Betroffene suchen selten selbst Hilfe sei denn sie wollen wirklich was dran verändern. Ich denke es müsste mehr Öffentlichkeitsarbeit laufen, insgesamt mehr Aufklärung ja, schon in Schulen usw. wie viele 13/14-jährige ich jetzt schon kenne, die jetzt schon anfangen mit Diäten oder mit Veganer Ernährung als Einstieg zu :ich verzichte auf gewisse Lebensmittel oder sonst was und erlaube mir so ne Extrawurst zu braten #00:36:01-5#

I: Wir sind schon fast fertig. Gibts noch was was wir vergessen haben, was Sie noch sagen möchten, was wichtig ist? #00:36:05-0#

D: Ich glaube ich habe schon ganz viel gesagt. (lacht) #00:36:09-4

I: Wenn ich es auch nicht schlimm #00:36:09-4#

D: Ja ich denke, das ist eine sehr sehr sehr sehr ernstzunehmende Erkrankung ist ähm, die sich -die eine westliche Erkrankung ist (mh). Anorexie gabs Zum Beispiel auf Samoa bis in die 80er Jahre nicht, mittlerweile aber schon durch die westlichen Medien. Das heißt der Einfluss, der soziokulturelle Einfluss ist riesig ja und ich würde mir wirklich wünschen, dass sich Frauen davon emanzipieren. Ja und trotzdem bin ich nicht davor gefeit. Jetzt ist

Fastenzeit und ich will auch keine Schokolade essen und Süßigkeiten. Und denk "Ach ja vielleicht siehst du dann im Frühling bisschen fescher aus" dumm, ne? glaube das überlege ich mir noch mal. Ich glaube aus Prinzip werd ich gleich Schokolade essen. (lacht) ja also man ertappt sich dann mal so einfach, weil's sowas gängiges ist ja #00:37:10-2#

Interview 5

Datum des Interviews:	13.01.2020
Ort des Interviews:	psychologische Beratungsstelle
Dauer des Interviews:	43 Minuten
Interviewende*r:	Laura Maren Michel
Indikator der/des Interviewenden:	I
Beruf der/des Interviewenden:	Studierende (Soziale Arbeit M.A.)
Interviewte*r:	
Indikator der/des Interviewten:	E, F
Beruf der/des Interviewten:	E: Dipl.-Pädagogin, Suchttherapeutin, Heilpraktikerin für Psychotherapie und Tanztherapeutin F: Erziehungswissenschaftlerin, systemische Beraterin

LMM: Ich werde mal ein paar Notizen machen nicht wundern, ich denk Sie kennen das ja. (00:00:10-2)

E: Wir können auch ja unsere Namen nochmal sagen, damit man zuordnen kann welche Stimme zu wem gehört. (00:00:13-8)

LMM: Sehr gerne. (0:00:13-6)

E: Mein Name ist E. (00:00:21-0)

F: Und mein Name ist F. (00:00:19-8)

LMM: Danke, ich bin L. (Ähm) [lacht] genau, wir hatten uns ja hier in der großen Runde mit den anderen aus meinem Team mal zusammengesetzt und überlegt, wie wir dieses Forschungsprojekt angehen könnten. Daraus hat sich ja entwickelt, dass wir die Betroffenen selber befragen und zum anderen die Experten, oder sogenannte Experten. Über diesen Begriff streiten wir noch ein bisschen (ähm) [lacht], und die Interviews mit den Betroffenen haben schon zwei von meinen Kollegen durchgeführt hier bei Ihnen und wir suchen auch noch weitere. Und sie sind jetzt für die Experten heute da. (Ähm) Genau, das wird ein teilnarratives Interview, ich werde so ein paar offene Fragen stellen und dann wäre es total super, wenn Sie einfach ganz

viel erzählen würden und wenn mir Sachen noch nicht ausführlich genug, wo ich noch Fragen habe, dann werde ich nachfragen. (00:01:15-7)

F: (Hm hm) (00:01:15-7)

LMM: Soweit von Ihrer Seite fragen schon? (00:01:21-0)

F: Nein. (00:01:21-5)

LMM: Ok (ähm) dann.. (...) dann fangen wir mal mit dem allgemeinen Teil an. Können Sie mir einfach Schildern, wie sich Ihre Arbeit mit den Patienten, vor allem den Anorexie-Patient*innen gestaltet und was eigentlich die Ziele Ihrer Arbeit sind, hier. (00:01:46-2)

F: Joa, wir haben zum einen 'ne offene Sprechstunde, wo jeder Betroffene aber auch Angehörige kommen kann und sich erstmal ganz unverbindlich Hilfe holen kann, gerne auch in einem Erstgespräch anonym .. (ähm) und darüber hinaus bieten wir dann therapeutische Einzelgespräche an und Gruppentherapie. (00:02:05-8)

E: (...) Noch ergänzend vielleicht Beratungen sind auch möglich, manche wollen nicht direkt eine Therapie, da sind manchmal auch nur ein paar Gespräche, wo vielleicht auch geklärt wird, soll jemand in die Klinik weitervermittelt werden, an Ärzte oder ähnliches, das sind auch noch Angebote. (....) Das (?: 0:1) mit den Magersüchtigen sind es oft schwierige und auch langwierige Prozesse, aber eben nicht immer. (00:02:31-3)

LMM: (Hm hm) (00:02:31-3)

E: Und manche kommen auch zu uns nachdem sie mehrere Behandlungen gemacht haben. (00:02:36-3)

LMM: Das heißt, was würden Sie als Ihr Ziel formulieren, oder gibt es eine Zielformulierung? (00:02:44-2)

F: Naja im Erstgespräch ist es ja tatsächlich der Klärungsprozess. (00:02:50-4)

E: (Zustimmendes hm). (00:02:50-4)

F: Also herauszufinden, wo steht derjenige und was braucht er und dann natürlich auch herausfinden, wie krank ist derjenige, also ist es überhaupt möglich ambulant weiterzuarbeiten oder muss eine stationäre Therapie her. (00:03:02-0)

E: Und wenn dann geklärt ist, dass derjenige hier angebunden wird, dann wird zum Beispiel in einem Beratungsprozess nochmal gekl (.) (ähm) genauer geklärt, was was steht da eben an an Zielen, manchmal gibt es auch Leute, die hier herkommen, die nur eine Beratung brauchen, weil gerade eine paar aktuelle Probleme mit Essproblemen aufgetaucht sind und die sich sehr frühzeitig sich melden. Dann ist es auch mit wenigen Gesprächen getan, dann haben wir auch Kurzzeitprogramme wie "Leben hat Gewicht", wo die auch teilnehmen können. Oder es wird eben deutlich, da steht eine Therapie an, gerade die Magersüchtigen haben anfangs große Ängste vor Gruppen, das heißt da fangen wir erstmal mit Einzelgesprächen an und gucken dann wann der Zeitpunkt ist, wann die in die Gruppen können, wollen oder auch müssen. (lacht) Weil wir so sagen jetzt waren die vielleicht ein Dreivierteljahr da, würden am liebsten noch ewig Einzeltherapie machen, aber jetzt steht auch wirklich mal an in ne Gruppe zu gehen. Gerade die die schon in ner Klinik mal waren, haben oft positive Gruppenerfahrungen gemacht und wollen dann schon in eine Gruppe kommen. Das Ziel ist natürlich Gewichtsstabilität in einem gesunden Bereich, gesundes Essen zu lernen, an den Zielen, die dahinter stehen zu arbeiten, also so ein ganz komplexes Programm, sind immer mehrere Ziele. (00:04:18-1)

LMM: Ok (.) (Ähm) (?: 0:4) Genau, könnten Sie mir einmal schilden, wie Sie die Betroffenen wahrnehmen? Gibt es irgendwie bestimmte Kennzeichen, die gerade diese Personengruppe in Ihrer Arbeit auszeichnet, was Signifikantes? (00:04:44-6)

E: Klug, empathisch, sehr leistungsorientiert, starker innerer Kritiker, hatten wir gestern auch noch. Ängstlich, also es gibt oft viele Ängste auch eben auf das Selbst und den Selbstwert bezogen, die sich dann in dieser Essstörung eben manifestieren. (00:05:02-9)

F: Sehr darauf bedacht, das Umfeld zufrieden zu stimmen und dem Umfeld gerecht zu werden. (00:05:12-8)

E: Also eher ein Schema der Überanpassung. (00:05:15-7)

F: Optimiert auch. (00:05:15-7)

E: Selbstoptimierung ist ein Riesenthema, sehr sozial sind die auch, die

können sehr schön in den Gruppen miteinander umgehen auch, haben vielleicht die Kollegen auch gemerkt in der Gruppe, das heißt dass was im Umgang mit sich selbst oft noch fehlt, können sie gut mit den Anderen. (00:05:33-2)

F: Das stimmt. (00:05:35-8)

(...) (00:05:38-1)

LMM: Ok, Sie haben jetzt eben erzählt, dass Patienten oder Klienten sagen sie wahrscheinlich ja eher? (00:05:43-0)

E: Ja. (00:05:43-0)

LMM: [Lacht] (..) zu Ihnen kommen, auch wenn die schon, ja Anfänge einer Essstörung erkennbar sind, das heißt (ähm), wie definieren Sie jetzt Magersucht oder Anorexie bei sich in der Einrichtung, oder benutzen Sie diese Diagnosekriterien überhaupt? (hm) (00:06:02-2)

F: Ja, also auf jeden Fall benutzen wir die Diagnosekriterien, also (ähm) erst dann sprechen wir auch von ner Magersucht, wenn die Kriterien ansatzweise quasi erfüllt sind. Da geht es natürlich zum einen um das Gewicht, aber es geht auch zum andern um einen starken Kontroll- die starke Kontrolle des Essens (ähm) schwierig wird es halt dann, wenn diejenigen dasitzen, die ein Normalgewicht haben, aber trotzdem total kontrolliert essen, also trotzdem dauerhaft unter 1000 Kalorien zu sich nehmen und dann vielleicht nur ein, zweimal im Monat mehr essen, aber trotzdem halt Normalgewichtig sind vom BMI her. Dann wird es schwierig mit den Diagnosekriterien. (00:06:40-5)

LMM: (Hm hm). (00:06:38-9)

E: Aber gerade für die sind wir ja auch da, diese nicht näher bezeichneten Essstörungen sind ja bei uns auch genau richtig, weil gerade da ja eine Therapie noch nicht bewilligt wird, ne. Und wenn dann mal die feste Magersucht vorliegt, oder auch eine andere Essstörung, ist es ja auch wichtig, dass wir nachfragen, sind die ärztlich angebunden oder sie motivieren, dass sie das tun. Gerade die Studentinnen sind oft noch am Heimatort angebunden, müssen motiviert werden sich hier auch was zu suchen. Sodass wir gegebenenfalls auch mit Schweigepflichtendbindungen gucken müssen, was sagt der

Arzt dazu, ist das ambulant noch tragbar, und so. (00:07:16-5)

LMM: Ok (...) Also dann nutzen Sie auch den ICD? (00:07:22-6)

E: Genau wir haben ja einen Horizont, das ist ein Klienten- und Leistungserfasssungssystem und da müssen wir dann immer auch eine Diagnose eingeben. (00:07:31-9)

LMM: Das ist [Name der Einrichtung] intern, oder? (00:07:30-2)

E: Das ist Suchthilfe deutschlandweit. (00:07:38-6)

LMM: Das heißt, wenn jemand zu Ihnen kommt, müssen Sie sofort eine Diagnose stellen? (00:07:44-1)

E: Zumindest mal eine Verdachtsdiagnose, (?: 0:03) die muss dann vielleicht auch noch von einem Arzt verifiziert werden, je nach dem, wenn wir nicht so sicher sind, ne (.) und da muss man dann halt gucken. #00:07:55-8#

F: Und nicht selten steht dann da auch nicht näher bezeichnete Essstörung, (lacht). (00:07:59-6)

E: Ja. (00:07:59-6)

LMM: Ok, dann würde ich jetzt einmal so in das Erleben der Betroffenen selber hineingucken wollen und zwar (ähm); wie geht das Umfeld der Betroffenen eigentlich mit der Situation um, haben Sie da Erfahrungen wie Familie, Freunde (ähm). (00:08:24-4)

F: (Ähm) also es kommt natürlich, also es hängt natürlich stark davon ab, wie die Krankheitseinsicht überhaupt in der Familie gerade ist. Ich musste gerade Grinsen, weil ich jetzt gerade zum Beispiel die, die Schülerin im Kopf habe, die ich in der Therapie habe, wo das Umfeld es nicht sehen möchte oder nicht sieht, wie auch immer und da ist es natürlich sehr schwierig, also da ist dann wirklich von (ähm) die tun einfach so, als wäre nichts, bis zu jetzt iss doch einfach mal normal, (ähm) so halt, und dann aber wenig Interesse dafür oder ich glaube eher ist vielleicht kein Interesse sondern es ist auch viel Angst was da mitschwingt, vor dem, was denn eigentlich hinter der Magersucht steckt. So also, das hab ich jetzt gerade so im Kopf. Wenn die Krankheitseinsicht da ist, sowohl bei den Betroffenen als auch bei der Familie, dann ist es wieder ein bisschen anders. Dann ist es schon so, dass die Familien auch viel fragen, was können wir

denn tun, ist es denn jetzt wichtig, dass wir irgendwie darauf achten, wie viel die Betroffene isst, oder (ähm) sollen wir einfach normal weitermachen und liegt das denn an uns ist auch oft die Frage. (00:09:45-9)

E: Denke auch, dass die Angehörigen sind immer Angst konfrontiert, später auch mit Hilfslosigkeit (.) und das haben wir Menschen alle nicht gerne und dann kommen so alte Mechanismen (..) die einen verleugnen es und wollen es gar nicht sehen, die hat sie (C) auch öfter, weil da sie auch gerade jetzt die Jüngeren viel halt, (ähm) und bei den Jüngeren ist natürlich auch ein sehr restriktives Essverhalten ein Stück weit normal geworden, das heißt wann ist denn tatsächlich der Übergang und wann sagt die Tochter ich nehm mein Brot mit in die Schule schmeiß das aber in den Mülleimer, man weiß es ja auch erstmal nicht. Das heißt, sie kommen oft dann erst sehr spät. (Ähm) Manche Reagieren mit Vorwürfen, mit mach doch endlich mal, manche unterstützen über Jahre liebevoll bis hin zur Verzweiflung und Selbstaufgabe ihrer Magersüchtigen, das ist sehr sehr unterschiedlich. (00:10:37-1)

(...) (00:10:40-9)

E: Wir haben mittlerweile auch Freunde, Freundinnen die kommen, da gibts ja nen Partner an der Uni und der führt die das erste Mal hier hin und sagt komm, du musst was tun auch das gibt es, also es ist sehr unterschiedlich. (00:10:53-2)

F: Ja und man muss da einfach auch nochmal bedenken, dass die Betroffenen einfach ultra angepasst sind, und (ähm) viele das einfach auch lange schaffen, das zu verstecken, also ist egal über welche Essstörung wir sprechen, also auch Magersucht schaffen viele eben durch solche Strategien, wie Mama merkt ja nicht ob ich in der Schule esse oder nicht, Ganztagsschule, Hobbys, die sind kaum noch zu Hause, auch gemeinsame Mahlzeiten gibt es gar nicht mehr so häufig, gerade eben durch diesen stressigen Alltag, den viele Schülerinnen und Studenten auch haben, auch Erwachsene haben (ne), und dadurch ist es manchmal auch schwer für das Umfeld es mitzukriegen, das muss man auch sagen. (00:11:30-4)

LMM: Also erleben Sie da wirklich die ganze Bandbreite von bis? (00:11:34-7)

F: Ja. (00:11:34-7)

LMM: Ok, ja und (ähm), wie erleben Sie so Angebote also jetzt außer Ihrem Angebot hier, wie andere Beratungsstellen, Schulsozialarbeit andere professionelle Helfer, wird sowas, (ähm) ich sag jetzt mal gerne genutzt oder eher ja. (0:11:56-3)

E: Also wir haben den Arbeitskreis Essstörungen in der Städteregion, da sind die Spezialisten zusammengeschlossen, das heißt da sind sowohl Kliniken als auch niedergelassene Psychotherapeuten, Kinder- und Jugend Psychotherapeuten vor allem Ernährungsberater, (ähm) die psychosozialen Beratungsstellen des Gesundheitsamtes, also da sind so ein paar Stellen zusammen, die dann auch diskutieren und da werden oft auch Defizite deutlich, also das heißt, das bei niedergelassenen Essstörungen oft noch nicht ausreichend gesehen oder auch spezifisch genug behandelt werden, Schulsozialarbeit hast du mehr (zu C) so den Zugang. (00:12:30-7)

F: Genau das liegt daran, dass ich schulische Suchtprävention mache in der Stadt Aachen, das heißt in der Stadt Aachen gibt es schon ein relativ gutes Netzwerk so zwischen den, also was auf jeden Fall den Austausch betrifft untern den Schulsozialarbeitern und auch Lehrern und Beratungslehrer, die darf man da auch nie vergessen (ähm) der Kontakt ist schon gut, es fehlt tatsächlich einfach was Schule betrifft ganz ganz häufig an Kapazitäten, sowohl was uns betrifft als auch was die Schulsozialarbeit betrifft, denn (ähm) das ist dann halt einfach so, dass sie oft sagen, wir sehen das Thema und es ist Thema an unserer Schule, also es ist ganz schön die meisten Schulen sagen auch es ist Thema bei uns, also die sind da so ehrlich und offen und sehen es eben auch, aber das ist für die halt immer so die Frage, wo legen wir halt den Fokus hin. Was ist uns wichtiger, ne also welche Themen wollen wir besprechen und wo wollen wir jetzt den Fokus drauflegen und wo nicht, so. Und da fällt Essstörung einfach leider, weil es eben auch nicht so das häufigste Thema unter den Jugendlichen ist (äh) dann hinten über, da ist dann sowas wie Alkohol zum

Beispiel oder Cannabis ein bisschen wichtiger für die Schule. (...) Tja und sonst die Netzwerke sind gut bei uns, wir brauchen die Netzwerke, wir können nicht ohne Netzwerke arbeiten also wir brauchen sowas wie Ernährungsberater, sowas wie Ärzte, ambulante Psychotherapeuten, wir müssen auch einfach wissen, wo wir hin vermitteln ganz wichtig. (00:13:57-5).

E: Und oft brauchen die auch mehrere Termine in der Woche, das heißt zum Beispiel bei uns eine Gruppe, eine Einzeltherapie, in der Psychotherapie, die sich mit Essstörung auskennt plus eine Ernährungsberatung. (00:14:11-8)

F: Ja, das wäre so das perfekte ambulante Netz, ne (.) ja. (00:14:14-1)

LMM: Ok, schwierig zu finden, ne? (00:14:17-0)

F: Und das ist natürlich viel Aufwand für die Betroffenen, also es ist natürlich viel, erstmal Termine machen, die Experten kennenlernen, Anträge stellen bei der Krankenkasse, immer wieder zum Hausarzt gehen, weil man eben Überweisungen braucht, auch Ernährungsberatung kriegt man nur, wenn man erstmal beim Hausarzt war und Anträge hat ausfüllen lassen und so, also es ist natürlich schon auch viel Aufwand für die Klienten. (...) (00:14:45-5)

LMM: Ich übersehe gerade, ob ich alles habe. (...) Ok jetzt würde ich nochmal auf die einzelnen Betroffenen selber zurückkommen, und zwar (ähm) was für Schwierigkeiten konkret erleben Menschen, die an Anorexie erkrankt sind und wie äußert sich das, also, wie betrifft das die Schule, die Arbeit, den Freundeskreis, gibt es irgendwelche Einschränkungen, irgendwas was die immer wieder erleben? (00:15:19-9)

F: Ja, also ich hatte gestern so einen Termin an den ich direkt denken musste, wo eine Klientin sagte, (ähm) wie sehr sie sich eigentlich im letzten halben Jahr entwickelt hat, dass sie eben wieder Freunde trifft, weil das hat sie ganz lange nicht gemacht, dass sie wieder auf Partys geht, also die ist kurz vorm Abitur steht sie. (ähm) Also, dass sie da quasi wieder an dem sozialen Leben wieder <u>langsam</u> teilnimmt. Dass es aber trotzdem im Freundeskreis schwierig ist, weil immer noch nicht alle Freunde verstehen, warum sie sich trotzdem

immer noch bei manchen Dingen raus tut, also dann zum Beispiel keinen Alkohol trinkt, das ist ja bei den Magersüchtigen auch immer ein Thema (ähm) also das ist schon, (ähm) also ich finde bei den Magersüchtigen ist es schon so, dass sie sich da extrem isolieren, wenn die noch tief drinstecken. So und da ist natürlich auch Ziel, dass sie auch wieder an dem gesellschaftlichen Leben teilhaben, ne. (00:16:14-7)

E: Hatten wir ja gestern auch die Medizinstudentin, die auch sagte, ja jetzt habe ich nochmal meinen Geburtstag gefeiert, vor zwei Jahren war das einen Tag kurz vor der Klinik, ne da war sie gesund, also die beschreiben das oft, dass sie so gefangen waren in der Magersucht, dass sie alles nur noch wie in einem Nebel erlebt haben, ne. Hatte jetzt auch eine gesagt, die aufgehört hat. (ähm) Also die Magersucht wird sehr persönlichkeitsnah erlebt, so als könne man gar nicht anders als als, wir haben die auch Bilder ja malen lassen, wie erlebe ich meine Essstörung und sie wurde oft erlebt, wie wie, wie hieß nochmal die eine Person? (00:16:47-8)

F: Dementor. 00:16:53-3)

E: Genau, zum Beispiel (00:16:55-1)

F: Als ob der alles Glück aus dem Leben raussaugt. (00:16:59-1)

E: So also so ein böser Geist, gegen den man gar nichts machen kann oder gestern hatten wir zum Beispiel eine, die hatte (.) da war die Katze gestorben und zack kann sie wieder nicht mehr Essen und das fühlt sich dann so an, als könnte sie wirklich nicht mehr essen, also so wie jemand, es ist ja so die gleiche Krankheitsgruppe, wie jemand der nicht schlafen kann. Dem kann man auch sagen, jetzt zählste mal Schäfchen und dann schläfste, ne aber das es wird als sehr übermächtig erlebt, und deshalb muss man wirklich Schrittchen für Schrittchen üben, ok und wie unter welchen Bedingungen kannste jetzt trotz toter Katze wieder essen. Wie ist das, wenn du mal mit der Freundin kochst, also dass man so ganz allmählich die Schritte ins Leben hineinbegibt. Oft wird es das Ganze ja auch sehr zwanghaft erlebt, also da es ganz schwer ist sowohl auf dem zwanghaften Essen, als auch aus dem zwanghaftem Sport treiben, manchmal zu

Hause, andere Schritte zählen, dritten im Fitness-Center da so rauszukommen und wirklich wieder Kontakte zu leben. Also die gesellschaftliche Teilhabe ist sehr sehr eingeschränkt. (...) Die funktionieren ja oft noch ne Zeit lang im Arbeitsbereich, aber auch da gibt es schon Studien, dass immer mehr Leute rausfallen dann, das fängt manchmal schon bei der Schule an, lange Zeiten im Klinikum, Studium, Ausbildung, Beruf also das diese Säule der Identität geschädigt ist durch die Essstörung, weil sie rausfallen. Dann entwickeln sich noch mehr Ängste vor dem wieder Reingehen, ne. Und eben diese Freizeit, Soziales Netz Säule ist eben auch oft sehr sehr eingeschränkt. (00:18:28-7)

LMM: Gibt es dann bestimmte Themen, die im Fokus stehen, also alles was an Essen gekoppelt ist, Sport (ähm), dass das eher im Fokus steht oder (hm) könnte mir vorstellen, dass man sich nicht erlaubt Zeit mit Hobbys zu verbringen, sondern dass man, ja, auf einer leistungsbezogenen Ebene sich beschäftigt. (00:18:50-9)

E: Die auch wirklich als sehr anstrengend erlebt wird, also die "____" hatte glaub ich gestern gesagt 3 Stunden Sport am Tag, da ist nicht mehr viel drin wenn man dann parallel noch seine Masterarbeit oder Promotion oder sonst was schreibt, oder arbeitet, ne. (00:19:07-7)

LMM: Ja, klar. (00:19:07-7)

F: Es ist einfach für die Menschen, für die Betroffenen se- meistens sehr sehr schwer mit sich alleine zu sein auch. Also so Zeiten, wo man einfach mal auf der Couch liegt und ein Buch liest oder sowas, also die gibt es quasi nicht, also so wo man einfach nur mit sich alleine ist und die Zeit mit sich allein quasi fühlt, sondern die Zeit wird immer mit etwas Nützlichem, Sinnvollem, Optimiertem gefüllt. Also und wenn es dann mal Zeit gibt, vor dem, zwischen Arbeiten und Sport und Schlafengehen, dann ist es Wohnung aufräumen. Oder Kochen für den nächsten Tag. (00:19:45-2)

E: Wenn es schon gut läuft. (00:19:46-8)

F: Wenn es gut läuft genau [lacht], also immer irgendeine To-Do-List abhaken, immer. (00:19:54-0)

LMM: Ok und (ähm) ich stell mir vor, dass es ja auch im Alltag, oder im

Alltag schwierig ist wenn man in ner WG oder eigenen Wohnung lebt, das alles auch zu organisieren, wir hatten eben die ganzen Arzt oder ja Arzttermine, Beratungstermine (ähm) dann ist es wahrscheinlich auch sehr zeitintensiv sich mit dem Essen zu beschäftigen und (ähm) können Sie mir dazu noch irgendwas erzählen? (00:20:22-5)

E: Ja, es dreht sich alles nur noch um Essen, Nicht-Essen, Sport treiben und das wars. Das ist eine enorme Einschränkung des Alltags. (00:20:32-1)

LMM: Ja. (00:20:32-1)

E: Also, wenn Betroffene von sich aus ohne Druck von Angehörigen hierherkommen, dann meistens, weil sie sich als wie gefangen in diesem Käfig der Essstörung erleben. Und (ähm) verständlicherweise daraus wollen. Also gestern hatten wir zum Beispiel so einen Fall, die auch so Ziele benannt hatte für nächstes Jahr, die ihr wurde deutlich, wie unglaublich anstrengend das ist in diesem Zirkel da gefangen zu sein. Und sie wurde auch ganz traurig als sie das so sagte, weil es auch ganz schwer ist, diese Kontrolle wieder loszulassen, weil es gibt ein Gefühl von Halt, von Kontrolle. So, ich hab mein Leben im Kopf unter Kontrolle, (.) wenn ich das alles so rigide abarbeite. (00:21:13-8)

F: Und wenn dann mal so Tage kommen, wie Weihnachten, wo es viel Essen gibt, dann gibt es bei denen, die auch schon so ein bisschen weiter sind, (ähm) schonmal so die Momente, wo sie dann vielleicht doch mal ein Essen ansatzweise genießen können, aber dann kommt danach sofort wieder eine Phase, wo wieder die Kalorien runtergeschraubt werden, wieder ganz viel Nicht-Essen ist, wo quasi so diese "oh Gott ich hab zu viel gegessen" wieder kommt, und dieses "ich war nicht kontrolliert genug". Also ich muss jetzt unbedingt die Kontrolle wiedererlangen und dann wird es; und dann und das schlägt sich ganz oft dann auch sofort wieder aufs Essen aus. (00:21:48-9)

E: Und wenn man dann in Kreisen isst die relativ locker mit Essen umgehen, wenn ich jetzt mal an die denke die aufgehört hatte, die hat

ja erst zum Beispiel nie gefrühstückt; dann haben wir dran gearbeitet, was sie essen kann, sagen wir mal nen Joghurt mit 3 Löffeln Haferflocken, und dann ging sie in die WG zu ihrem Freund frühstücken, die hatten aber nicht diese, genau diese, Haferflocken und genau diesen Joghurt da, ja dann ist die Angst, kann ich denn das mitbringen und das da essen oder wie finden die mich dann und so, also da muss man daran arbeiten, dass sie nicht sich zurückzieht und gar keinen Kontakt mehr lebt, sondern dass sie lernt, ja so, zu vertreten, das ist eben jetzt mein Frühstück und dass bring ich dann mit und dann frühstücke ich das auch. Und so geht es dann Schrittchen für Schrittchen weiter. (00:22:31-4)

F: Oder ein Restaurantbesuch. (00:22:34-6)

E: Ist schon die große Herausforderung. (00:22:34-7)

F: Zehnmal die Karte vorher studieren, damit bloß auch weiß was es gibt und dann weiß ich noch dass wir einmal den Fall hatten, auch in der Gruppe, dass es dann war, oh Gott die Karte wurde geändert [lacht], also die Karte wirklich unfassbar lange vorher studiert und geguckt, was kann ich denn davon essen, was hat wohl wie viel und keine Ahnung was und fühlte sich gut vorbereitet, gut kontrolliert und dann kam sie dort an und dann war die Karte halt verändert. Nicht groß, aber in kleinen Teilen, ne, und dann war das auch erstmal und dann ist das so diese Erstarrung auch wieder, ne und dieses ok, wie kann ich das, wie kann ich das jetzt handeln. Sie hat's dann geschafft, das war ganz cool, aber (äh) das sind zum Beispiel auch so diese Situationen im Alltag, die dann schwierig sind. (00:23:17-5)

LMM: Hm klar (.) (00:23:19-5)

F: Und weil du auch gerade nochmal gefragt hast mit WG-Leben und sowas. Ich nehme es auf jeden Fall wahr, dass so diejenigen, die noch Zuhause leben, bei den Eltern, es auf jeden Fall noch ein bisschen schwieriger haben, weil sie ganz oft dann doch nicht selber einkaufen, doch nicht selber kochen, dann setzt die Mama was vor, dann hat die Mama aber heimlich Sahne drunter gemischt und dann ist das auch die absolute Katastrophe in dem Moment, und auch

dann ist es ja so, dann, dann ist es nicht so, dass sie es schafft ein paar Löffel zu essen oder so, sondern meistens ist auch dann wieder absolute Erstarrung und absolutes "ne das geht jetzt einfach nicht", ne und da, ja da ist halt weniger Kontrolle da, und auch da muss man dann viel mit den Familien einfach auch arbeiten, um zu gucken, wie findet man ne gute Basis, dass (hm) die Betroffene sich nicht absolut übergangen fühlt, aber natürlich die Familie sich auch nicht nur nach der Essstörung richtet, ne. (00:24:18-6)

E: Und ich würde sag-, eine Magersüchtige, die in eine WG zieht ist schon ganz schön weit (hm) die leben meistens alleine, wenn sie studieren, sind von irgendwo hierhergezogen, sind sehr einsam und die Gefahr von schweren Rückfällen besteht dann auch. Also das heißt, wenn die alleine Leben ist erstmal ne große Gefahr, dass die Magersucht im vollen Ausmaß zurückkehrt, ne, da ist ne neue Stadt, ich fühl mich einsam, da ist Leistungsdruck, da ist man auch erstmal alleine, da muss man alleine sich das Essen zubereiten, da hat man ganz viel (?:0:01) noch und dann kommt ganz schnell dieser Teil der keine Zeit hat zum Kochen und zum Essen und ne so. (00:24:57-0)

LMM: Ok (.) (hm) Ich hatte mit einer Ärztin, die mit den Betroffenen arbeitet und die hat mir geschildert, dass ganz ganz viele (hm) Betroffene ab einem gewissen Status gar nicht schaffen alleine noch zu wohnen oder häufig in Wohngruppen übergehen oder wie erleben sie das, ist das wirklich so ne große Zahl, oder? (00:25:23-7)

E: Also wir haben ja im Arbeitskreis Essstörung diese (?0:01), da sind auch viele Essgestörte, bei uns sind ja eher die, die es ambulant versuchen und wenn sie es nicht schaffen verweisen wir eben auf solche Wohnmöglichkeiten. #00:25:37-6#

F: Deswegen können wir gar keine genaue Zahl sagen, also die Zahl wird bestimmt nicht klein sein. (00:25:41-8)

E: (Zustimmendes Hm). (00:25:41-8)

F: (Hm) aber das sind dann halt diejenigen, die wir sofort verweisen wür-, also an andere Stellen verweisen würden, vermitteln würden, weil das wäre halt nicht zumutbar für uns, ne. (00:25:53-3)

E: Manchmal merkt man auch so in den ersten Monaten von Beratungen oder Therapien geht das hier oder verschlimmert sich da was und wir müssen eben dann gucken, dass sie in ne psychosomatische Klinik geht oder in so ne Wohngruppe, Gott sei Dank gibt es mittlerweile ja auch Wohngruppen für Erwachsene, das war auch lange ein Manko. (...) (00:26:14-9)

LMM: Und noch eine Frage: Wie gestaltet sich das (ähm) Leben in einer Partnerschaft mit ner Magersucht, glaube das ist auch ein ganz spezieller Punkt (hm), würden Sie mir dazu noch was erzählen? (00:26:26-4)

E: Sehr sehr schwierig, also es gibt auch da wieder bei den anderen Angehörigen, es gibt die liebevollen Unterstützer, es gibt die, die eher nicht so hingucken, es gibt die, die irgendwann wütend werden und sagen, so geht das nicht weiter, sonst trenn ich mich. Also es ist ganz unterschiedlich. (00:26:47-6)

F: Dann gibt es natürlich auch diejenigen, die absolute Angst vor Partnerschaft haben, also die Betroffenen, die quasi gar nicht erst in die, in so ne, gar nicht erst nen Partner finden, womit, also ich bin davon überzeugt, dass da die Essstörung auf jeden Fall auch nen großen Anteil dran hat. (00:27:05-0)

E: (Zustimmendes hm) (00:27:05-0)

F: Also die Angst vor Bindung und die Angst vor Beziehung. (00:27:10-4)

E: (..) Ist groß, dann haben wir einige die länger hier sind und auch schon Vorerfahrung mit Therapie haben, die so allmählich ihr Schema der Überanpassung auch in der Beziehung merken (hm) und dann zum Beispiel sagen: "Ey, ich räum hier immer auf" oder "mein Freund denkt ich zieh jetzt mit ihm nach Buxtehude, weil der dahin will, aber ich will eigentlich gar nicht dahin, also dann ist das ein ganz langer Prozess zu sagen "ne, ich mach das nicht" oder Sexualität, ist ein heikles Thema, aber manchmal kommt's eben auch, dass (hm) diejenigen sagen, ich hab mich immer angepasst, Augen zu und durch, (hm) und ja, jetzt frage ich mich wie geht eigentlich überhaupt selbstbestimmte Sexualität. (Hm) Natürlich spielt auch da die

Essstörung eine Rolle. (.)(hm). Auch das sind Themen in der Partnerschaft. (.) In der Gruppe hatten wir eine, wo der Freund gesagt hat, ja er will jetzt ständig und überall und dann hat sie es erst mitgemacht und irgendwann war sie nur noch wie erstarrt, und dann muss man das eben lernen, damit umzugehen. (00:28:15-2)

F: Also ganz viel, was wieder um Kontrolle, Selbstbestimmung sich dreht und (.) (00:28:18-0)

E: Ja. (00:28:19-3)

F: Aber Partnerschaft kann natürlich auch einfach ne ganz große Ressource sein, ne. (00:28:22-0)

E: Genau, gut ists bei einigen auch. (00:28:25-5)

F: Genau, dass glaub ich auch. (00:28:25-5)

E: Und manchmal sind die Partner auch in der Co-Abhängigkeit, das heißt, die bemühen sich ohne Ende und diejenige zelebriert ihre Essstörung immer weiter, das muss man auch mal so sehen. (00:28:36-1)

(...) #00:28:48-3#

LMM: Die Frage klingt jetzt eventuell ein bisschen makaber, aber gibt es auch etwas Positives, was die Betroffenen aus der Erkrankung mitnehmen können? (00:28:59-0)

E: Auf jeden Fall, da arbeiten wir ständig mit. Erstmal mit dem 4-Felder-Schema, was habe ich von meiner Essstörung, was ist die Funktion der Essstörung? Da sagen ganz viele: das Gefühl von Kontrolle über mein Leben, das Gefühl von Selbstwertsteigerung, Gefühlsregulation, also es gibt (.) Gewinn so und wenn die dann länger hier sind und wir fragen: "Was habe ich denn über mich durch meine Essstörung gelernt?, dann kommen eben die ganzen Themen, die wir eben benannt haben, ne. Dass ich dazu neige, mich zu sehr anzupassen, dass ich lernen muss, mich weniger unter Druck zu setzen. Das ist ein Riesenthema. (00:29:36-6)

LMM: Ja. (00:29:36-9)

F: Und wenn die wirklich so auf dem Weg der Genesung sind, ist natürlich auch, also ist auch hä-häufig, dass was sie aus der ganzen Erkrankung ziehen, aus dieser Krise, aus dieser Zeit, die wirklich

schlimm war, dass (mh) dieses Hilfe- na-also nach Hilfe fragen und Hilfe kriegen, also Unterstützung von Familie, Freunden, von dem Hilfesystem, also das ist oft das, was die als Essenz rausnehmen, ne. (00:30:03-7)

E: (Zustimmendes mh) (00:30:02-8)

F: Also ich muss nicht alleine kämpfen, sondern es gibt Menschen, die mich unterstützen können. (00:30:11-8)

E: Ja, das sagen ganz viele, am Anfang, oder auch später, wenn sie es nochmal reflektieren, "Ich dachte, ich muss mit allem alleine klar-kommen." Und das ist ja auch ein Zeichen unserer Zeit, dieser Indi-vidualismus. (00:30:23-4)

F: Ja und wie jede andere Krise, die lernen sich einfach auch nochmal besser kennen. Also, zwar auf harte Weise aber (..). (00:30:30-7)

LMM: Also sich selbst? (00:30:31-6)

F: (Mh) sich selbst ja. (00:30:33-7) (...) (00:30:39-7)

LMM: Entstehen denn hier in der Gruppe auch irgendwie Freundschaften, dass sie sich -. (00:30:43-4)

F: Ja. (00:30:46-0)

E: Die haben eine WhatsApp-Gruppe, wo sie immer mal kurzfristig was reingeben, auch wenn was schwierig ist, es entstehen einzelne Kontakte und einzelne Freundschaften. Ja. (00:30:54-9)

LMM: (Mh), also dass die soziale Isolation dann auch ein bisschen durch eine Gruppe aufgebrochen wird? (00:30:59-8)

E: Auf jeden Fall. (00:30:59-8)

F: Ja und auch durch die Gruppe einfach nochmal das Ziel verfolgt wird, offen mit seinen eigenen Emotionen auch umzugehen, die zu besprechen ne, also auch da wieder die Hilfe anderer anzunehmen und einzufordern, das wird auch ganz ganz viel geübt. (00:31:18-7)

E: Und viele sagen auch: "Hier kann ich so sein, wie ich bin" oder wir hatten ja diese Fallschirmübung gemacht, also: Was trägt mich so im Leben und dann wird die Gruppe auch oft benannt. Dass die dann ganz wichtig geworden ist. (00:31:32-1)

LMM: Wie lange ähm sind die Klienten in der Gruppe? (00:31:36-0)

E: Ja, das ist dann manchmal auch so ein Thema, (lacht) dass man dann allmählich auch sagen muss, "So, jetzt ne müssen wir mal in Richtung Ende gucken" also so ein bis 2 Jahre ist durchaus -. (00:31:47-4)

LMM: Schon längere Zeit, ja. (00:31:54-2)

E: Die Leben hat Gewicht-Gruppe ist konzipiert auf zwei mal 12 Sitzungen, das heißt, die ist erstmal so begrenzt, da können dann auch, also ich meine wir haben auch welche, die sagen nach drei Monaten oder jetzt die eine nach etwas unter einem Jahr "Ich hab's jetzt geschafft", aber viele brauchen auch etwas länger. (00:32:13-9)

F: Also vielleicht einfach nochmal zur Erklärung: Leben hat Gewicht soll ganz bewusst als Kurzintervention dienen und quasi so zum Reinschnuppern. So, also erste Gruppenerfahrungen sammeln, um danach weiter zu schauen, was die Betroffenen halt brauchen so. Dann kann der Anschluss auch die reguläre Gruppe sein. (00:32:32-9)

LMM: Ok, danke. (lachen) Jetzt habe ich noch eine Frage, was Sie eigentlich zur Diagnostik oder ja, zur Diagnosestellung denken. Also führt dieser, ich nenn es jetzt mal bewusst Stempel der Magersucht/Anorexie zu Inklusion oder Exklusion? Oder wie erleben Sie das? Was sagen die Betroffenen, wie sie das erleben? Also wenn es halt zu einer Diagnostik kommt? (00:33:08-0)

E: (Mh) Man muss sie vorsichtig damit konfrontieren, wenn man zu schnell sagt, Magersucht und jetzt muss... Dann sind sie weg. Das heißt, schon die Ernsthaftigkeit, also wenn ich jetzt die sehe, die nach einem Jahr aufgehört hat, die hat am Anfang zum Beispiel ganz klar gesagt: " Ich habe keine Magersucht, ich esse nur manchmal ein bisschen weniger" Und dann war das durchaus ein gewisser Prozess, sie dahin zu bringen, dass sie erkennt "Doch es ist eine Magersucht und es ist auch sinnvoll nicht nur ein paar Gespräche, sondern eine Therapie zu machen. Das heißt der Klärungs- und Beratungsprozess war ein bisschen länger und das gibts durchaus öfter. Ne, manche kommen auch schon mit der Einsicht, aber diese Krankheitseinsicht ist wichtig und führt erstmal zu einem Gefühl der Exklusion, "dann

bin ich ja anders als die anderen und dann will keiner mehr mit mir" aber wenn sie lernen dazu zu stehen, dann (ähm) und das wird ja auch in der Gruppe so positiv erlebt. "Ich habe diese Erkrankung, ich muss lernen, damit umzugehen, und ich gehöre auch trotzdem dazu." Dann ist es ja auch wieder eine Teilhabe. Also nicht so groß "Ich zeige nach außen etwas anderes als ich innen fühle", das ist ja ein Kernthema bei Essstörungen und das zu überwinden, das führt ja zur Teilhabe. Ne, das ist oft am Anfang ein Thema "Sag ichs meiner besten Freundin? Sag ich's meiner Familie, wie zeige ich mich überhaupt nach außen", (..) ja, das führt dann eben zur Nähe, zu Bindung, zu Teilhabe. Wenn die dann positive Erfahrungen machen "Ey, meine Freundin hat gar nicht so reagiert, wie ich befürchtet habe, dann kann ich es jetzt vielleicht auch meiner Mutter sagen". (00:34:53-0)

F: Aber natürlich ist es auch, wie viele Diagnosen oft auch ein Tabuthema, also wenn ich jetzt nochmal an eine Schülerin denke, die es jetzt nochmal gesagt hat, dass ihre Freunde viel über sie reden, aber nicht mit ihr. Obwohl man dann auch nochmal merkt, dieser Begriff Magersucht, die Diagnose Magersucht, ist einfach auch ein schwieriges Thema, auch für das Umfeld, wo viele auch gar nicht wissen "Hm, was mach ich jetzt damit?" Und natürlich, in dem Moment ist es Exklusion. Ganz klar. Also in dem Moment ist es ausschließen und keine Teilhabe. Aber, ich denke dann, Diagnosen sind immer ein Instrument, es ist ein Begriff für einen Zustand und es hilft halt, es hilft damit umzugehen, es hilft zu schauen, "was brauchen denn diejenigen" und ganz häufig, wenn sie so über den Zustand "Mmh, ich habe jetzt eine Magersucht" hinaus kommen, dann ist es auch für die Betroffenen oft doch hilfreich zu wissen "Was ist denn mit mir los?" Also so okay das Ganze hat einen Namen und es ist eine Krankheit und… aber eine Krankheit kann man eben auch behandeln. Und das kann dann eben auch wieder zur Inklusion im Endeffekt führen. (00:36:12-8)

E: Und sie müssen lernen, darüber zu reden, natürlich ist die Angst da, wenn die Freundin das jetzt weiß, wie guckt die dann immer, wenn

wir gemeinsam essen? Natürlich guckt die, es ist auch normal, aber dass man lernt auch als Betroffene vorher drüber zu reden, und zu sagen " In die Pommesbude kann ich jetzt nicht gehen, aber ich geh gern mit dir da hin und esse dann einen Salat mit Hühnchen" Oder was, was dann ein Klassiker ist. Aber dass man das auch vorher schon bespricht auch. (00:36:37-8)

LMM: Das war eine sehr schöne Formulierung, das fand ich gut. (lachen). (Mh) ich würde jetzt auch schon zum Schluss kommen, ich denke es ist nicht so schlimm, wenn wir früher fertig sind. (lachen) Was würden Sie als die Menschen, die mit den Betroffenen arbeiten sich wünschen, wie die Gesellschaft mit (mh) dem Thema Essstörung umgeht? (...) (00:37:03-3)

E: Fangen wir doch bei der Prävention an. (00:37:11-1)

F: Ja also generell, wenn wir natürlich wieder über Tabus denken, dann (Äh) ist es immer so, dieses aus dem Tabu rausholen und in die Öffentlichkeit reinholen. Ähm und wenn wir an Prävention denken wärs, Wunschkonzert wäre, jede Schule macht einmal in der fünften/sechsten Klasse und einmal in der neunten/zehnten Klasse ne schöne Präventionseinheit zum Thema gesunde Ernährung und Schönheitsideal und Social Media und (.), also das wäre so Wunschkonzert, ähm, da ist es aber ganz wichtig, dass es zwei Mal wäre, weil einmal so in der fünften/sechsten Klasse ist eben noch nicht so die krasse Reflexionsebene da, da ist es halt einfach viel tatsächlich einfach mal darüber nachdenken "Was esse ich denn so in der Pause?" Und "Wie nehme ich denn die anderen wahr? Und was zeige ich denn von mir?" Und in der neunten/zehnten Klasse ist es dann einfach super viel Richtung Sexualität auch. Also wie wirke ich auf das andere Geschlecht, Partnerschaft, was finde ich schön, wie finde ich mich selber schön? Das wäre Wunschkonzert in der Prävention. (00:38:23-4)

E: (Zustimmendes mh) Ja und dann wäre die Frühintervention auch wichtig, also so Programme, wie Leben hat Gewicht müsst es noch viel mehr geben und die müssten vielleicht auch an Orten stattfinden, wo das vielleicht noch näher ist bei den Schülern, also dass man

da auch und also ich meine, es sind ja auch ganz viele Kinder zu dick- also auch da Ernährung muss eigentlich permanent von der Grundschule Thema sein. Dann fänd‘ ich es gut, wenn es mehr ambulante oder überhaupt ambulante Rehabilitation für Essgestörte gäbe, ich arbeite ja auch hier im Suchtbereich und es gibt ganz viele Menschen, die sehr gut mit der ambulanten Reha ihren Weg in die Abstinenz finden, aber es gibt nichts Vergleichbares für die Essgestörten. Es gibt die Psychotherapie- also in Deutschland ist das ja getrennt, Rehabilitation läuft über die Rentenversicherung und Gesundheit läuft über die Krankenversicherung und letztlich gehört ja auch beides zusammen, aber es wäre schön, wenn es ambulante Reha für Essgestörte gäbe. Weil viele gehen in die Klinik, kommen dann zurück und dann finden sie nichts und dann stehen sie erstmal da. Ambulante Reha mit Sucht heißt, die haben eineinhalb Jahre Zeit, Gruppe plus Einzeltherapie zu machen, um gesund zu werden, und das brauchen die Essgestörten eigentlich auch. Mittlerweile hat man ja auch den Suchtcharakter von Essstörungen anerkannt, man weiß auch um die Schwere der Erkrankungen, man weiß auch, dass die oft rausfallen aus der gesellschaftlichen Teilhabe, und meiner Meinung nach müsste da dringend was passieren. Das heißt die Kostenträger müssten sich zusammensetzen und sagen "Wir wollen so eine Rehabilitationsmaßnahme in ambulanter Form, stationäre gibt es ja schon, für die Essgestörten auch auf den Weg bringen, damit die auch nicht rausfallen aus dem System. (00:40:16-2)

LMM: Wäre ja dann auch eine politische Entscheidung? (00:40:17-9)

E: Auf jeden Fall! Da haben wir auch schon vor 15 Jahren für gekämpft (lacht). Ja, mittlerweile sind sie alle ins Landesprogramm gegen Sucht ja auch aufgenommen, die Essstörungen, aber immer noch so ein bisschen als Randgebiet. (00:40:33-1)

F: Ja, aber der kritischste Bereich ist einfach der nach der Klinik und das sind dann häufig die, die dann nochmal in die Klinik gehen, weil einfach nicht nichts, also es schließt halt nichts automatisch an so. Also es gibt schon erste Projekte, die schauen, wenn ich jetzt an die KJP denke, die Hometreatment ausprobieren, also was passiert,

nachdem die Kids ein paar Wochen bei uns waren stationär, also auch die haben gemerkt "Hups, die Rückfallrate nach der Klinik ist halt einfach riesig und da braucht es was, aber da gibt es im Endeffekt noch keine guten Lösungen zwischen ambulantem und stationärem Setting. (00:41:12-5)

E: Und bei den jungen Erwachsenen schicken die psychosomatischen Kliniken und Rehakliniken die Leute schon regulär zu uns, damit die das weiter machen, aber es gibt überhaupt niemanden, der das regulär in diesem Umfang bezahlt, wie wir es brauchen. Wir haben hier zwei halbe Stellen von der Städteregion -Gott sei Dank- wir können einen gewissen Pool aufarbeiten, aber es gibt gar nicht so dieses Reguläre, wie bei Suchtkranken, dass man sagt "Leute, ihr müsst was daran machen." Es gibt minimales Nachsorgeprogramm, aber hier in Aachen findet es eigentlich gar nicht statt. (00:41:46-8)

LMM: Und so teilstationäre Angebote wie Tageskliniken oder so? (00:41:49-4)

E: Gibt es spezialisiert für Essgestörte auch noch nicht. Also die Tageskliniken haben mittlerweile auch die Essstörungen mehr im Blick, aber wirklich spezialisiert ist niemand. Nicht für die Erwachsenen. (00:42:01-8)

F: Nicht für die Erwachsenen, genau. (00:42:04-8)

LMM: Also im Kinder- und Jugendbereich wäre da… (00:42:06-6)

E: Da ist das Klinikum, die sind ja spezialisiert. (00:42:08-0)

F: Die KJP hier in Aachen, die ist spezialisiert ja. (00:42:15-9)

LMM: Ok (..) gibts noch irgendwas, was sie hinzufügen möchten, was ich vergessen habe, was noch relevant wäre für den ganzen Bereich? (00:42:30-0)

E: Ich finde das ein wichtiges Thema diese Arbeit, ich finde das gut, dass es die gibt! (00:42:42-3)

F: Ja. (00:42:42-3)

LMM: Kritik, irgendwas? (00:42:42-2)

E: Ne. Gut. Weiterreichen an die Deutsche Rentenversicherung Rheinland (00:42:45-2)

F: Genau! (lacht) (00:42:52-8)

E: Wir sind natürlich auch interessiert, was drinsteht. (00:42:53-2)

LMM: Wenn wir fertig sind, werden wir Ihnen das gern zur Verfügung stellen. (00:42:59-7)

F: Sehr gern! (00:42:59-9)

E: Müssen wir noch was zu uns sagen, unsere Ausbildung, hatten wir das schon beim ersten Mal, ich weiß es nicht? (00:43:06-6)

LMM: (Ähm) hatten Sie schon gesagt, aber dann habe ich es nochmal auf Band, schadet nicht. (00:43:10-9)

E: Also, ich bin Dipl.-Pädagogin, Suchttherapeutin, Heilpraktikerin für Psychotherapie und Tanztherapeutin, jo. (00:43:19-1)

F: Ich bin Erziehungswissenschaftlerin und systemische Beraterin. (00:43:22-0)

LMM: Ok, danke! (00:43:28-6)

Interview 6:

Datum des Interviews:	12.03.2020
Ort des Interviews:	Therapeutische Wohngruppe
Dauer des Interviews:	14 Minuten
Interviewende*r:	Janina Nett, Anna Mührmann
Indikator der/des Interviewenden:	I1, I2
Beruf der/des Interviewenden:	Studierende (Soziale Arbeit M.A.)
Interviewte*r:	
Indikator der/des Interviewten:	G
Beruf der/des Interviewten:	Schüler*in

I1: Als erstes wollen wir dich fragen, wie du deinen Alltag mit der Anorexie erlebst? Und hol ruhig mal ein bisschen aus, wenn du möchtest. Wenn nicht, haben wir auch ein paar Ideen. (0:01 – 0:14)

G: (..) (Ah) Also, was soll ich sagen, wir haben sechs Mahlzeiten, dass nimmt viel Zeit ein. (am) (…) Ich weiß nicht, was ich sonst no- (0:15 – 0:27)

I2: Die ist zu allgemein wahrscheinlich die Frage. (0:27 – 0:28)

I1: Kein Problem, lass dir Zeit. (0:28 – 0:33)

G: Ich weiß nicht, was mir noch einfällt. (Mh) Ja unser Gewicht wird immer kontrolliert. (Mh) Wir haben einen Essensplan, seitdem (.), ich bin ja, also davor war ich ja auf ner Klinik, also lebe ich eigentlich schon sehr sehr lange mit ‘nem Essensplan. (Ahm) ja (..) ich weiß nicht. (0:34 – 0:57)

I1: Kein Problem. (0:58 – 0:59)

(….)

I2: Kann man sagen, in welchem Alter das stattgefunden hat? Also wo es angefangen hat? (1:04 – 1:08)

G: Also bei mir war es schon mit Elf. (1:09- 1:12)

I2: Und wie alt bist du jetzt? (1:13 – 1:14)

G: Jetzt bin ich 16. (1:15 – 1:16)

I1: Heißt es ist schon eine lange Geschichte. (Mh) Wie ist dein Umfeld mit der Situation bzw. wie geht dein Umfeld mit der Situation um? (1:17 – 1:24)

G: Also, (..) ich glaube meine Geschwister können damit gut umgehen. Meine Mutter ist halt, ja, je nachdem wie mein Gewicht ist, geht es ihr halt auch

besser oder schlechter. Wenn es natürlich niedriger ist, dann ist sie sehr traurig. Oder wenn es nicht mit dem Essen klappt, dann ist sie auch traurig. (Mh) Ja, jetzt wo ich in der WG bin, sind die auch nicht so schön, weil ich weg von Zuhause bin. (Mh) Ja, ich weiß nicht. Meine Großeltern können das glaub ich nicht so gut verstehen wie meine Eltern. Also die können das schon besser verstehen. (Mh) Ja, die hoffen vor allem, dass es besser wird, weil es schon sehr lange ein Problem ist. (….) (Mh) Ja, mit Freunden rede ich jetzt nicht so sehr darüber. (1:25 – 2:28)

I2: Wissen die davon Bescheid? (2:29 – 2:31)

G: Ja, natürlich. Die wissen auch, dass ich hier bin und warum. (2:32 – 2:36)

I1: Aber mit denen sprichst du nicht so? (2:37 – 2:38)

G: Ne, eher nicht. (2:39 – 2:40)

I1: Muss ja auch nicht. (2:41 – 2:43)

I2: Wie haben die denn reagiert die Freunde? Waren die eher überfordert, oder? (2:44 – 2:52)

G: Also, ich weiß nur, dass eine Freundin von mir als ich, als ich das, ich war ja schon fünfmal in der Klinik und ich glaub das dritte Mal, also das Vierte, war ziemlich traurig und hat auch geweint, dass ich wieder hinmusste und so. Ich glaub auch sie war einfach traurig, dass ich wegmusste. (Mh) Ja und seitdem ich hier bin, ich war ja vorher in einer anderen WG und jetzt habe ich halt nicht mehr so viel Kontakt zu denen. Und ja, sonst weiß ich nicht. (2:53 – 3:31)

I1: Alles, was du erzählst ist super. Und wir fragen den Rest nach. Hast du in irgendeiner Form, als es angefangen hat, Hilfe und Unterstützung erfahren? (3:33 – 3:43)

G: Ja, (mh) die Essenspläne sind schon ne Unterstützung. Ich kann es mir halt auch anders nicht mehr vorstellen, weil ich ja so kein Hungergefühl mehr habe. (Mh) Ja, wenn ich mich halt dick fühle, dann sag ich das halt so. Hier ist das halt so, glaub ich eher schwierig zu äußern. In der Klinik haben die sowas versucht wie Körperwahrnehmung zu machen, dass man sich wieder besser kennenlernen kann und so. (Mh) Ansonsten rede ich halt mit meiner Therapeutin, also dass ist auch die Leiterin hiervon, oft darüber wie ich mich fühle und die nimmt das auch sehr an. Der ist schon sehr wichtig, dass ich

ein gesundes Gewicht habe, aber ihr ist auch wichtig, wie es mir damit geht. (3:44 – 4:39)

I2: Und was würdest du sagen, in welchen Situationen ist es am schwierigsten? Oder gibt es irgendwelche Momente, die besonders beeinträchtigt sind dadurch? (4:40 – 4:52)

G: (Mh) Schwierig. Also schwierig ist es halt, wenn ich, ich kann halt nichts mehr essen oder sowas, wenn es nicht auf dem Plan steht. Das fällt mir halt sehr schwer. Und (mh) was ich halt auch alles nicht machen kann. Also dadurch, dass wir ja ein bestimmtes Sportgewicht haben müssen, kann man, je nachdem wie das Gewicht ist, bzw. darf man kein Sport machen. Oder man muss halt immer zu den Mahlzeiten hier sein. Die Schule darf man halt auch, also je nach Absprache, erst später eher mehr gehen. Man muss erstmal alle Mahlzeiten hier machen. Also man kann halt nicht einfach sagen, man geht irgendwie weg und ist dann da, also erst wenn man das abgesprochen hat und so. (..) also was ich jetzt nicht machen könnte, oder was schwierig wäre, wenn wir so Fahrten, also Klassenfahrten mache, dann könnte ich halt auch nicht mitfahren, erstmal zumindest nicht. Ich habe es schon gemacht, in der Zeit wo ich krank war. Ich habe es halt auch geschafft, nur hier in der WG geht das nicht, was ich schade finde. Vielleicht irgendwann mal. (4:54 – 6:20)

I2: Das heißt, es hängt alles am Gewicht? Man ist sehr eingeschränkt? (6:21 – 6:24)

G: Und wie man, also ob man jetzt frei essen darf oder nicht. (6:25 – 6:28)

I2: Und wenn du jetzt an die Zeit nach dieser Wohngruppe denkst, also wenn du wieder Zuhause bist, also in den „normalen Alltag“ miterlebst, gibt es da etwas, was du dir wünschen würdest oder du gebrauchen könntest in der Zeit? Gerade so in der Übergangszeit? (6:29 – 6:45)

G: Also, eigentlich auch so ein Therapeut wäre gut, dass man da irgendwo hingeht. Am liebsten würde ich zu meiner Therapeutin hier gehen, die ist nur sehr weit weg. (6:46 – 7:01)

I2: Das heißt, du kommst nicht von hier? (7:02 - 7:04)

G: Ne, ich komme aus (…). (Mh) Ich denke, dass ich auch nicht ohne Essensplan leben könnte. Ich glaub, weil ich das schon seit fünf Jahren mache,

kann ich mir das auch nicht anders vorstellen. Erstmal zumindest nicht. (Mh) Ja, ansonsten war es das eigentlich. (7:05 – 7:36)

I2: Und wie hat die Diagnose Anorexie auf bestimmte Bereiche, also zum Beispiel auf den Freundeskreis hattest du ja gerade schon erzählt, oder Familie hattest du auch schon angedeutet, aber auch Schule, Hobbies, Freizeitgestaltung, also gab ´s da irgendwelche Unterschiede? (7:38 – 7:58)

G: Also ja, Freunde sind halt weniger geworden. Ich bin halt oft an anderen Orten gewesen. Also fünfmal in der Klinik und in zwei Wohngruppen und so. Und das immer für ne kurze Zeit. Ich hab da zwar immer Freunde gefunden und alte behalten, aber es war halt so, oder ist so n großes hin und her. Und ich bin halt seit diesen fünf Jahren nie so wirklich, also entweder war ich in der Klinik und zuhause, Klinik und zuhause und dann wieder Klinik und dann WG und dann wieder in der Klinik und dann wieder WG. Es war halt so n großes hin und her. Und ich wiederhole ja jetzt auch das zweite Mal, weil ich so oft in der Klinik war. Und dadurch bin ich halt nicht mehr in der alten Stufe gewesen. Und jetzt sowieso in einer anderen Stufe, weil ich inner WG bin und hier wohne. Deswegen hat sich das sehr verändert. Mit der Familie, also ich vermisse mein Zuhause halt auch sehr und würde auch gerne nach Hause gehen. Und ich denke, meine Eltern vermissen mich halt auch. Und Hobbies, ich habe immer Ballett getanzt, dass wollte ich hier auch weiter machen, nur zwischendurch und momentan darf ich halt noch nicht zum Sport gehen und ich hoff das ändert sich jetzt in den nächsten Wochen. (mh) Dadurch das ich jetzt einen anderen Wohnort habe, bin ich natürlich auch nicht mehr an der alten Ballettschule. (7:59 – 9:47)

I2: Aber das möchtest du langfristig wahrscheinlich wieder machen. Und du hast ja erzählt, dass das mit elf Jahren begonnen hat. Das heißt, es sind ja jetzt schon knapp fünf Jahre kann man sagen. Würdest du auch sagen, dass die Anorexie irgendwas gebracht hat? Oder ja, dass sie für irgendwas gut war, dass du irgendwas daraus mitnehmen konntest? (..) Oder denkst du eher negativ, wenn du an die Anorexie denkst? (9: 49 – 10:22)

G: Ich denk da eher negativ, weil sie fast alles verbaut hat. Also die Schule, meine Freunde, mein Zuhause. (10:23 – 10:33)

(……)

I2: Hast du das Gefühl, seitdem du die Diagnose hast, hast du dich eher integriert oder ausgeschlossen gefühlt? Oder auch beides, je nachdem wo. (10:45 – 10:53)

G: Ja, ausgeschlossen würde ich eher, also ich habe halt auch das Problem, dass ich sehr klein bin und so. Viele sagen, dass ist nicht so das Problem und so, aber ich wird halt ganz anders eigeschätzt als ich eigentlich bin, also auch vom Alter her. Und so auch woanders einsortiert. Und ich denke deswegen ist es auch sehr schwierig weiter (mh) mit den gleichen Freunden befreundet zu sein. Also meine alten, meine ganz alten Freunde habe ich halt, also die ich schon seit der Grundschule kenne, aber dann immer wieder durch den Wohnortswechsel halt auch schwierig wieder irgendwo reinzukommen in einen Freundeskreis und so. (10:54 – 11:46)

I2. Auch weil man immer wieder raus ist. Und gibt es irgendwas, was du dir wirklich von Herzen wünschen würdest für die nächste Zeit oder auch für die Zeit nach der Wohngruppe. Irgendwas, was dir Kraft geben könnte oder was dir den „normalen“ Alltag wieder erleichtern würde? (11: 48 – 12:06)

G: (Mh) Ich habe eigentlich viele Wünsche. Erstmal, dass ich mich halt auch wieder weiterentwickle, dass ich weiterkomme, weil ich eben immer stehen geblieben bin. Und das macht mich halt dann auch traurig. (12:07 – 12:26)

I2: Stehengeblieben? Wie meinst du das? (12:27 – 12:29)

G: Also erstmal körperlich und so. Dann das ich mich wieder in der Schule konzentrieren kann, also das fällt mir halt auch schwer. Aber ich glaub, dass ist noch eine andere Geschichte, weil ich hab ganz viele Medikamente genommen und die werde ich auch wieder nehmen. Die wurden mit in der Klinik abgesetzt und ohne kann ich mich halt schlecht konzentrieren. Und ja, dass ich halt zuhause bleiben kann. Erstmal zumindest, bis ich dann irgendwann selbstständig bin. (12:30 – 13:05)

I2: Und was bräuchtest du für die erste Zeit Zuhause? Gibt es da irgendwas, wo du sagst, dass wäre super für die erste Zeit oder auch langfristig. (13:07 – 13:19)

(…..)

G: Ja, dass ich auch Therapie machen kann. Ja wie ich schon gesagt habe, am liebsten hier bei der Therapeutin, die ich habe. (13:21 – 13: 34)

I1: Gibt es etwas, was du dir auch für andere Betroffene wünschen würdest? Also auch gesellschaftlich, wie andere Menschen draufgucken auf die Anorexie-Erkrankten oder auf die Erkrankung Anorexie? (13:36 – 13:48)

(……)

G: Also eigentlich wünsche ich mir für andere, die das gleiche haben, dass sie sich wohl fühlen, auch wenn sie wieder bei einem Normalgewicht sind. Weil da fühlt man sich normalerweise nicht wohl, sondern eher dick und das Gefühl ist halt sehr unangenehm. Ich wünsche mir, für jeden der das hat, dass er sich dann auch wohl fühlt. (13:54 – 14:16)

I1: Das ist ein schöner Punkt. Gibt es noch irgendwas, was wir vergessen haben oder was du noch sagen möchtest, wo du denkst, das ist noch wichtig für unsere Forschung? (14:18 – 14: 27)

G: Ne, eigentlich nicht. (14:28-14:30)

I2: Super. Dann bedanken wir uns sehr herzlich für das Interview. (14:31 – 14:26)

Interview 7:

Datum des Interviews:	12.03.2020	
Ort des Interviews:	Therapeutische Wohngruppe	
Dauer des Interviews:	21 Minuten	
Interviewende*r:	Janina Nett, Anna Mührmann	
Indikator der/des Interviewenden:	I1, I2	I
Beruf der/des Interviewenden:	Studierende (Soziale Arbeit M.A.)	
Interviewte*r:		
Indikator der/des Interviewten:	H	
Beruf der/des Interviewten:	Schüler*in	

I1: Genau also (.) wir können ja auch erstmal ganz offen starten, sag ich mal [lacht]. Wie hast Du denn die Phase oder generell die Diagnose Anorexie erlebt. Oder (..) beschreib doch einfach mal generell, wie Du Deinen Alltag erlebt hast. Oder was Dir so als Erstes dazu einfällt. (00:00-00:23)

H: Also wie es mich beeinflusst im Moment, oder? (00:24-00:26)

I1: Ja genau. (00:27-00:28)

H: Ja also, dass ist halt irgendwie kompliziert, vor allem halt jetzt im Nachhinein ist das so, dass es einen beeinflusst (..) weil ich wohne ja jetzt hier in einer therapeutischen Wohngruppe und (..) da hat halt alles damit zu tun, also wenn man, wenn das halt nicht klappt dann darf man das nicht und so (.) deswegen schränkt das schon extrem ein (..) vor allen Dingen weil das ja meistens alles unterbewusst ist, aber vorher war das halt auch schon so, dass es halt extrem eingeschränkt hat weil man sich halt da komplett reingegeben hat und (ähm) ja (..) sich alles danach gedreht hat und man sich halt auch komplett abgeschottet hat. (00:29-01:11)

I1: (Mh) ja (.). Kannst Du sagen, welche Lebensbereiche so am meisten betroffen waren oder was schwierig war in der Zeit oder auch jetzt noch? (01:12-01:20)

H: Vor allen Dingen das Soziale. (01:21-01:23)

I1: Ja? (01:23-01:24)

H: Also mit anderen Menschen in Kontakt kommen und mit denen was machen, denn es ist halt oft, oft auch so, dass dann Fragen kamen und so und

das wollte man dann eigentlich vermeiden und deswegen hat man sich halt lieber abgeschottet, weil da halt oft auch kein Platz noch war für andere. (01:23-01:38)

I1: Hattest du denn offen darüber geredet mit deinen Freunden und Bekannten und deiner Familie oder wussten die lange Zeit gar nichts? (01:39-01:46)

H: (Ähm) also (.) meine Freunde habe ich eigentlich relativ lange daraus gehalten (mmh) also die haben zwar gemerkt, dass irgendwas nicht stimmt und haben mich darauf angesprochen und auch in der Schule Lehrer oder so, aber ich habe den immer gesagt, dass alles gut ist, weil ich halt auch irgendwie nicht zur Last fallen wollte oder so, (ähm) aber meine Mama hatte selber Anorexie (..). (01:47-02:10)

I1: Ah ok. (02:10-02:11)

H: Und die hat das dann eigentlich relativ schnell gemerkt, dass mit mir irgendwas nicht stimmt und irgendwas nicht richtig ist und (..) hat dann auch relativ schnell eingegriffen (..) ja (.) war halt dann zu spät [lacht]. (02:12-02:26)

I1: Wie lange hatte Deine Mama die Anorexie oder hat sie die immer noch? (02:27-02:29)

H: Also meine Mama hatte das (.) irgendwie als sie (ähm) mit ihrer Ausbildung angefangen hat. (02:30-02:37)

I1: (Ah) oke. Mamas haben eh meistens einen richtigen Riecher [lacht]. (02:38-02:41)

H: Und (ähm) das war halt so (.) meine Mama sagt halt, das ist wie beim Alkoholiker, wenn man Stress hat, dann ist das, das Erste worauf man wieder zurückgreift (..) und jetzt wo ich krank war, da hat sie halt auch wieder so ein bisschen damit angefangen zurückzufallen. (02:42-02:59)

I1: (Mh) ja, dass begleitet einen einfach im Leben, gerade in einer stressigen Situation. (02:59-03:03)

H: Ja (..) aber sie sagt, sie kann damit eigentlich gut umgehen im Alltag und so (..) (mh). (03:04-03:10)

I1: Und kannst Du ungefähr sagen in welchem Alter es begonnen hat oder kann man das gar nicht so genau sagen? (03:10-03:17)

H: Ich weiß es gar nicht so genau, dass war halt so ein schleichender Prozess (ähm) so mit 14/15 oder so hat es angefangen (..) ja. (03:18-03:27)

I1: Und wie alt bist Du jetzt? (03:27-03:28)

H: 17. (03:28-03:28)

I1: (Oh) und gab es auch mal Phasen, in denen es besser war, oder war es durchgehend schwierig? (03:29-03:35)

H: Ne, also (ähm) ich war ja jetzt zweimal in der Klinik (.) und (ähm) nach dem ersten Mal wo ich hier hingekommen bin, da hat sich das eigentlich auch schon wieder gebessert (..) also es hat sich stetig gebessert, aber es gibt halt immer wieder diese Rückfälle. (03:36-03:54)

I1: Bist Du schon das zweite Mal hier auch in diesem Wohnheim oder (..)? (03:55-03:57)

H: Ne also ich war in der Zeit erst hier in der Klinik und dann bin ich halt wieder hierhin gekommen (..) so deswegen, ja. (03:58-04:10)

I1: Das heißt also der soziale Bereich ist am Schwierigsten? Und was meinst Du damit genau (.)? Also generell Dich mit Freunden zu treffen oder (..) (mh) einkaufen gehen, shoppen oder generell (..), also in den letzten Gesprächen habe ich auch ganz oft gehört, dass man eh den ganzen Kopf voll hat mit dem Tagesplan, also dass man den Tagen immer eine Struktur gibt und dann bleibt gar nicht mehr so viel Platz für anderes, ne? War das bei Dir auch so? (04:11-04:37)

H: Ja, also (.) in der Zeit wo es auch so mit Bewegung schwieriger war, da hat man wirklich alles durchgeplant. Jetzt ist es meistens so, dass also ich habe halt so eine Phase, wo ich sehr antrieblos bin und wo ich mich dann auch nicht aufraffen kann, wie (.) mich mit Freunden zu treffen, vor allem weil es hier auch (ähm) eh schwierig ist (..) mit dem Tagesplan, wir haben sechs Mahlzeiten und so und das ist halt schon extrem schwierig, weil der ganze Tag dann halt auch so (..). (04:38-05:13)

I1: Komplett strukturiert ist [lacht]? (05:14-05:15)

H: Ja (..) genau und halt auch Gruppen und sowas, dann ist das halt schwierig sich die Zeit zu nehmen und sich dann zu überwinden. (05:16-05:25)

I1: Ja total. Also hat dein Umfeld denn positiv darauf reagiert, als Du es denen erzählt hast, oder verständnisvoll? Oder kam eher eine ablehnende Haltung? Von den Freunden, dass hattest Du ja schon erzählt (mh) also, dass die sich dann eher zurückgezogen haben, oder würdest Du sagen, dass die im Großen und Ganzen waren die eher positiv gestimmt? (05:26-05:44)

H: (Mh) als die es erfahren haben? (05:45-05:46)

I1: Ja. (05:46-05:47)

H: (Mh) ja, also die haben als Erstes natürlich fürsorglich reagiert und waren auch eher ein bisschen hilflos und die haben halt viel auch so hintenrum gemacht [leise] was ich auch nicht so gut fand, aber(.). (05:48-06:02)

I1: Wie meinst Du das, also dass die sich abgesprochen haben oder dass die Dich überraschen wollten oder (..) (06:03-06:07)

H: Ja, die haben hinter meinem Rücken halt so geredet, oder ganz viele haben meine beste Freundin, also meine damals beste Freundin gefragt, was halt mit mir los ist aber mich halt nie selbst angesprochen. Also bei mir haben die immer so getan als wäre alles gut und dann habe ich es halt immer erst über ein paar Ecken erfahren. (06:08-06:26)

I1: Weil die sich alle Sorgen gemacht haben, aber nicht wussten, wie sie mit Dir in Kontakt treten sollten, ne? (06:27:06:31)

H: Ja, aber sonst habe ich eigentlich positive Erfahrungen damit gemacht, also die waren halt schon alle für mich da, aber ich konnte halt irgendwie damit nicht richtig umgehen [leise], vor allem nicht in der Anfangszeit und so (.). (06:32-06:41)

I1: Ja, vor allem, weil man dann ja auch ganz viele andere Sachen im Kopf hat und man dann nicht auch noch dafür Energie überhat. (06:42-06:49)

H: Ja (.). (06:49-06:49)

I1: Hattest du denn (mh) Unterstützung auch von den anderen. Gab Dir das viel, dass die Freunde und die Familie da war? Oder hattest Du von einer anderen Person eine super Unterstützung? (06:50-07:04)

H: Also in der Anfangszeit, habe ich ja auch schon erzählt, war es ein bisschen schwierig mit meinen Freunden und da war es eigentlich manchmal auch eher eine Belastung, weil ich halt (mh) irgendwie erstmal mit mir selbst klarkommen wollte [leise] und dann war das halt schwierig (.). Aber vor allem auch so Leute, die ich in der Klinik und in der ganzen Zeit kennengelernt habe, die haben mir schon viel Kraft gegeben, man hat sich irgendwie direkt gut verstanden. (07:05-07:39)

I1: Seelenverwandte [lacht]? (07:39-07:40)

H: Ja, man hat sich halt einfach verstanden und konnte ganz offen miteinander umgehen. (07:41-07:46)

I1: Richtig gut, ja (.). (07:47-07:48)

I2: Schön [lacht]. (Mh) Wir waren ja eben schon bei dem Thema Alltag, damit würde ich jetzt einfach mal weitermachen. Wie gestaltet sich Dein Alltag aktuell? (07:48-07:56).

H: Also ja so ein bisschen eingeschränkt, weil [lacht] das Gewicht gerade ein bisschen nach unten gegangen ist, aber ja (..) (ähm) ich gehe halt morgens zur Schule. Im Moment gehe ich nur zwei Stunden, ansonsten würde ich sechs gehen. Wenn ich sechs gehe, dann (ähm) komme ich wieder und habe direkt Mittagessen (ähm) und dann mache ich meistens noch was für die Schule und dann (ähm) kann man was mit anderen machen, also hier in der WG machen wir oft was miteinander. Also wir verstehen uns eigentlich alle ganz gut (..). (07:57-08:35)

I1: Wie viele sind hier in der WG? (08:35-08:36)

H: (Ähm) ich glaube im Moment 8 (..) und dann abends ist das meistens so, dass wenn man darf, dass man dann zum Sport geht (..)? (08:37-08:52)

I2: Okay und (ähm) gibt es was, wo Du sagst, in der aktuellen Phase, dass würde Dir guttun oder das fehlt dir (..) also in Form von Unterstützung oder (..). (08:53-09:08)

H: (Mh) also ich weiß im Moment selber nicht so genau, was ich brauche, deswegen ist die Frage ein bisschen schwierig, aber (.) (ähm) was man so generell so sagen kann, ist das glaube ich, dass viele diese (.) familiäre Situation vermissen, also hier ist es halt schon so (..) ja, also da ist halt nicht so viel Zuneigung und so, also klar, wir zeigen auch Zuneigung unter den Mitbewohnern aber so von Eltern oder so, dass ist glaub ich ein bisschen schwierig. (09:09-09:45)

I2: Also das würdest Du sagen, fehlt? (09:46-09:53)

H: Ja. [lacht] (09:54-09:54)

I1: [lacht] Das kann ich verstehen. (09:54-09:55)

I2: (Ähm) in welchen Situationen hast Du das Gefühl, dass Du Einschränkungen oder Schwierigkeiten vielleicht hast? (09:56-10:03)

H: (Ähm) also eigentlich weiß ich alles nur son bisschen, aber hier ist halt vieles sehr abhängig vom Gewicht und von der Essenssituation, also wenn man das Essen nicht schafft, kann man nicht zur Schule gehen und so, deswegen ist das halt alles aufeinander abgestimmt und man muss sich hier natürlich

auch sehr an Regeln halten, (..) (mh), das ist halt irgendwie auch eine Einschränkung, weil jeder hat ja auch mal einen schlechten Tag oder so (.). (09:56-10:41)

I1: Und könntest Du Dir vorstellen, also wenn Du jetzt unabhängig von dieser Wohngruppe wieder Zuhause wärst und den normalen Alltag sozusagen wieder leben würdest, könntest Du Dir vorstellen, wo Du dann Schwierigkeiten hättest oder was dir schwerfallen würde, in dem normalen Umfeld sag ich mal? (10:42-10:59)

H: Ich glaube in der jetzigen Situation wäre das einfach wieder mit diesem Stress und diesem Druck umzugehen, weil (..) es gibt ja auch einen gesellschaftlichen Druck (..) und der, ich glaube der ist dann schon in der Zeit besonders schwierig. (11:00-11:21)

I1: Ja, ich glaube da können wir alle ein Lied von singen [lacht]. (11:21-11:24)

I2: Ja, das stimmt (..) gesellschaftlicher Druck. (11:25-11:27)

I1: Ja (..), würdest du denn auch sagen, dass die Diagnose Anorexie Dir auch was gegeben hat, also einfach, dass Du etwas hattest, wo Du Dich dann auf Dich konzentrieren konntest, Dich zurückziehen konntest und irgendwie diesen Stress und diesem Druck ein bisschen entfliehen konntest und die Kontrolle sozusagen hast? Oder (.) wie würdest Du das beschreiben? Gibt es auch was Positives? (11:28-11:49)

H: Ja, also (ähm) (..) das ist halt auch das mit der Kontrolle, also ich glaub viele machen das auch, weil sie dann wieder Kontrolle über irgendwas haben. Das ist bei mir auch so (ähm) selbst fällt es mir noch ein bisschen schwer sagen, also mir das einzugestehen (..) auch das zu sagen jetzt [lacht] (ähm) aber ja also ich glaube oder mir wurde auch oft gesagt, dass das eigentlich auch was Gutes hat, was das ja aus irgendwas hervorgegangen ist. (11:50-12:22)

I1: Sie hatte auf jeden Fall eine Funktion, ne? (12:22-12:23)

H: Eben und ich glaub da hat mir das schon geholfen und auch dass man jetzt keine Ahnung viel (..) man weiß mehr über sich und mehr über die Sachen, ich denke andere in meinem Alter eher nicht (ähm) (ähm) ja ich glaube schon (..). (12:24-12:47)

I1: (Mh) ja, die haben andere Gedanken im Kopf [lacht] (..) Also man setzt sich auf jeden Fall mehr mit sich selbst auch auseinander würde ich sagen, oder? (12:48-12:54)

H: Ja (..). (12:54-12:55)

I2: (Ähm) wir haben noch eine Frage, die sich hauptsächlich auf ein paar Bereiche in Deinem Alltag bezieht (.), also wir würden dadurch, dass wir ja Anorexie und Teilhabe erforschen wollen, ganz gerne wissen, auf welche Teilbereiche sich das im Alltag auswirkt. Also wir haben jetzt schon sozial auf jeden Fall, da wirkt sich das aus und was hattet wir noch? (12:56-13:15)

I1: (Ähm) Freizeitgestaltung und Hobbies, also hattest Du da auch einfach gemerkt, dass du einfach keinen Kopf mehr hattest oder keine Energie irgendwas zu machen, was Dir sonst immer sehr viel Spaß gemacht hat? (13:16-13:27)

H: Ja, also vor allen Dingen bei Hobbies und so, also erstmal hat man ja bevor man in die Klinik geht gar keine Kraft mehr , um Sport zu machen (..), ich glaube (ähm) ich habe bis drei Wochen bevor ich in die Klinik gegangen bin noch Sport gemacht, (.) also ja weil meine Mama zwar gesehen hat, dass es nicht mehr klappt, ich mir das aber selber nicht eingestehen wollte, weil meine Mama auch gesagt hat, ich soll das lieber selber merken, bis es halt irgendwann nicht mehr geklappt hat. Ich konnte auch gar nicht mehr mitmachen und war immer die Langsamste. (13:28-14:01)

I1: (Mh) Was war das für ein Sportverein? (14:02-14:04)

H: (Ähm) Eishockey. (.) (Ähm) aber jetzt ist es halt auch so, dass es sehr abhängig vom Gewicht ist, es wird ja auch alles ausgerechnet, also wann man ein Sportgewicht hat und (..) ja, das ist halt schon eingeschränkt, aber ja, mir hat halt der Sport vor allen Dingen in der letzten Zeit sehr viel gegeben, weil einfach (.) ja weil das war halt ein Ort, wo ich einfach mal alles hinter mir lassen konnte und meinen Kopf ausschalten konnte (.) ja. (14:04-14:37)

I1: Ja (.), das kann ich nachvollziehen. (..) Und wie sieht es in der Schule aus? Also war es da auch schwierig oder (.)? Das man vielleicht nicht mehr so leistungsfähig ist oder dass man nicht vielleicht ganz andere Dinge im Kopf hat, oder (.) (14:38-14:47)

H: Ja (.), das ist vor allem im Moment so, weil (ähm) ich gehe ja jetzt wieder nur zwei Stunden in die Schule, weil es halt im Moment nicht so gut gelaufen ist und (..) (ähm) da merkt man schon so erstens, dass man schon so ein bisschen aus dem Sozialen raus ist, wenn man nur zwei Stunden zur Schule

geht, das ist ja nicht so viel und da merkt man schon so, dass man sich erstmal in das Soziale hineinfinden muss und mit dem Konzentrieren, das ist auch so ein Punkt, wenn es mal gerade nicht so gut läuft, dann ist man ja auch viel fokussierter auf das Essen und andere Sachen (.) also man hat halt einfach keinen Platz mehr im Kopf für Schule und sowas und diesen Druck, aber man macht sich natürlich trotzdem Druck, weil man eben diesen Druck hat [lacht], ja (..). (14:48-15:45)

I2: (Mh) (.) und was würdest Du sagen, wie beeinträchtigt dies zum Beispiel die Beziehung zu Deiner Familie? (15:46-16:00)

H: Ja, also im Moment schon sehr (..) (ähm) weil meine Mama und ich halt oft deswegen auch aneinander geraten, also nicht nur unbedingt aneinander geraten, aber das wir (ähm) von beiden Seiten aus verletzt sind und nicht wissen, wie wir damit umgehen sollen, weil ja (..) das einfach also das Thema zwischen uns steht und auch mit meiner Schwester war es am Anfang schwer, weil ich halt nicht den Kopf für irgendwas hatte und dann hat sich das aber auch eigentlich wieder gebessert nach einer Zeit (.) und vor allem den Kontakt auf die Distanz zu halten (.). Die haben ihren Alltag, ich habe meinen Alltag und (..) dann ist es ein bisschen schwierig halt. (16:01-16:58)

I1: Gibt es irgendwas, was Du dir wünschen würdest für die Zeit nach der Wohngruppe, also wenn Du wieder Zuhause bist und den normalen Alltag hast (.). Gibt es da irgendwas, was Du gebrauchen könntest oder was Du Dir wünschen würdest oder was Dir die Übergangszeit erleichtern würde? (16:59-17:16)

H: (Mh) (..) Ich glaube vor allem Unterstützung durch meine Familie, also vor allem das Gefühl, dass man nicht allein ist, das macht schon viel aus so, dass man dann, wenigstens weiß, dann das nicht klappt, dann hat man halt wenigstens noch meine Familie und Freunde (.) Ja, ich glaube das würde mir schon Halt geben. (17:17-17:44)

I2: (Mh) ja, das stimmt. (17:44-17:45)

I1: Das heißt irgendwas anderes, was jetzt die Rolle der Anorexie einnehmen kann, was dann auch in stressigen Situationen hilfreich sein könnte, oder? (17:46-17:57)

H: Ja, genau. (17:57-17:58)

I2: (Ähm) (.) jetzt sind wir quasi auch schon fast am Ende. Also wir haben uns noch gefragt, ob Du Dich durch die Diagnosestellung eher intergiert oder ausgeschlossen gefühlt hast bezüglich auf eigentlich alles, was Du gerade auch schon gesagt hast. Also dadurch, dass Du quasi die Diagnose bekommen hast, was hat das mit Dir gemacht? Hast Du das Gefühl, Du bist eher drinnen oder bei manchen Sachen eher draußen? (17:59-18:40)

H: (Ähm) (.) ich glaube man ist in gewisser Weise auch drinnen, weil man auch viele Leute kennenlernt, mit denen man sich bis auf das kleinste Detail gut versteht, aber ich glaube auch so im Leben ist man eher so ein bisschen ausgeschlossen, weil man ja (ähm) diesen Druck halt nicht so aushalten kann, wie andere Leute, also wie einfach Leute, die halt nicht so Probleme damit haben und ja, ich glaube, das ist dann schon sowohl als auch. (18:41-19:21)

I2: Und dann haben wir noch eine Frage, also das sind jetzt auch wirklich die letzten beiden. Als Erstes, was würdest Du Dir für die Zukunft wünschen für Menschen mit dieser Diagnose, auch gesellschaftlich? (19:22-19:37)

H: Also, ich finde eigentlich schon so dass Anorexie jetzt schon eigentlich sehr vertreten ist in der Gesellschaft und ja also viele können damit umgehen, aber viele auch einfach nicht, dass ist dann halt so das Problem, also mein Jugendamt Mitarbeiter, der hat auch früher zu meiner Mama gesagt, als meine Mama hier angerufen hat, ich wollte ja hier einziehen, nein oke nicht ich wollte, sondern ich sollt (.) [lacht], (ähm) dann hat er halt gesagt, dass meine Mama einfach mit mir ins Fitnessstudio gehen soll und mir Proteinshakes geben soll, dann wäre das erledigt (.) so, dass es ja keine Krankheit wäre und da ist meine Mama dann halt auch echt schon sauer gewesen, weil das halt auch einfach (mh) also manche Menschen denken halt wirklich so, die können das nicht so verstehen und sich da nicht so hineinversetzten, dass ist halt schon so in der Gesellschaft. (19:38-20:41)

I1: Das heißt Aufklärungsarbeit leisten? (20:41-20:42

H: Ja (.) ich denke schon, aber ansonsten ist es glaube ich wirklich schon sehr gut vertreten. (20:42-20:43)

I2: Und als Letztes haben wir noch die Frage, ob Du noch irgendetwas sagen möchtest oder ob wir noch was vergessen haben (.), also ob Du das Gefühl hast, da wäre noch etwas Wichtiges? (20:43-20:59)

H: (Mh) ich glaube nicht [lacht] (.), nein. (21:00-21:03)

I2: Nicht? (.) Ok. (21:03-21:04)

I1: Dann vielen, vielen Dank. Super. (21:04-21:05)

Interview 8:

Datum des Interviews:	16.12.2019
Ort des Interviews:	Beratungsstelle für Essstörungen
Dauer des Interviews:	49 Minuten
Interviewende*r:	Thomas Pörner, Anna Mührmann
Indikator der/des Interviewenden:	I1; I2
Beruf der/des Interviewenden:	Studierende (Soziale Arbeit M.A.)
Interviewte*r:	
Indikator der/des Interviewten:	J, K, L, M
Beruf der/des Interviewten:	Studentinnen

I2: Einleitung (0:00-2:55)

I1: (Mh) Die erste Frage wäre dann schon eine komplett offene Frage. Wie erleben oder erlebten sie ihren Alltag mit der Anorexie? Ganz allgemein (lachen)? Die ist extra ganz offen gestaltet (lachen) damit sie bzw. ihr drauf los reden könnt. Der Anfang ist am meisten auch mit am schwierigsten (2:55-3:18)

J: Also jetzt in der Akutphase? (3:18-3:19)

I2: Ja zum Beispiel, einfach einen ganz groben Überblick zu geben, so ein bisschen skizzenhaft, wie es so gelaufen ist. Uns geht es da jetzt darum ein bisschen den Überblick zu haben, wie euer Alltag so war … (3:19-27)

I1: Ja, so ganz im Allgemeinen (3:27-3:30)

(……..)

J: Auch so auf das Thema Teilhabe würde ich insgesamt sagen, sehr zurückgezogen, so als allgemein, (ah) so als allgemeines Stichwort. (Mh) Sehr isoliert (mh) Ich persönlich hab mich wirklich sehr auch von Freunden zurückgezogen, bin sehr viel zu Hause geblieben. O-der auch wenn ich da nicht alleine oder im Zimmer wo ich alleine war (hm) ja also gedanklich aber auch so (hm) Dinge, die man vielleicht macht oder nicht mehr macht. (…..) (3:39-4:21)

I1: Kann sich vielleicht jemand anschließen oder war es ganz anders? (4:23-4:26)

K: Ja die ganze Tagesplanung dreht sich halt nur darum. Ja ich glaub das Thema Isolation folgt dann daraus. Man hat eigentlich gar keine Zeit mehr, wenn man damit beschäftigt ist, wie viele Schritte bin ich heute gegangen, was habe ich heute gegessen und wenn ich jetzt mit dem und dem weggehe, was was muss ich dann noch einplanen und einkalkulieren und dann lässt man es einfach ganz sein. (4:27-4:47)

I1: Ganz oft hat das ja auch so soziale Verabredungen oder Treffen mit Essen verbunden oder Alkohol trinken und ja man macht halt irgendwie immer sowas (lacht) eigentlich ne? Ja (.) (4:48-5:00)

L: Beziehungsweise, wenn ich mich dann irgendwie mal getroffen hab oder zu meinen Eltern gefahren bin, ja, oder irgendwie sowas, hab ich auf jeden Fall schon voraus <u>geplant</u>, wie wird das dann sein und <u>was</u> könnte alles passieren (5:01-5:14)

I1: Also wenn (mh) du jetzt am Wochenende nach Hause gefahren bist oder auch einfach mal ein Tag an sich? (5:15-5:19)

L: Genau, ja egal also in jeder Situation, in der ich irgendwie hätte mit jemand anderen vielleicht irgendwie etwas essen oder trinken oder so hätte müssen. Also für den Fall der Fälle sozusagen. Und ja, aber sonst hatte ich auch nicht viel Interesse mit (ah) irgendwem etwas zu unternehmen. Denn es gab ja wichtigeres und (äh) dazu also (mh) das Wichtigste war halt eben (mh) Essen, Sport und Uni. (äh) Also ja genau. Wenn nur war das Problem, dass ich während der Uni mich nicht mehr konzentrieren konnte und (äh) plötzlich ich mir Essen während der Vorlesung im Kopf hab/hatte als ja. Und ich das gar nicht wollte ja (lachen) (6:11-6:14 unverständlich). So aber aber halt dann da, wenn ich dann die Zeit hier und da mit dem Essen verloren hab, dann musste ich sie ja irgendwo anders reinholen und dann bis spät in die Nacht noch lernen oder so. (…..) (5:20-6:30)

M: (Mh) ja ich würde mich dem eigentlich ziemlich anschließen. Denk halt auch das irgendwie jede soziale Aktivität halt auch einfach mit einem unfassbaren Stress verbunden ist, wenn man halt so alle Eventualitäten durchdenken muss und es ist einfach viel einfacher, wenn man von seinem strukturierten Alltagsrhythmus halt von dann bis dann ist Uni, und das ist dann die Zeit wo man Sport macht und das

ist die Zeit wo man eventuell dann kocht oder sich anderweitig mit irgendwas beschäftigt und es ist halt alles einfach vorhersehbar und klar kalkulierbar und es gibt halt auch einfach viel mehr Sicherheit. (6:31-7:13)

(…)

I1: Also würdest du sagen, dass es sehr viele Routinen gibt in eurem Alltag und so immer dieselben Abläufe oder eher so also auch etwas, was wieder Struktur und Halt gibt oder (hm) gibt es da auch Ausnahmen das man mal auch gerne etwas anderes unternimmt? Oder allgemein? (7:16-7:30)

K: Jetzt zurzeit? (7:30-7:31)

I2: Oder allgemein, also von meiner Seite aus auch gerne, wie es jetzt gerade einfach ist? (7:32-7:40)

(…….) (lachen)

J: (Mh) also allgemein würde ich schon sagen, dass (ähm) auch jetzt noch Dinge, die man kennt und die gewohnt sind (mh) Sicherheit geben oder mir zumindest ja (mh) sind das schon die Sachen die (ahm) ich kenne oder (..) auch wenn ich irgendwo hingehe, wo ich weiß, dass was passiert dann und in der Reihenfolge, das man einfach besser planen kann. Ja ich mache jetzt auch andere Sachen also auch neue Sachen oder (ah) Ausflüge oder sowas. Aber ich merke, dass nach wie vor (ahm) ja das so Unsicherheiten mit verbunden sind und der Kopf wieder los geht und wieder dieser Versuch alles vorher zu planen. (Ähm) gestartet wird (..) (mh) also sind Routinen und Dinge, die gewohnt sind und die man kennt auch immer noch mit Sicherheit verbunden und Kontrolle. Also wo ich weiß, das läuft so und so ab, und (ahm) ich weiß ich habe da irgendwie Kontrolle darüber, wie es abläuft. (7:55-8:59)

K: Also ich würde sagen, wenn ich das jetzt vergleiche, so früher und heute, war´s früher auf jeden Fall so, dass ich einfach ich hatte keine Zeit mehr für nichts Geplantes, weil halt alles schon geplant war und dann auch die Kraft für Neues gefehlt hat. Also es war, ich war schon von den Sachen, die ich sonst mir ja auferlegt habe zu tun (ähm) das hat halt schon, also es hatte gereicht und dann war ich halt fertig so.

Und alles andere hat deswegen vor allem schon allein wegen der Erschöpfung keinen Spaß mehr oder Interesse noch irgendetwas anderes zu machen, weil ja außerdem (ähm), also ich vor allem dieser Leistungsdruck die ganze Zeit, den man sich selber macht sowohl, ja weil man sich ja auch mit Essen und Sport, das ist ja auch eine Leistung und Uni ist auch eine Leistung und (ah) so hab ich halt (mh) nichts mehr übrig. Und heute, ist es schon so, dass ich zum Beispiel feste (..) ja eben wie zum Beispiel feste Sporttermine habe so (mh) aber es ist, also (.) also es ist trotzdem ein riesiger Unterschied, weil ich, ja ich hab Lust so auf die, auf andere Sachen und will auch gerne auf ne Party eingeladen werden und so (lacht). Und es ist irgendwo auch dass wenn die Party am Abend ist und schon im Kopf habe „Heute Abend ist die Party und da wirst du auch Alkohol trinken oder so“. Aber ich schon so ich will das tun, aber es trotzdem noch so, dass das mit dem Essen, wenn ich weiß ich wird irgendwo essen oder irgendwo auf einer Party sein oder so, dass ich dann schon einberechne in meine Tagesplanung. Also ich bin dann, aber vorher war es eher so „ne ist eh sinnlos dahin zu gehen“ und jetzt ist es eben so „ja, es ist das wert“. (lacht) (ahm) und (ahm) genau, und ich immer weniger darüber nachdenken muss, es immer aushaltbarer ist, wenn mal (.) essensmäßig irgendwas geschieht was ich nicht voraussehen konnte oder was dann halt mal so ist. (9:01-11:37)

I1: Total verständlich. Könnt ihr ungefähr benennen, in welchem Alter die Akutphase war? (..) ungefähr? (…) Oder ist das schwierig zu sagen? (11:38-11:49)

K: Mehrfach. Also bei mir war es das erste Mal so mit 14/15. Dann mit 16. Mit 17. (mh) Mit 19. Und dann nochmal so mit (..) 22. (…) ja. (…...) (11:50-12:21)

J: Ja, also bei mir waren auch mehrere. Also ich glaub angefangen hat es so mit (…) 14/15 gewesen sein. So 16 so. Ja 15. (mh) Und dann (..) nochmal Anfang 20, ich weiß jetzt nicht ganz genau. Und (ähm) Anfang 30. 31-32 so. (..) (12:22-12:51)

M: Bei mir mit 19. Also es hat ziemlich angefangen mit 18, ne Moment (lacht). Ne 19, genau, da hat‘s damit angefangen, so praktisch um

meinen 19. Geburtstag rum so, und dann so in dem Jahr dann immer weiter gerutscht bis es dann Ende des Jahres dann am Schlimmsten war sozusagen, also 2018. Genau (lacht) (12:52-13:25)

L: (Mh) also bei mir mit 17 phasenweise und dann hab ich mich auch angefangen und dann ging es auch bei mir mit 19 los, dann aber durchgehend bis 22/23. (..) (13:27-13:36)

I1: Und wie ist ihr Umfeld, oder euer Umfeld mit der Situation umgegangen? (mh) Also Eltern oder Geschwister, vielleicht auch Schule, Lehrer, Freunde. Hatten die Verständnis dafür oder habt ihr das direkt offenbart oder habt ihr das eher für euch behalten? Und wie waren die Reaktionen von denen? (13:38-13:59)

K: (Hm) Also ich bin halt mit 14/15 (mh) war ich n halbes Jahr in der Klinik (mh) und ja deshalb wussten es halt bei mir alle. Also meine Eltern (hm) sowieso, meine Familie halt auch und in der Schule wussten es halt auch alle, bleibt nicht aus, wenn man n halbes Jahr nicht da ist. Ja, aber also (..) meine Eltern (hm) haben mich darin auch immer unterstützt und (ähm) ich glaub für meine Brüder war es relativ schw-, also ich hab‘ zwei kleinere Brüder, und (ähm) der eine ist halt zwei Jahre jünger, der andere ist fünf Jahre jünger. Und ich glaube, dass es für die relativ schwer war das so nachzuvollziehen. (14:00-14:55)

I1: Besonders direkt für ein halbes Jahr? Ist ja auch ne lange Zeit. (14:56-14:58)

K: Ja ok, also ich glaub meine Brüder haben mich auch nur ein oder zweimal besucht in der Klinik. (14:59-15:04)

I1: Einfach, weil die es nicht konnten oder weil die … (15:05-15:07)

K: Also meine Eltern haben ihnen gesagt, sie dürfen mitkommen, wenn sie wollen aber sie müssen nicht. Ja und ich glaube das ist halt auch beängstigend ist für Kinder dann und ja (hm). (Ähm) Ja und in der in der Schule, also ich hab‘ halt ich war halt ein halbes Jahr nicht da, aber (ähm) ich war hier in XY in der Klinik und da haben die so ne (.) so ne Schule für Kranke heißt das. (15:09-15:34)

I1: Ah ok und da ging das weiter trotzdem? (15:35-15:36)

K: Dann genau, dann konnte ich halt irgendwann da in die Schule gehen (ähm) (15:37-15:45)

I1: Mit demselben Pensum wahrscheinlich nicht aber? (15:46)

K: Also das nicht, ne so ein bis vier Stunden. Ja genau so. Ja aber ich hab dann nach dem halben Jahr einfach weiter bei mir in der Schule gemacht, das war auch gar kein Problem. Glaube das ist bei den meisten, also bei den Anorexie Patienten. (…) Ich war dann nochmal in der Q2 nochmal 2 Monate in der Klinik. Und das war auch kein Problem. Da bin ich dann auch einfach weiter zur Schule gegangen. (15:47-16:27)

I1: Und wie haben die Freunde so reagiert in dem Moment? Hatten die Verständnis dafür oder waren die erst überfordert und wussten gar nicht … (16:29-16:34)

K: Also ich, ich war halt als ich das erste Mal in der Klinik war war ich ja gar nicht da. Und ja (ähm) meine besten Freunde haben mich auch besucht und für die war das auch ok und die hatten also, für mich dann auch Verständnis und dann auch immer mehr verstanden, warum ich mich so isoliert hatte. (ahm) ja ich glaube die meisten haben es bei mir auch verstanden. Also (hm) die meisten haben es akzeptiert, dass es so war und haben mich dann auch hauptsächlich nicht drauf angesprochen. Das war dann halt so, dann war ich halt in der Klinik, also so ein bisschen ein Tabuthema auch immer gewesen. (..) Obwohl ich persönlich es halt eigentlich immer relativ offen gehalten hab und gesagt hab „Ich war halt in der Klinik“ und wenn was ist dann fragt mich aber ja, genau. (16: 36-17:30)

I1: Wie war das bei den anderen? (17:31)

J: Also am Anfang, als es los ging, war es eigentlich nur meine Mutter, die mal gesagt hat (mh) ich soll mehr essen oder so, weil ich kam von der Schule und sie war arbeiten und darum sollte ich mir halt selbst was machen und hab‘s halt nicht. Und (mh) sie hat es beobachtet, aber hat da auch nicht groß interveniert. (hm) Später dann, als dann die zweite größere Phase kam, war ich ja dann über 18 und ihr ist es halt aufgefallen. Und dann hat später in der Uni mich ein

Prof gefragt ob alles in Ordnung ist. Irgendwie hätte ich so abgenommen und (ähm) ja aber man übertüncht das ja dann. Man erzählt „Jaja, ist ok. Ich war vor kurzem krank“ und findet halt Ausreden und dann ist das halt auch so erstmal gegessen. Da hakt dann auch keiner ständig nach. (Hm) So dass ich das eigentlich immer für mich so ausleben konnte. Also nur jetzt zuletzt dann (hm) (.) mit Anfang 30 wars dann ein bisschen anders, weil ich dann in einer Beziehung war als das dann nochmal so akut wurde. Und (hm) das hat sich dann halt auf die Partnerschaft ausgewirkt, weil ich mich dann zurückgezogen habe. Weil ich dann glaube ich auch unausstehlich wurde, weil ich ja auf nichts Lust hatte. Wir konnten halt nichts mehr zusammen machen und das war dann letztlich auch der Grund, warum ich mir gesagt habe ich hole mir Hilfe. Bin dann auch in Einzeltherapie gegangen und dann hier zur Gruppe. Ja da war dann eine andere Aufmerksamkeit und erst letztes Jahr hab‘ ich dann meiner Mutter und meinem Bruder erzählt offiziell was los ist. (17:33-19:33)

I1: Vorher noch gar nicht? (19:34)

J: Ja ich muss sagen, ich komme ursprünglich aus XY und lebe jetzt seit über zehn Jahren in XY, sodass ich meine Familie nicht allzu oft sehe und sie die letzte Phase auch nicht so mitbekommen haben. (ahm) (..) ja. Aber so kam das dann das ich hier Hilfe gesucht hab und dann eben auch beruflich auch (ahm) für längere Zeit ausgestiegen bin. Also war beim Arzt und der hat das dann eben unter Burnout erstmal abgehakt. (hm) Was auch mit reinspielte, aber auf der Arbeit wars dann eben die ganze Zeit Burnout und auch nicht Anorexie. Man erzählt es dann doch nicht so oft und auch in der Familie ist es schwierig. (19:36-20:22)

(……..)

M: (Hm) Also meine engsten Freundinnen (.) sind am Anfang damit sehr gut umgegangen. Waren sehr rücksichtsvoll und sehr verständnisvoll. (Ähm) (..) Aber das war eben, nachdem ich schon alles mit meinem Freund und meinen Eltern, also ich denen dann einfach nur erzählt hab so hier so „So ist das und ich gehe in ne Klinik. (Ahm) also davor meine Eltern (..) (ähm) wussten überhaupt nicht was sie

irgendwie tun sollten und würde sagen sie haben einfach nur mit ner immensen Angst reagiert. Auch während ich dann für drei Monate inner Klinik war, das war zwar so, mein Vater, so am Anfang war es eher noch so bisschen noch die Hoffnung, dass man das mal schnell wieder in den Griff bekommt. „Achso die muss ja nur ein bisschen mehr essen“ nach dem Motto oder so bis sie dann beide gemerkt haben, dass es halt so einfach nicht so geht. Beziehungsweise ich jetzt am Anfang an gesagt habe, ja ich hab‘s lange irgendwie, weil besonders mit Eltern über Essen und Diäten reden und so, dass macht ja niemand schon gerne und ne so. Und dann da halt noch irgendwann zu sagen, dass Problem ist dann doch irgendwie zu groß geworden, dass ich das dann doch irgendwann gesagt habe. Meine Eltern haben das auch schon bemerkt, mit der Zeit. Aber klar, merken die das irgendwie, aber es hat halt trotzdem vorher niemand drüber nachgedacht, ich bin magersüchtig. Das war nie so der Gedanke, sondern irgendwas stimmt halt nicht und ne irgendwie so. Genau (ahm) und dann war das eben auch so mit sehr viel (.) ja eigentlich schon fast Panik. Also mein Vater hat das dann eben mit der Klinik sehr schnell organisiert, weil das ja noch was war was er sehr gut machen konnte, wo man irgendwie handeln kann. (Ähm) und während ich dann auch in der Klinik war haben da (ah) (…) meine Eltern und mein damaliger Freund eben überhaupt nicht verstanden, dass ich auch mal Abstand brauchte und ich dann auch sehr viele Fragen bekommen hab so von wegen „Was ist denn jetzt der Grund warum so (.)“ so also ich sag das jetzt blöd aber so „was ist denn jetzt der Grund und was haben die denn gesagt und machst du jetzt Fortschritte?“ Und so Fragen, und ich hatte und habe total viel Abstand gewollt zu meinen Freunden und Eltern, weil ich das Gefühl hatte, (boah) also deren Verhalten, das stresst mich noch mehr, weil jeder einfach nur noch mehr, also (mhh) nicht nachvollziehen können und einfach nur andauernd nur diese übermächtige Sorge da ist und ich überhaupt nicht mehr als Person angeschaut werde, sondern nur noch als krankes Kind und als nichts anderes mehr. Dass war so omnipräsent, wenn ich besucht worden bin oder so. (ahm) und auch eben mein Freund,

der so Warnsignale die ganze Zeit ignoriert hat, vollkommen. Bis er dann mal irgendwann gesagt hat ok. Als ich ihm mal gesagt hab wieviel ich wiege, dann hat er so gesagt „dann geh doch mal besser wohin“ und so. Ich mein, er hat das dann für mich so rausgesucht, aber das trotzdem halt ich die zu ihm gesagt hat „ich glaube irgendwas stimmt nicht, weil ich hab mich grad auf die Waage gestellt und vor einem Monat habe ich noch deutlich mehr gewogen“. (20:28-24:14)

I1: Aber von ihm kam gar nichts, so zwischendurch mal, so aufge- obwohl oder? (24:15-24:20)

M: Er hätte es nicht wahrhaben wollen und er ist auch hinterher, also (..) ihn hat es auch (ahm) (..) Er wusste überhaupt nicht, was er mit mir tun soll. (lacht) Und ja, genau wenn ich mich dann in der Zeit (hm) in der Klinik mit irgendwem getroffen habe, wo drauf ich wirklich Lust hatte, dann war das entweder das ich mit den anderen Patienten unternommen hab am Wochenende oder (ähm) ich zum Beispiel zu ‚ner Freundin gesagt hab „Hey ich bin in Düsseldorf, kannst du mich abholen und kann ich bei dir übernachten?“ Dann hat sie gesagt „Ja klar, ich hol dich ab“ und dann haben wir einen Abend bei ihr gemacht. Sie hat einfach, wir haben einfach irgendwelche Sachen eingekauft im Supermarkt und dann stand (? 25:15). Dann haben wir halt einen Filmeabend gemacht und dann hat sie mich zurückgebracht. Das waren dann so die besten Kontakte in der Zeit. (24:22-25: 25)

(…..)

L: Ja als ich nach XY gezogen bin, hab ich mich erstmal zwei Jahre komplett isoliert. Und dadurch das ich auch niemanden an mich rangelassen hab, war das auch super einfach für mich, das dann zu verheimlichen. Die erste Person, die es tatsächlich gemerkt hat war meine Mutter. Und hat dann ähnlich reagiert, wie deine Eltern (zeigt auf Person D). So total überdramatisiert und super viel Angst und das ist mir auch total auf die Nerven gegangen. (Ähm) Weil halt auch von Familienmitgliedern, die halt nichts davon wussten, auch immer so Kommentare, so körperbetonte, bewertende Aussagen kamen, was einen auch unter Druck setzt. Sie wussten es halt noch nicht mal

und hätten sie es gewusst, wäre es vielleicht noch schlimmer gewesen, weil auch irgendwie kein Verständnis so da ist. „Iss doch einfach mehr, wo liegt denn dein Problem?“ (Allgemeines Lachen) Und ja, irgendwann habe ich das dann meinen engsten Freunden erzählt, also nachdem ich halt dann über einen längeren Zeitraum dann auch einen Draht zu denen aufgebaut habe. Und ja, es hat dann auch tatsächlich geholfen zu wissen jederzeit darüber reden zu können, aber es ist halt nicht immer da. Ich bin jetzt halt die, die Probleme mit dem Essen hat, sondern die Freundin, die manchmal Probleme hat damit, und aber dann auch reden kann, wenn sie möchte und das dann halt nicht so im Fokus steht. Also wie persönlich jetzt halt mit meinem Freund, der gut hilft, ist das er mich jetzt auch nicht mit Samthandschuhen anfasst oder so. Er (ahm) (..) geht damit sensibel um, wenn ich das möchte oder da thematisiere. Aber ansonsten ist das jetzt nicht, was irgendwie überdramatisiert wird und mich einfach normal behandelt. (25:30-27:29)

I1: Eigentlich beschreibt das schon die nächste Frage. Wir hatten nämlich aufgeschrieben, was in dieser Phase besonders hilfreich ist oder gewesen wäre. Das heißt einmal da man das nicht immer so im Fokus hat, dass man nicht eine Übermama hat, die so „Oh Gott, oh Gott mein Kind“ Gibt es sonst noch irgendwas was in dieser Zeit, was gut getan hätte von außen vom Umfeld oder allgemein von den Strukturen, generell? Oder was gefehlt hat? Oder was ihr euch wünschen würdet? (27:30-28:02)

(…….)

K: Der Versuch es zu verstehen. Also es ist klar, dass es niemand wirklich verstehen kann, der das nicht irgendwie hat, aber dann direkt so mit nem Unverständnis da schon dran zu gehen. Also das ist so oft mir schon passiert. (28:13-28:25)

I1: Also auch im Umkreis, generell mit Freunden, Familie, auch Lehrer, oder? (28:25-28:32)

(….)

M: (Mh) Also ich war ja schon in der Uni, aber ich würde auf jeden Fall sagen, dass (ähm) vielleicht gilt das auch generell für psychische

Störungen, dass (ähm) dann viel erwartet wird, dass es dann auch schnell wieder gut ist. Und das, wenn man dann einmal erkannt hat „oh ich hab ja Magersucht“, dass ich dann mein Verhalten ändern kann. Dieser innere Zwang, also (…) das ist zumindest meinem Umfeld schwergefallen, dass die nicht verstanden haben, dass ich nicht an manchen Stellen essen kann. Also das es nicht ein wollen ist, sondern ein können. Und (ähm) eben auch mal zu akzeptieren, dass man manche Sachen, dass dann auch gerad nicht alles essen kann. Und dass es dann auch eben in Ordnung ist, wenn eben nicht alles sofort (ahm) so schnell wieder funktioniert und eben auch in der Klinik so „Ja du warst doch jetzt drei Monate in der Klinik. Warum wird das denn nicht besser?“ Also so nach dem Motto, so hab‘ ich es empfunden, ich will nicht sagen, dass es jemand so gesagt hat, aber ja so ein bisschen „Warum warst du dann überhaupt drei Monate weg? In der Zeit hast du nichts gemacht.“ Ja also, dass man einfach so (ähm) (…) so sein lässt. So schwer, dass auch in diesem Moment auch ist und das es auch nicht heißt das man jetzt aufgibt. Sondern dass man eben Sachen Zeit gibt und mehr Geduld damit ran geht. Ich kann natürlich verstehen, dass da jemand sich Sorgen macht, wenn man so ein niedriges Gewicht hat und das dann da auch gesundheitlich ernst zu nehmen ist. Aber es wird nicht besser, in dem jemand anderes von außen jemanden pusht, sondern es muss aus dem inneren herauskommen. Sonst wird das nicht wirklich was. (28:37-30:56)

I2: Die Erfahrung habe ich in den Wohngruppen auch gemacht. Wenn Jugendliche in die Klinik gekommen und sind und später wieder zurückgekommen sind, dass dann auch vom sozialen Umfeld, also Eltern aber auch Freunde, ganz schnell dieses Ding war: „Jetzt ist aber auch gut“. Dann habe ich gemerkt, wie das bei den Jugendlichen gearbeitet hat: „Ich muss doch, oder darf ich immer noch meine Probleme haben?“ Und das zu akzeptieren und in den Alltag mitzunehmen, ja das ist so. Das habe ich sehr stark gemerkt. Das war natürlich nicht immer psychische Erkrankung, sondern auch das Sozialerhalten was dann schwierig war: „Darf ich auch mal wütend werden?“ –

So: „Natürlich darfst du“. Nur weil jemand eine Therapie angefangen hat oder in Gespräche oder Sozialtraining warst heißt es nicht, das von heut auf morgen abstellen musst. Natürlich muss das nicht perfekt laufen. Aber, und das war dann viel meine Arbeit. Du darfst so sein, du darfst auch mal n Glas an die Wand werfen, das ist halt mal so. Das ist nicht von jetzt auf gleich weg. Also das ist meine Erfahrung, dass deckt sich sehr gut mit dem, was du erzählt hast. (30:58-32:10)

M: Das das eben auch ne Achterbahnfahrt ist und kein lineare Gerade nach oben und insbesondere kein Schalter. (32:11-32-20)

(…..)

K: Was ich noch sagen würde, ist (ähm) (…) dass ich das sehr schwer finde, dass viele Menschen immer denken, dass so, ja was war der Grund, warum ist das jetzt so. Ja es gibt halt nicht <u>den</u> Grund. Wenn ich wüsste was <u>der</u> Grund ist, dann hätte ich das geändert. (32:22-32:56)

I2: Besonders, wenn man den Grund kennt, vielleicht ein Moment der viel ausgewirkt hat, der ist ja trotzdem da, der geht ja nicht weg nur weil man das erkannt hat. Der kann helfen, also meine Erfahrung. Wie war das bei euch, das war ja Schulzeit und Studienzeit, (ähm) (..) Was hat euch da, jetzt muss ich gerade kramen (...) Was viel euch da besonders schwer? Also du hattest ja gerade erzählt, dass sich grundsätzlich konzentrieren war sehr schwierig, weil man mit den Gedanken woanders war oder der Körper halt gesagt hat „Geht nicht mehr“. Oder auch Mitstudent*innen wie sind die damit umgegangen? Also eure Wahrnehmung? (52:58-33:51)

(……..)

K: Also ich muss sagen, ich hatte in der Uni nie wirklich Konzentrationsprobleme oder so. (Ahm) Bei mir war das halt mehr, dass ich dann halt sehr viel Zeit einfach in die Uni oder Schule investiert hab. Also anstelle in Sport oder Essen oder so ging halt alles in Uni oder Schule. Das war dann immer so „die Streberin“. Wenn halt alle in die Mensa gegangen sind und ich musste aber noch diese Aufgabe

zu Ende lösen, dass ging jetzt nicht anders. War halt sowohl Ausrede als auch Beschäftigung und alles. (34:11-34:56)

I1: Also hat das auch geholfen den Fokus auf was anderes zu richten und dann auf die Uni zu konzentrieren und sich in Themen einzudenken. Weil man das vom Gefühl her auch irgendwie musste oder dass man zufrieden ist mit sich selber? (34:57-35:09)

K: Also das hat einen Perfektionsaspekt auf jeden Fall. Die meisten Anorexie Patienten sind halt unfassbar ehrgeizig. Und ja, das ist ein Grund gewesen. Das ist halt auch immer ne Sache, wenn man sich mit Schule beschäftigt hat, musste man sich nicht mit Essen beschäftigen. Und es ist ein legitimer Grund, also so ein Legitimitätsaspekt. (35:10-35:40)

L: Also ich bin eigentlich in meiner akutesten Phase bzw. hab da gerade mit meiner Uni begonnen. Das heißt, ich bin umgezogen und dann habe ich auch alleine gewohnt und dann hat sich das natürlich komplett entfaltet. Also ich bin eben praktisch damit umgezogen und es ist halt dann in XY immer schlimmer geworden. Und deswegen habe ich überhaupt nicht (ah) (…) viele Freunde (..) dazugewonnen. Also ich war auch nicht in den anderen interessiert. Das war mir dann halt sehr gleichgültig oder zurückhaltend oder so, weil mir der Kontakt zu irgendjemand oder die Beziehung zu jemanden total gefehlt hat. Das heißt, ich hatte eine Freundin, die hab ich auch immer noch. Die hat es halt geschafft irgendwie zu mir durch zu dringen in der Zeit. (Ahm) Also dafür kannte sie mich auch zu wenig und man hat es mir nicht immer direkt so angesehen, weil ich einfach klein bin und es war Winter. Ich hatte dicke Pullover an und so. Also die Beziehung zu meiner Umwelt war halt gar nicht da, weil ich es auch im Gefühl hatte, dass ich das nicht bräuchte oder ich mich mit niemanden identifizieren konnte. Es war so, es gibt halt mich und die anderen. Bei mir haben dann halt auch die Leistungen stark nachgelassen. Ich hatte immer noch diesen totalen Ehrgeiz, aber ich konnte alles gar nicht mehr so schnell alles (mh) (…). Ich hab‘ immer noch, also die Klausur, die ich geschrieben hab, die habe ich immer noch Eins geschrieben. Ich frage mich, wie habe ich das damals gemacht, weil

ich jetzt eben (ahm) nochmal das Studieren nochmal wiederhole, also die Klausuren, die ich dann nicht mehr geschrieben habe. Also wenn ich jetzt, wie die Praktika, die ich nochmal mache, vergleiche, dann fühle ich mich wie so ein Vampir, der plötzlich die Welt schärfer sieht. Ich merke, wie mir alles leichter fällt und wie schwer es mir vorher gefallen ist und wie mühsam das alles war. Ich hatte halt die doppelte Lernzeit gebraucht dafür, also übertrieben gesagt, für das gleiche Ergebnis. Das ist halt jetzt alles viel leichter von der Hand geht und dazu noch viel unbeschwerter. Also ich frage mich, wie ich das denn damals geschafft habe und wie ich das aushalten konnte. War wie (mh) so ein Film, der so abspielt. (35:41-39:06)

(……)

I2: Würdet ihr denn sagen, einige von euch haben ja gesagt, dass es viel um Kontrolle ging und planen und sowas, dass ihr das noch bis heute merkt? Kann man das refraimen, also umdeuten. Also im positiven Sinne, dass ihr das in eurem Alltag nutzen und gut organisiert seid? (39:20-39:50)

M: Ich glaube schon, ich bin ziemlich maximal organisiert. Ich glaube schon, dass da viele Leute von profitieren. Also wenn ich mir meinen Freund zum Beispiel angucke, der noch nicht mal weiß, wann seine Mum Geburtstag hat, oder meine Brüder oder Arbeitskollegen. Also ja, ich glaube, dass ich dadurch organisierter und strukturierter bin, bedingt sich halt gegenseitig. Andererseits gefällt mir Struktur und so halt auch, deshalb spielt sich das alles in die Karten. (..) (mh) Und ich denke das man auch ein gewisses Maß an Struktur und Kontrolle und Disziplin braucht, um sowas überhaupt durchziehen zu können sag ich mal. (39:61-40:54)

I1: Und das dann letztendlich auch beibehält, also nicht in der Form, aber trotzdem bleibt das ein Teil von einem. Weil man das ja sozusagen brauchte. (40:55-41:04)

M: Um sich einfach so unfassbar zu disziplinieren. (41:05-41:09)

(…..)

L: Ich würde mich auch so als sehr organisierten Menschen einschätzen. Durchgeplant, durchgetaktet. (Ahm) Vorrausschauend, alles

Mögliche antizipieren. Um alles an Grenzen zu bringen. Man kann nicht alles vorausplanen. Aber schon sehr diszipliniert, zumindest was mich aber auch, was die Frage aufwirft: Wir sind so wahnsinnig diszipliniert, nichts zu essen oder Essen wegzulassen und all sowas: Warum fällt es dann einen so schwer, sich an einen Essensplan zu halten und die gleiche Disziplin dafür aufzubringen? (….) (41:10-42:04)

J: Wobei man dann einfach gegen seine Disziplin ankämpfen muss in dem Moment. Dann einfach mal gut sein zu lassen. (42:05-42:11)

K: Ja, ich rede da allgemeiner von der Charaktereigenschaft diszipliniert zu sein. Und ehrgeizig und strebsam zu sein hast du gesagt. Und was schaffen zu wollen. Das ist ja auch ne Leistung. (42:12-42:28)

J: Aber die erkennst du ja nicht an (42:28-42:29)

K: Das ist genau der Punkt. (42:30)

(? 42-31-42:33)

L: Im Sinne von sich selbst was erlauben. Vielleicht im Sinne von, ok ich erlaub mir jetzt mich gesund zu ernähren oder gönne mir jetzt diesem Verbot. (42:34-42:50)

I2: Das war nochmal ein sehr spannender Punkt, den du gesagt hast. Auf der einen Seite ist man sehr diszipliniert und in der Kontrolle drin und man kämpft ja dagegen an im Endeffekt. Das ist ja, irgendwas sagt einem ja das geht nicht, dann fand ich den Aspekt super. Darf ich mir das jetzt „gönnen“. (42:50-43:10)

L: Das hat viel mit Kontrolle und Verbot zu tun. (43:11-43:13)

(…)

J: Und auch immer so mit ganz striktem Schwarz-Weiß-Denken. So das ist gut, Sport ist gut und Süßigkeiten sind schlecht. Also das hat auch kein Zwischending. (43:15-43:28)

I1: Das heißt also, da spielt generell bei euch allen ne Rolle, dieses „Gönne ich mir das jetzt oder ist es mir das Wert“? Man merkt das allein an so vielen Situationen, dass man so einen strikten Tagesablauf hat und da weiß man auch, da gönne ich mir. Also da möchte ich auf jeden Fall Sport machen, ich möchte mich gut ernähren, gesund ernähren, ich möchte fleißig sein, ich möchte viel erreichen.

Und andere Dinge, wie ich gönne mir aber nicht ein Schlückchen Alkohol zu trinken oder Sachen, die man sonst gerne macht. War das bei euch auch so, ich würde das gerne machen, aber ich gönne es mir nicht oder ist das direkt ausgeschlossen gewesen? Oder war das gleich für euch ausgeschlossen gewesen? Also eigentlich war das gar nicht mein Wunsch gewesen in diesem Moment? (43:30-44:14)

Perons C: Also der Wunsch war da. Auch jetzt, wo man ein bisschen Abstand dazu bekommen hat. Allein jetzt zur Weihnachtszeit: Andere gehen wie selbstverständlich auf den Weihnachtsmarkt und trinken Glühwein oder was auch immer und ja, das ist dann irgendwie nicht so einfach. Andere denken ja gar nicht darüber nach. Ich denke aber: „Darf ich das jetzt? Kann ich mir das heute erlauben? Habe ich schon genug Sport gemacht?“ Das ist dann ein innerer Konflikt, den man dann aushandelt. (44:15-44:47)

(…..)

M: Ich wollte nur sagen, dass es nicht nur wenn es um „Gönne ich mir das und das“ geht, sondern auch, erlaube ich es mir auf der Couch zu liegen oder alle anderen Sachen, die jetzt Spaß machen aber vielleicht nicht so „effizient“ sind. (44:51-45:10)

(….)

Peron C: Effektiv sein, einfach weil dann ist man ja „nutzlos“ in dem Moment. Aber nochmal zu dem Punkt, dass das Verlangen irgendwie da ist. Etwas, was mich immer super gestresst hat, war im Kino zu sitzen und rechts und links neben mir essen Leute Popcorn. Ich liebe Popcorn, das war für mich immer so (lachen) (…) Also das hat mich immer total gestresst immer. (45:14-45:42)

I2: Da war also das Kinoerlebnis selbst quasi eher Stress als Genuss? (45:43-45:46)

(…)

M: Wobei ich halt auch bei mir sagen würde, dass ich, in den Phasen wo es mir schlecht ging, hat ich das auch gar nicht. (…..) Ich hab‘ mir das dann irgendwie ein wenig abtrainiert, überhaupt irgendwie auf Gefühle und so zu hören. (45:50-456:19)

I1: Kann man das abtrainieren? Also das das Lustempfinden gar nicht mehr so da ist auf irgendeine bestimmte Sache? (46:20-46:26)

M: Ja, also ich hatte zumindest ewig lange, dass ich nicht sagen konnte, worauf ich jetzt Lust hatte. Ich konnte und ich wusste es einfach nicht. Ich hab´s wahrscheinlich so lange unterdrückt. Also wenn man mir gesagt hat, möchtest du gerne ein normales oder ein Vollkornbrötchen? Dann hätte ich gesagt, ja wie viele Kalorien hat das, wie viele Kalorien hat das. Also ich konnte es nicht sagen, worauf ich Lust hatte. Ich hab´s dann halt an anderen Dingen festgemacht. (46:27-47:00)

I1: Ja vor allem wenn man das über einen so langen Zeitraum wirklich immer macht. Das man nicht mit dem Gefühl dabei ist, sondern eher mit dem Denken. Was ist gerad das Beste für mich. (47:01-47:12)

M: Oder auch. Welchen Film möchtest du gucken? Welcher ist denn kürzer? Also nach welchem kann ich danach noch irgendwas machen. Ja also, das muss noch nicht mal was mit dem Essen zu tun haben. (47:13-47:24)

I1: Also zieht sich das für dich den ganzen Alltag? (47:25)

M: Ja. (47:26)

I1: Ich würde so gerne noch weiter machen, finde das gerade so spannend, aber zack ist eine Stunde rum. Vielen Dank, dass ihr so offen wart. (47:27-47:40)

I1: Gibt es noch etwas was wir vergessen haben oder spontan sagt, das wäre noch wichtig, wenn es um den Alltag geht und wie ihr ihn erlebt habt? (……) Wenn nicht, dann bedanke ich mich auch für das tolle Gespräch. (47:42-48:30)