

Ein Weg beginnt mit dem ersten Schritt

Die Bedeutung der Sozialarbeit in der stationären Behandlung von anorektischen Jugendlichen am Beispiel der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie im Landeskrankenhaus Mostviertel Amstetten-Mauer

DSA Sonja Kirchweger

Diplomarbeit

eingereicht zur Erlangung des Grades

Magistra (FH) der sozialwissenschaftlichen Berufe

an der Fachhochschule St. Pölten

im September 2006

Erstbegutachter:

FH Prof. Mag. Dr. DSA Peter Pantucek

Zweitbegutachterin:

Prof. Dr. Brigitta Perner

Kurzfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Bedeutung, die die Sozialarbeit in der stationären Behandlung von anorektischen Jugendlichen haben könnte. Ausgehend von der Situation, dass bislang weitgehend auf die Einbeziehung von Sozialarbeit verzichtet wurde, werden die Bedingungen für die Sozialarbeit erörtert und aufgrund der Forschungsergebnisse Handlungsoptionen formuliert.

Im ersten Kapitel wird die Anorexie als Krankheit erklärt und die besonderen Bedingungen, die ein stationärer Aufenthalt für Jugendliche bedeutet, beschrieben. Nachdem das Lebensalter ebenfalls eine wesentliche Bedeutung bei der Betrachtung des Themas hat, gibt es dazu einen kurzen Abschnitt. Ebenso werden die Begriffe Gesundheit und Lebensqualität erläutert, daraus lassen sich Bedingungen für einen lebensweltorientierten Ansatz ableiten.

Im zweiten Abschnitt geht es darum, die Sozialarbeit in der Psychiatrie zu erklären. Begriffliche Klärung und Abgrenzung von Sozialarbeit im Krankenhaus und Klinischer Sozialarbeit bilden in diesem Kapitel ebenso einen wesentlichen Teil wie auch die Besonderheit, die die Sozialarbeit als Arbeitsfeld in der Psychiatrie vorfindet.

Der Forschungsteil wird eingeleitet von einer Beobachtung sowie dem ausführlichen Aktenstudium von zwei Krankengeschichten, die mit der Methode der Grounded Theory nach Strauss/Corbin bearbeitet werden.

Mit einem hermeneutischen Verständnis werden die Ergebnisse der Beobachtung im zweiten Teil der Untersuchung bestätigt.

Ausgehend von den gefundenen Kategorien Beziehungs- und Kommunikationsgestaltung, Macht, Trennung und Grenzüberschreitung werden Handlungsoptionen für die Sozialarbeit erarbeitet und als Herausforderungen für die Sozialarbeit formuliert.

Abstract

This diploma thesis deals with the position social work could have in clinical treatment of children and juveniles diagnosed with anorexia. Based on the fact that social work has so far not been involved in the treatment, terms and conditions to do so in future have been explored. The results of the research serve to create options for action.

The first chapter explains the illness anorexia and the special conditions in the clinical treatment of juveniles. Since age is of particular importance when looking at this topic, there is a short section on this issue. Moreover, the meaning of health and quality for life are discussed, as this is relevant for a “life-sphere oriented approach.”

In the second chapter social work in psychiatric hospitals is defined. The nature of clinical social work is presented and differentiated from other professions. In this context the special circumstances and conditions of working in a psychiatric hospital as a social worker are discussed.

The chapter of research starts with the observation and study of the clinical records of two cases. The method of Grounded Theory by Strauss and Corbin is applied.

A hermeneutic approach is used to confirm the results of the observation in the second part of the research.

The categories found are establishing relationship and communication, power, separation and crossing boundary. As a result of the findings in this research challenging options how to act and intervene as a clinical social worker have been developed and are set forth in this thesis.

Inhalt

Kurzfassung	II
Abstract.....	IV
Inhalt	VI
Einleitung	1
1. Krankheitsbild Anorexie bei Jugendlichen	4
1.1. Krankheitsbild der anorexia nervosa F50.0	4
1.1.1. Diagnostische Leitlinien	5
1.1.2. Diagnostische Kriterien.....	5
1.2. Die Bedeutung des Lebensalters.....	6
1.3. Die Besonderheit der stationären Behandlung für Kinder und Jugendliche	8
1.4. Die Bedeutung von Gesundheit und Lebensqualität.....	10
1.5. Die Betrachtung der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen	12
2. Klinische Sozialarbeit – Sozialarbeit im Krankenhaus	14
2.1. Begriffsklärung.....	14
2.2. Kennzeichen der Sozialarbeit im Krankenhaus	15
2.3. Sozialarbeit und Psychiatrie	16

3.	Wissenschaftliche Forschung	18
3.1.	Rahmenbedingungen und Voraussetzungen in der Klinik ...	18
3.2.	Grundannahmen zur Diagnose Anorexie bei Jugendlichen.	19
3.3.	Methodisches Vorgehen	21
3.4.	Auswertung der Beobachtung	23
3.5.	Hermeneutischer Zirkel	29
3.6.	Hypothesenbildung nach der ersten Auswertung	30
3.7.	Auswertung der Krankengeschichten	30
3.7.1.	Überprüfung der ersten Ergebnisse.....	32
3.7.2.	Bildung von neuen Kategorien.....	33
3.7.3.	Schematische Darstellung der neu gefundenen Kategorien	38
3.8.	Zusammenfassung der Ergebnisse	38
4.	Implementierung der Ergebnisse in die Praxis.....	40
4.1.	Allgemeine und besondere Aufgaben der Sozialarbeit im Krankenhaus – Beschreibung des Ist-Zustandes	40
4.2.	Ergebnisse der Untersuchung im Kontext der Sozialarbeit .	44
4.2.1.	Kategorie Beziehung	44
4.2.2.	Kategorie Kommunikation und Konflikte	47
4.2.3.	Kategorie Macht	49
4.2.4.	Kategorie Trennung	50
4.2.5.	Kategorie Grenzüberschreitung	51
4.3.	Herausforderungen an die Sozialarbeit	51
4.3.1.	Die individuelle Betreuung	52
4.3.2.	Die Außenorientierung	54
4.3.3.	Das Beziehungsangebot	55
4.3.4.	Der Gesundheitsaspekt	56
4.3.5.	Die Bewältigungskompetenz	57
4.4.	Implementierung der Ergebnisse in die stationäre Praxis....	59
4.4.1	Betreuung der Kinder und Jugendlichen und deren Familien..	59
4.4.2	Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team	61
4.5.	Abschließende Bemerkung	61

5. ... und Kreise schließen sich.....	63
Nachwort.....	68
Literatur.....	70
Abkürzungsverzeichnis	81
Abbildungsverzeichnis	82
Eidesstattliche Erklärung	

*„Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne,
der uns beschützt
und der uns hilft zu leben.“*

Hermann Hesse

Einleitung

Meine Motivation, über die sozialarbeiterische Betreuung von anorektischen Jugendlichen während der stationären Behandlung zu schreiben, hat sehr viel mit meiner Begegnung mit Thessa zu tun.

Als ich im November 2004 die Sozialarbeit auf der Kinder- und Jugendneuropsychiatrischen Station im Landesklinikum Mostviertel Amstetten-Mauer von einer Kollegin übernahm, war Thessa die erste Patientin, mit der ich Kontakt hatte. Sie war bereits den vierten Monat auf der Station und kämpfte zu dieser Zeit immer noch mit den ÄrztInnen um jedes Dekagramm, das sie zunehmen sollte.

Thessa war genau ein Jahr lang Patientin auf der Station. Die Entscheidung, nicht wieder nach Hause zu ihren Eltern zu gehen, sondern in einer Wohngemeinschaft einen Platz zu finden, traf sie in intensiver Begleitung mit mir.

Bei Thessa konnte ich feststellen, dass die Behandlung von anorektischen PatientInnen im Jugendlichenalter zu einer sehr herausfordernden Begegnung für alle begleitenden TherapeutInnen wird. Die Kunst der Behandlung liegt darin, dass ein maßgeschneidertes individuelles Konzept für jede PatientIn erarbeitet wird.

Die sozialarbeiterische Begleitung erwies sich als ausgesprochen schwierig. Wann könnte der „richtige“ Zeitpunkt sein, um mit der Entlassungsvorbereitung zu beginnen? Wenn noch keine Aussicht darauf besteht, dass das Entlassungsgewicht – in Thessas Fall 42 kg – in erreichbarer Nähe zu sein scheint?

Und jedes Mal, wenn ich zu Thessa auf die Station kam, wurde sie traurig und zog sich in sich selbst zurück. Darauf angesprochen sagte mir Thessa eines Tages:

„Immer wenn du kommst, um mit mir zu sprechen, werde ich sehr traurig, denn das bedeutet, dass ich mich damit auseinandersetzen muss, dass ich das Krankenhaus, dass ich diese Station irgendwann verlassen muss. Und ich will doch hier bleiben, hier fühle ich mich geschützt und hier habe ich nach langer Zeit so was wie ein Zuhause gefunden.“

Keine einfache Aufgabe für die Sozialarbeit.

Dass es Thessa trotzdem geschafft hat, für die Entlassung offen zu werden, hat sie dem gesamten Team der Station zu verdanken. Alle MitarbeiterInnen haben das Thema Entlassung immer wieder auf unterschiedliche Arten zum Inhalt von Gesprächen und Therapiesitzungen gemacht. So konnte ihr ein wenig vom Schrecken der Veränderung genommen werden.

Thessa war bisher die einzige anorektische Jugendliche, mit der ich als Sozialarbeiterin Kontakt hatte. Und dies geschah meiner Ansicht nach aus zwei Gründen. Der erste Grund liegt in der Aufenthaltsdauer, Thessa war fast genau ein Jahr lang Patientin auf der Station. Zweitens wurde ein klassisches Einsatzgebiet der Sozialarbeit auf der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie zum Thema: die Fremdunterbringung.

Alle anderen wegen Anorexia nervosa auf unserer Station behandelten Jugendlichen wurden der Sozialarbeit nicht zugewiesen.

Dieser Umstand ist die Ausgangslage für meine Diplomarbeit. Ich werde der Frage nachgehen, wo in der Behandlung von anorektischen PatientInnen die möglichen Einsatzgebiete für die Sozialarbeit liegen und welche Angebote die Sozialarbeit im stationären Behandlungssetting machen kann.

Mit den Methoden der qualitativen Praxisforschung werde ich im empirischen Teil ausgehend von einer Beobachtung und dem Aktenstudium in Verbindung mit der mir zur Verfügung stehenden Literatur die Möglichkeiten der sozialarbeiterischen Interventionen erarbeiten.

*„Essen bedeutet Nahrung zu erhalten.
Nahrung zu erhalten bedeutet zu leben.
Ich darf nicht leben, weil ich es nicht verdiene.
Ich verdiene es nicht zu leben,
weil ich gegenüber der Menschheit versagt habe.
Also verdiene ich keine Nahrung.“*

Peggy Claude-Pierre (2002:77)

1. Krankheitsbild Anorexie bei Jugendlichen

In der stationären Behandlung von an Anorexie erkrankten Jugendlichen orientieren sich die BehandlerInnen weitgehend am multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD 10 der WHO. Deshalb stelle ich diese Beschreibung an den Anfang meiner Arbeit.

In der weiteren Folge werde ich in diesem Kapitel den Zusammenhang zwischen Lebensalter und Anorexie beleuchten, die Besonderheit eines stationären Aufenthaltes in der Psychiatrie sowie den Gesundheitsbegriff und den Begriff der Lebensqualität erörtern.

1.1. Krankheitsbild der anorexia nervosa F50.0

„Die Anorexia nervosa ist durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen Gewichtsverlust charakterisiert. Am häufigsten ist die Störung bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen; heranwachsende Jungen und junge Männer sind wie Kinder vor der Pubertät und ältere Frauen bis zur Menopause wesentlich seltener betroffen.

1.1.1. Diagnostische Leitlinien

Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15 % unter dem erwarteten Gewicht oder Quetelets-Index von 17,5 oder weniger.

Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch:

Vermeidung von hochkalorischen Speisen sowie eine oder mehrere der folgenden Verhaltensweisen:

- selbst induziertes Erbrechen
- selbst induziertes Abführen
- übertriebene körperliche Aktivitäten
- Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika.

1.1.2. Diagnostische Kriterien

1. Gewichtsverlust oder bei Kindern fehlende Gewichtszunahme. Dies führt zu einem Körpergewicht von mindestens 15 % unter dem normalen oder dem für das Alter und die Körpergröße erwarteten Gewicht.
2. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung von „fettmachenden“ Speisen.
3. Selbstwahrnehmung als „zu fett“ verbunden mit einer sich aufdrängenden Furcht, zu dick zu werden. Die Betroffenen legen für sich selbst eine sehr niedrige Gewichtsschwelle fest.
4. Umfassende endokrine Störung der Achse Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden; sie manifestieren sich bei Frauen als Amenorrhoe, bei Männern als Interessenverlust an Sexualität und Potenzverlust. Eine Ausnahme stellt das Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektischen Frauen dar, die eine Hormonsubstitution erhalten (meist als kontrazeptive Medikation).
5. Die Kriterien A. und B. für eine Bulimia nervosa (F50.2) werden nicht erfüllt.“ (Remschmidt 2001:223-224)

„Verlaufsstudien haben gezeigt, dass eine beträchtliche Anzahl nicht remittierter Patienten Hauptmerkmale der Anorexia nervosa weiter in

einer chronischen Form aufweisen. Obwohl die Ursachen der Anorexia nervosa noch wenig fassbar sind, wächst die Überzeugung, dass vor allem eine Interaktion soziokultureller und biologischer Faktoren, sowie auch unspezifische psychologische Mechanismen und die Vulnerabilität der Persönlichkeit eine Rolle spielen.

Mit der Erkrankung ist eine Unterernährung unterschiedlichen Schweregrades verbunden, die sekundär zu endokrinen und metabolischen Veränderungen sowie anderen körperlichen Funktionsstörungen führt. Es bleiben einige Zweifel, ob die charakteristische endokrine Störung durch die Unterernährung und als direkte Folge der verschiedenen zugrunde liegenden Verhaltensweisen (z.B. eingeschränkte Nahrungsauswahl, exzessive Sportbetätigung und Änderung der Körperbeschaffenheit, induziertes Erbrechen und Abführen mit der Folge von Elektrolytentgleisungen) aufzufassen ist, oder ob andere noch ungeklärte Faktoren eine Rolle spielen.“ (Remschmidt 2001:223)

1.2. Die Bedeutung des Lebensalters

Dörner et al. (2002:105) beschreiben die Zeit bis zur Vorpubertät, welche sie vom 5. bis zum 12. Lebensjahr definieren, als Zeit der größeren körperlichen Kraft und Ausdrucksfähigkeit, in der es gilt, eine weitergehende Unabhängigkeit von den Eltern zu erreichen. Es ist wichtig für das Kind, dass es die Balance zwischen Pflichtgefühl und Disziplin sowie Freiheit und Entfaltung lernt.

Zwischen dem 12. und dem 18. Lebensjahr steht die Entwicklung einer eigenen Identität im Vordergrund. Eigenständigkeit, Eigenwilligkeit und Eigenverantwortlichkeit werden angestrebt und ein Lebensplan wird allmählich entworfen. Durch die körperlichen Veränderungen werden die Jugendlichen selbst mit ihrer sexuellen Entwicklung sowie ihren psychosexuellen Wünschen konfrontiert. (vgl. Dörner et al. 2002:106)

Damit sich ein gesundes Selbstgefühl entwickeln kann, ist es wesentlich, dass das Kind sich als Zentrum der eigenen Aktivität sehen kann und dabei beachtet und ernst genommen wird. (vgl. Miller 1983:21)

„Die Bewältigung dieser Entwicklungsaufgabe wird durch das Erlebnis einer psychiatrischen Erkrankung in erheblichem Maße gefährdet.“ (Schmeck 1998:198) Schmeck weist weiter darauf hin, dass die psychiatrische Erkrankung nicht zu unterschätzende Auswirkungen auf die Schul- und Berufslaufbahn haben kann. „Im günstigeren Fall führt die Erkrankung nur zu einem Verlust von ‚Lebenszeit‘, in dem die von den individuellen Fähigkeiten her möglichen Ziele erst zu einem späteren Zeitpunkt erreicht werden.“ (Schmeck 1998:198)

Anorexia nervosa wird von Dörner et al. (2002:110) auch als Pubertätsmagersucht bezeichnet. Da Mädchen sehr viel öfter von Anorexia nervosa betroffen sind als Jungen, sehen Dörner et al. darin vor allem eine Verweigerung der Übernahme der weiblichen Rolle. Die Gefühle, die auftreten, sind Hass, Wut, Trauer. Die fehlende Anerkennung versuchen die Jugendlichen zumeist durch besondere Leistungen zu erringen.

Fehlen die Möglichkeiten und Voraussetzungen einer gesunden, positiven Entwicklung, können hier erste Ansätze für die Entstehung von Krankheiten gesehen werden.

In der hochsensiblen Phase der Entwicklung vom Jugendlichen zum Erwachsenen sind einige Risikofaktoren von Remschmidt (2000:26) beschrieben worden, die sich genau darauf beziehen: neben körperlichen Risiken wie Hirnschädigungen und Hirnfunktionsstörungen formuliert Remschmidt die sozialen und psychischen Risikofaktoren wie Deprivation und Vernachlässigung, soziale Benachteiligung, familiäre Belastungen, ungünstige oder zerrüttete Familienverhältnisse und Diskriminierung.

Die Berücksichtigung dieser Faktoren macht das Besondere in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen im Unterschied zu erwachsenen Erkrankten aus und soll im Folgenden besondere Beachtung finden.

1.3. Die Besonderheit der stationären Behandlung für Kinder und Jugendliche

„Durch die besonderen Bedingungen der Abhängigkeit sind Kinder und Jugendliche umgeben von Leuten, die etwas *mit* ihnen machen wollen oder *aus* ihnen machen wollen oder *für* sie machen wollen.“ (Dörner et al. 2002:118)

Dörner et al. (2002:116) beschreiben auch die Besonderheit, dass Erwachsene meist gewohnt sind, *über* Kinder zu sprechen und nicht *mit* den Kindern. Gerade im stationären Bereich sollten sowohl Kinder und Jugendliche als auch Erwachsene sich darin üben, *miteinander* zu sprechen.

Sozialarbeit muss ganz besonders hierbei eine Vorbildfunktion einnehmen. Nach der derzeit gültigen Definition von Sozialarbeit richtet sich die „Professionelle Soziale Arbeit in ihren verschiedenen Formen ... an die vielfältigen und komplexen Beziehungen zwischen Menschen und ihrer Umwelt. Die Aufgabe ist es, Menschen zu befähigen ihre gesamten Möglichkeiten zu entwickeln, ihr Leben zu bereichern und Dysfunktionen vorzubeugen. Professionelle Soziale Arbeit arbeitet schwerpunktmäßig auf Problemlösung und Veränderung hin. Daher sind SozialarbeiterInnen AnwältInnen für Veränderung, die dazu dem/der Einzelnen ein Angebot unterbreiten.“ (DBSH 2000:o.P.) Gerade in diesem Kontext muss ein Augenmerk auf den persönlichen Umgang mit Kindern und Jugendlichen in der Psychiatrie gelegt werden.

Kinder und Jugendliche sind lange Zeit als „zu Erziehende“ oder „Menschen im Vorbereitungszustand“ thematisiert worden. Gegenwärtig wird berücksichtigt, dass Kinder und noch mehr die Jugendlichen zu

Akteuren ihrer eigenen Lebenswelt werden, eigene Zeitrhythmen bestimmen und eigene soziale Räume gestalten. (vgl. Dörr 2005:61)

Nicht unberücksichtigt bleiben darf auch, dass der Aufenthalt in einer psychiatrisch-therapeutischen Station einem Aufenthalt in einer „therapeutischen Kunstwelt“ gleichkommt. Herzog/Zeeck (2001:79) setzen sich mit dem Stellenwert der Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes im Unterschied zu einer ambulanten Behandlung auseinander. Bei einem schwer ausgeprägten Krankheitsverlauf ist die stationäre Behandlung unumgänglich.

Gerade deshalb scheint es notwendig, dass die BehandlerInnen sich dieser Thematik bewusst sind. Eine stationäre Aufnahme stellt immer einen massiven Eingriff in das Alltagsleben dar. „Die meist jungen Betroffenen werden nicht nur problematischen Lebensumständen und Belastungen entzogen, sondern auch den altersgerechten Erfahrungs-, Lern- und Unterstützungsmöglichkeiten in ihrem konkreten Umfeld.“ (Herzog/Zeeck 2001:79)

Dies sollte meinem Erachten nach im stationären Behandlungssetting Beachtung finden. Einerseits ist darauf Rücksicht zu nehmen, dass stationäre Aufenthalte nicht zu lange dauern und dass ambulante Nachbetreuungsangebote rechtzeitig anschließen. Bestenfalls werden die ambulanten Angebote bereits während des stationären Aufenthaltes ausgewählt. Die besten Erfolge werden meiner Erfahrung nach in der stationären psychiatrischen Tätigkeit erzielt, wenn die persönlichen Kontakte bereits während des stationären Aufenthaltes geknüpft werden können, sozusagen die KlientInnen direkt vom stationären Bereich „abgeholt“ werden. Dies konnte ich bereits während meiner mehrjährigen Tätigkeit in der Erwachsenenpsychiatrie feststellen. Wenn die Nachbetreuung durch den Psychosozialen Dienst bereits während des stationären Aufenthaltes begonnen wurde, also zumindest ein gemeinsames Übergabegespräch stattgefunden hatte, war die

Wahrscheinlichkeit, dass die Nachbetreuung funktioniert hat, um ein wesentliches höher. Dasselbe stelle ich auch auf der Station für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie fest. Prozesse, bei denen die Jugendlichen bereits im Klinikum von den zukünftigen BetreuerInnen einer Einrichtung besucht werden wie auch Schnuppertage in Wohneinrichtungen führen zu einer Anbindung der Jugendlichen an ihre neue Lebenssituation und erleichtern den Umstieg vom stationären Bereich in den extramuralen.

Das Wissen um die Bedeutung der besonderen Abhängigkeiten von Kindern und Jugendlichen vom erwachsenen Umfeld macht den Umgang mit ihnen im stationären Setting zu etwas Besonderem.

1.4. Die Bedeutung von Gesundheit und Lebensqualität

„In Gesundheitskreisen herrscht international Besorgnis über den psychischen Gesundheitszustand der Jugend ... das ist eine tickende Bombe und wenn wir jetzt nicht richtig handeln, werden Millionen von Heranwachsenden ihre Wirkungen spüren.“ (Troedsson 2005:1 zit. in WHO 2005)

Die Europäische Ministerielle Konferenz Psychische Gesundheit hat sich im Jänner 2005 mit der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beschäftigt. Dem zufolge sind Essstörungen deutlicher in Erscheinung getreten als in den Jahren zuvor. Nach neuesten Erkenntnissen sind Essstörungen Erkrankungen, die lebenslange Konsequenzen mit sich bringen. (vgl. WHO 2005:2)

Auch aus diesem Grund scheint es mir erforderlich, sich mit den Begriffen Gesundheit und Lebensqualität näher zu befassen.

Die WHO (World Health Organisation) definiert Gesundheit zugleich mit dem Begriff Wohlbefinden. In der Ottawa-Charta (WHO 1986:o.P.) wird Gesundheit als „umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden“ beschrieben. Um dieses zu erlangen, ist es notwendig,

dass „sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.“

Hurrelmann (1990:31) fasst den Begriff Gesundheit in Anlehnung an die Ottawa-Charta folgendermaßen zusammen:

- „Gesundheit ist eine im Rahmen der gesellschaftlichen und individuell optimierbaren Möglichkeiten zu entwickelnde Fähigkeit
- Gesundheit ist zugleich eine private und öffentliche Sache
- Gesundheit ist als eine erwünschte Ganzheit aus Leib, Seele und Geist, Sozial- und Umweltbezügen des Menschen aufzufassen.“

„Gesundheit ist damit kein statischer, sondern ein ständig neu zu schaffender Balancezustand von physischer, psychischer und sozialer Entwicklung einer Person und vielfältigen Umweltfaktoren, die auf die individuelle Entwicklung einwirken.“ (Nußbeck 2006:169/170)

Gesundheit in dieser Dimension zu betrachten, öffnet den Blick für ein weites Aufgabengebiet der Sozialarbeit. Schilling (2005:139) stellt dazu die These auf, dass Krankheit zu einem großen Teil zwar in die Zuständigkeit der Medizin falle, Gesundheit jedoch in den Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit. Sozialpädagogische, soziale und medizinische Einrichtungen müssen seiner Ansicht nach eng zusammenarbeiten, um Gesundheit beziehungsweise Wohlbefinden zu erreichen.

In diesem Zusammenhang taucht in der Fachliteratur der Begriff „Lebensqualität“ auf. Lebensqualität ist laut Schmeck (Schmeck 1998:195) ein psychologisches Konstrukt, „welches als Bewertungskriterium in der Medizin Berücksichtigung finden sollte und geeignet ist, medizinische Entscheidungen zu unterstützen.“

1.5. Die Betrachtung der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen

Lebensqualität und Lebensbewältigung sind in engem Zusammenhang zu sehen. Die Sozialarbeit richtet ihre Aufmerksamkeit unter anderem auch auf eine gelingende Lebensbewältigung und darauf, die lebenspraktische Autonomie zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Erhöhung des Selbstwertgefühles, Verbesserung der sozialen Orientierung, Ausbau der sozialen Unterstützung und Garantie einer sozialen Integration und Teilhabe sind dabei die Beiträge der Sozialarbeit. (Bönisch1999 zit. in Ansen et al. 2004:61)

Thiersch (2002:133) spricht in diesem Zusammenhang lieber vom „Ziel des „gelingenderen Alltags“ nicht des „gelingenden Alltags!“, um sich im Spannungsfeld zwischen dem Respekt vor dem gelebten Alltag und der kritischen Auseinandersetzung mit anderen, neuen Möglichkeiten bewegen zu können.

Kraus (o.J.:11) geht in seinem Artikel „Lebenswelt und Lebensweltorientierung – eine begriffliche Revision als Angebot an eine systemisch-konstruktivistische Sozialarbeitswissenschaft“ noch einen Schritt weiter. Er beschreibt Lebenslage und Lebenswelt als zwei zu unterscheidende Begrifflichkeiten. Unter Lebenslage versteht er die materiellen und immateriellen Lebensbedingungen eines Menschen. Lebenswelt ist für ihn ein subjektives Wirklichkeitskonstrukt eines Menschen, welches sich unter den jeweiligen Bedingungen der Lebenslage bildet.

Aus systemisch-konstruktivistischer Sicht kann die Sozialarbeit auf die Lebenslage gestaltend Einfluss nehmen. Ungeachtet dessen, dass selbst die Lebenslage nicht objektiv erfasst werden kann, ermöglichen differenzierte Kenntnisse der Lebenslage eines Menschen aber noch keine gesicherte Information über dessen Lebenswelt. (Kraus o.J.:11)

Diese Differenzierung nach konstruktivistischer Denkweise erweist sich als hilfreich in der sozialarbeiterischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose Anorexie. Es genügt nicht, die momentane Lebenssituation zu betrachten und einzuschätzen. Um ein hilfreiches Angebot an Unterstützung und Förderung anzubieten, wird es notwendig sein, einerseits die Bedingungen der Lebenslage eines Kindes oder Jugendlichen zu betrachten, andererseits wird das subjektive Erleben ihrer/seiner jeweiligen Lebenswelt für das Erarbeiten eines Hilfeangebotes von Bedeutung sein.

*„Ziel der sozialen Arbeit ist ein soziales Erziehungswesen,
das allen Kindern Entwicklung ihrer Kräfte verheißt,
das die Befähigten fördert,
ihren Gaben entsprechende Arbeitsplätze schafft
und vorhandene Kräfte nach Möglichkeit erhalten soll.“*

Alice Salomon (1928:7)

2. Klinische Sozialarbeit – Sozialarbeit im Krankenhaus

2.1. Begriffsklärung

Sozialarbeit im Krankenhaus, klinische Sozialarbeit, klinisch-soziale Fallarbeit, Kliniksozialarbeit – dies sind gewiss nicht alle Synonyme, die zum Thema Sozialarbeit im Krankenhaus in der Fachliteratur sowie im täglichen Gebrauch verwendet werden. Wichtig erscheint mir die Unterscheidung zwischen klinischer Sozialarbeit und Krankenhaus- bzw. Kliniksozialarbeit.

Klinische Sozialarbeit versteht sich nach Geißler-Piltz, Mühlum und Pauls als „Fachdisziplin im Gesundheits- und Sozialwesen mit der Aufgabenstellung psychosozialer Beratung, Sozialtherapie und Krisenintervention.“ Klinische Sozialarbeit findet nach dieser Definition unter anderem im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich psychiatrischer Versorgung statt. (vgl. Geißler-Piltz et al. 2005:13)

Sozialarbeit im Krankenhaus oder Kliniksozialarbeit ist keine eigene Fachdisziplin, sondern ein Teilbereich des Handlungsfeldes Gesundheit und nur auf den stationären Bereich beschränkt. (vgl. OBDS 2004:o.P.)

2.2. Kennzeichen der Sozialarbeit im Krankenhaus

Wolf Rainer Wendt schreibt in seinem Artikel „Praxisfelder Klinischer Sozialarbeit“:

„Berufliche Sozialarbeit hat ihre Kompetenz in schwierigen und defizitären Lebenslagen von Menschen. Sie hilft und führt zur Bewältigung und Besserung von Beeinträchtigungen. Die Nöte, Schwierigkeiten und Belastungen, bei denen Sozialarbeit einsetzt, sind oft gesundheitlich bedeutsam: sie bedingen Krankheiten oder verhindern Heilung. Auch im Falle von Krankheit oder Behinderung kommt es darauf an, mit ihr und ihren Folgen angemessen umzugehen, mit ihr zu leben lernen und sie sozial zu bewältigen, und zwar außerhalb des Medizinsystems.“ (Wendt 2002:39)

Gehen wir nun vom allgemeinen Begriff Klinische Sozialarbeit weg und bewegen wir uns eher in das Handlungsfeld der Sozialarbeit im Krankenhaus, so hat auch diese Aussage Wendts eine besondere Bedeutung. Sozialarbeit hilft mit bei gesundheitlicher Belastung, findet jedoch außerhalb des medizinischen Systems statt.

Dies scheint mir in der Betrachtung der Sozialarbeit auf der Kinder- und Jugendneuropsychiatrischen Station eine bedeutsame Aussage zu sein.

Sozialarbeit ist alltagsbezogen und lebensfeldorientiert. Sie vermag auch im Arbeitszusammenhang mit medizinisch dominierten Institutionen eine eigenständige Perspektive des Wahrnehmens und Handelns anzubieten. (vgl. Molitoris 1996:46)

Sozialarbeit ist ein wesentlicher Bestandteil im interdisziplinären Team und war auch auf der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie im Landesklinikum Mostviertel Amstetten-Mauer von Beginn an im Team vertreten. In vielen anderen Bereichen in der Psychiatrie ist Sozialarbeit

als eigene Profession erst spät dazugekommen. Nicht überall sind ihr die Türen so offen gestanden wie auf der Kinder- und Jugendstation.

2.3. Sozialarbeit und Psychiatrie

„In kaum einem Feld ... ist die Soziale Arbeit so stark mit anderen Wissenschaften und deren Denkmustern und vor allem mit anderen Berufsgruppen konfrontiert wie in der Psychiatrie.“ (Clausen et al. 1996:108). Nicht nur die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist das Besondere an der Sozialarbeit im Krankenhaus, oft führen auch Fragen des Rollenverständnisses zu Unsicherheiten. In der Medizin und in der Krankenpflege können die Berufstätigen auf eine zweihundertjährige Tradition zurückblicken, die Sozialarbeit in der Psychiatrie gibt es erst seit den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts. (vgl. Blanke 1996:152)

Das Selbstverständnis der in der Psychiatrie tätigen SozialarbeiterInnen muss demnach gestärkt werden und durch Profilierung und Beschreibung der Kompetenzen und Verantwortung klar definiert werden. „Die Kliniken selbst zeigen sich kooperativer, die SozialarbeiterInnen andererseits selbstbewusster, ihr Aufgabengebiet kompetent zu vertreten.“ (Clausen et al. 1996:111).

Dazu ist es notwendig, sich der spezifischen Aufgabenstellung der Sozialarbeit im Krankenhaus bewusst zu sein. Mit einer möglichst genauen Stellenbeschreibung kann hier Abhilfe geschaffen werden und die Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen und deren spezifischer Tätigkeiten kann besser gelingen. Die Tätigkeitsbeschreibung der SozialarbeiterInnen im Landesklinikum Mostviertel Amstetten-Mauer habe ich im 4. Kapitel eingefügt.

Laut Geißler-Piltz et al. (2005:103) ist in der klinisch-sozialen Fallarbeit die Auseinandersetzung mit der Umwelt hervorzuheben. Sie beschreiben dabei drei die Diagnostik wesentlich beeinflussenden Umweltfaktoren:

- „Situationsdiagnostik (z.B. akute oder chronische Ereignisse und Belastungen, Verluste, Bedrohungen oder Ungewissheiten und Ambiguität (= Mehrdeutigkeit, Anmerkung der Autorin))
- Abklärung des Kontextes (z.B. Familiensystem, soziale Unterstützung, Defizite, Ressourcen, materielle Situation oder rechtliche Bedingungen und Möglichkeiten)
- Einschätzung der Beziehungen zu den Helfern bzw. zum Helfersystem (z.B. Freiwilligkeit, Kontaktfähigkeit, Hilfewunsch, Übertragung)“

Bezogen auf die Sozialarbeit im Krankenhaus bedeutet dies, dass vor allem der Blick über die Grenzen des Krankenhauses hinaus nicht verloren gehen darf. Die Bedeutung der Sozialarbeit gerade in der Schnittstellenfunktion mit den extramuralen Diensten spielt hierbei eine wesentliche Rolle. Oftmals wird dabei in der Praxis die Ressource, die das Familiensystem bietet, vernachlässigt.

*„Die <Entdeckung> eines neuen Forschungsfeldes
und die Entwicklung einer <Theorie> über dieses Feld
ist ein komplizierter Prozess, der sich oft gleich <diffus teleologisch>
wie das alltägliche Handeln darstellt.“*

Egger in Stigler (2005:105)

3. Wissenschaftliche Forschung

3.1. Rahmenbedingungen und Voraussetzungen in der Klinik

Im Landesklinikum Mostviertel Amstetten-Mauer gibt es seit 1999 eine eigene Station für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie. Die Station weist 20 stationäre Betten auf, eine ambulante Vor- und Nachbetreuung ist vorgesehen.

Im März 2006 wurde im Thermenklinikum Mödling eine eigene Station für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie mit Standort Hinterbrühl für das östliche Niederösterreich geschaffen. Als drittes Kompetenzzentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie wird in den nächsten Jahren im Donauklinikum Tulln eine Station geschaffen. (Katschnig et al. 2003:399) Somit wird die psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Niederösterreich an drei Standorten regional ausgewogen stattfinden und die Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung und therapeutische Arbeit wird verbessert werden. Diese regionale Versorgung ist eine der Leitlinien und Ziele des NÖ Psychiatrieplanes.

Auf der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Station im Landesklinikum Mostviertel Amstetten-Mauer gibt es für PatientInnen mit der Diagnose Anorexie eigene Behandlungsrichtlinien. Sie werden jedoch nicht von den anderen PatientInnen getrennt, sondern nehmen im Stationsalltag

nur in bestimmten Situationen eine besondere Rolle ein. Vorgesehen sind tägliche Gewichtskontrollen, welche bei besonders schwierigen Krankheitsverläufen unangekündigt stattfinden; durch das Pflegepersonal begleitetes Essen; Reduktion der Bewegung; therapeutische Behandlung durch Psychotherapie, Ergotherapie, Watsu (Wassershiatsu), Mal- oder Musiktherapie sowie Physiotherapie.

Wenn möglich werden die Eltern in die therapeutische Behandlung einbezogen. Dies ist abhängig von der räumlichen Entfernung, da das Einzugsgebiet der Klinik bisher das gesamte Bundesland Niederösterreich war.

Bei der Behandlung von anorektischen Jugendlichen wurde bislang mit einer Ausnahme auf die Einbeziehung von Sozialarbeit verzichtet. Nur Thessa, ich habe ihre Geschichte kurz in der Einleitung skizziert, ist sozialarbeiterisch betreut worden. Die Vermutung liegt nahe, dass die sozialarbeiterische Intervention mit der langen Aufenthaltsdauer begründbar ist – Thessa war ein Jahr lang Patientin auf der Station - und mit der Idee einer Fremdunterbringung nach dem stationären Aufenthalt.

Das Forschungsvorhaben wird dieser Beobachtung auf den Grund gehen und Einsatzgebiete und Aufgabenstellungen für die Sozialarbeit im stationären Kontext erarbeiten.

3.2. Grundannahmen zur Diagnose Anorexie bei Jugendlichen

Folgende Annahmen sollen überprüft werden:

- Jugendliche mit der Diagnose Anorexie kommen zumeist aus einem nach außen hin intakten Elternhaus. In den seltensten Fällen wurde vor oder wird im Verlauf der Behandlung eine Fremdunterbringung des Jugendlichen in Erwägung gezogen. Die Fremdunterbringung ist allerdings ein klassisches Aufgabengebiet

der Sozialarbeit auf der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie in Kooperation mit dem zuständigen Jugendamt.

- Die Jugendlichen wachsen in so genannten „Mittel- und Oberschichtfamilien“ auf, in denen finanzielle und materielle Nöte keine Rolle spielen. „Wohlstandsverwahrlosung“ ist hier das beschreibende Stichwort. „Der Traum vom Schlaraffenland hat sich für Menschen der Industrienationen erfüllt. Das Land, in dem Milch und Honig fließen, ist plötzlich zur Realität geworden, nachdem Jahrtausende lang das tägliche Brot knapp war und verheerende Hungersnöte noch 1816/17 und 1846/47 Millionen von Menschen in Europa das Leben kosteten.“ (Pudel 2001:1)

In unserer Zeit sind allgemein gesehen genug Ressourcen vorhanden. Die Verweigerung der Nahrungsaufnahme hat deshalb andere Ursachen, wie zum Beispiel geltende Schönheitsideale, Schlangheitswahn und die Hochkonjunktur von Diäten. Brumberg (1994:37) schreibt in ihrem Buch Todeshunger: „Alles weist darauf hin, dass Schlangheit besonders bei Frauen der Oberschicht einen hohen Stellenwert hat“.

„Schlangheit steht gleichermaßen für Schönheit, Attraktivität, Dynamik und Erfolg; dieses weibliche Schönheitsideal der westlichen Gesellschaften und die damit verbundenen Erwartungen und Ansprüche sind sicherlich ein wichtiger Grund dafür, dass viele junge Frauen mit ihrem Körper unzufrieden sind.“ (Gerlinghoff et al. 1997:26)

Gerlinghoff et al. (1997:21) beschreiben ebenfalls die Annahme, dass Magersucht vorwiegend eine Erkrankung der Mittel- und Oberschicht ist. Weiters bemerken sie, dass „90 bis 95 % aller Magersüchtigen weiblichen Geschlechts und meist überdurchschnittlich begabt sind.“

Im Gegensatz dazu vertritt Prof. Peter Gathmann die Meinung, dass heute keine spezielle Schichtzugehörigkeit von PatientInnen mehr festzustellen sei. (vgl. Wiener Zeitung 1998:o.P.) Dieselbe Annahme bezogen auf die 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts findet sich auch bei Habermas (2000:13).

- Während der stationären Behandlung stehen vor allem die körperliche Versorgung und das Erreichen eines vorgegebenen Zielgewichtes im Vordergrund. Anorexia nervosa ist nach wie vor eine Erkrankung mit oftmaligem tödlichen Ausgang.

In einer Langzeituntersuchung von Dr. Stephan Zipfel und Prof. Wolfgang Herzog ist folgendes beschrieben: „Die offensichtliche Todesnähe der Patientinnen erregt Mitleid und fordert helfendes Handeln heraus. Gleichzeitig werden Ärztinnen und Ärzte von Beginn an mit einem mangelnden Krankheitsgefühl der Patienten und einer starken Leugnung selbst grundlegender Bedürfnisse konfrontiert, die jeder Intervention machtvoll den Boden entziehen können.“ (Zipfel/Herzog 2000:o.P.) Dies könnte eine mögliche Ursache für die vorwiegend medizinische Behandlung der Erkrankung sein.

3.3. Methodisches Vorgehen

In meiner Forschungsarbeit wird auf die Methoden der qualitativen Praxisforschung nach Strauss/Corbin zurückgegriffen. Im Vordergrund steht die Bearbeitung meiner Untersuchung nach der Grounded Theory. Strauss und Corbin definieren diese Methode wie folgt: „Eine Grounded Theory ist eine gegenstandsverankerte Theorie, die induktiv aus der Untersuchung des Phänomens abgeleitet wird, welches sie abbildet. Sie wird durch systematisches Erheben und Analysieren von Daten, die sich auf das untersuchte Phänomen beziehen, entdeckt, ausgearbeitet und vorläufig bestätigt. Folglich stehen Datensammlung, Analyse und die

Theorie in wechselseitiger Beziehung zueinander. (Strauss/Corbin 1996:7f)

„Das Ziel der Grounded Theory ist das Erstellen einer Theorie, die dem untersuchten Gegenstandsbereich gerecht wird und ihn erhellt.“ (Strauss/Corbin 1996:9)

Ausgangspunkt meiner Untersuchung ist eine Beobachtung, die ich während eines Gespräches mit einer Patientin auf der Kinder- und Jugendneuropsychiatrischen Station gemacht habe.

Während eines Gespräches mit einer vierzehnjährigen Patientin konnte ich die Situation des „begleiteten Essens“ auf der Station beobachten. Zwei Mädchen (M1 und M2), die wegen Anorexie in stationärer Behandlung waren, wurden von einer Krankenschwester (KS) beim Mittagessen begleitet.

Das Konzept der Essbegleitung wird von Schors und Huber in ihrem Artikel „Symptomorientierte Therapie bei Anorexie und Bulimie“ beschrieben. (vgl. Schors/Huber 1996:187). Hier wird die Essbegleitung als Element der Behandlung beschrieben, bei der das Behandlungsteam „objektive“ Information über das Essverhalten bzw. die Menge der aufgenommenen Nahrung bekommt. Je nach innerer Befindlichkeit der PatientInnen fühlen sich diese entweder unterstützt oder verfolgt. Diese Situationen werden dann in den therapeutischen Einzel- oder Gruppengesprächen zum Thema gemacht. So bilden sie neben einer Realitätsprüfung auch eine wichtige Rolle in der inneren Auseinandersetzung der PatientInnen mit dem Thema Essen.

Das Konzept des begleiteten Essens findet sich zum Beispiel auch im Prospekt der Christoph-Dornier-Klinik in Münster wieder, wo es als Modell der zweiten Phase der stationären Aufnahme beschrieben wird:

„Alle Mahlzeiten werden gemeinsam mit anderen PatientInnen unter therapeutischer Anleitung eingenommen.“

Begleitetes Essen auf der Kinder- und Jugendneuropsychiatrischen Station bedeutet, dass anorektische PatientInnen nicht mit den anderen Kindern und Jugendlichen gemeinsam ihre Mahlzeiten einnehmen, sondern separat in einem eigenen Raum in Begleitung einer Krankenschwester oder eines Krankenpflegers essen. Die Aufgabe der Begleitung besteht darin, dass erstens darauf geachtet wird, dass die Mahlzeit auch wirklich eingenommen wird und Essensreste nicht in der Kleidung oder unter dem Teller versteckt werden. Zweitens soll ein nicht auf das Essen konzentriertes Gespräch über alltägliche Dinge stattfinden, vergleichbar der Situation zu Hause beim Mittagstisch. So soll aus der Essensaufnahme wieder ein natürlicher Prozess werden. Verhandlungen über die Menge der Nahrung oder über die Zusammensetzung und Kalorienbestimmung sollen nicht Thema während des begleiteten Essens sein. Hierzu werden Termine mit der DiätologIn vereinbart, die nach den jeweiligen Essgewohnheiten und Vorlieben einen ausgewogenen Ernährungsplan gemeinsam mit den Jugendlichen ausarbeitet. Drittens gilt die Anweisung, dass die Jugendlichen nach den Mahlzeiten mindestens 30 Minuten sitzen bleiben sollen, um sofortiges Erbrechen oder intensive Bewegung zu verhindern.

3.4. Auswertung der Beobachtung

Nach Strauss/Corbin steht das offene Kodieren am Anfang der Auswertung des Datenmaterials. „Während des offenen Kodierens werden die Daten in einzelne Teile aufgebrochen, gründlich untersucht, auf Ähnlichkeiten und Unterschiede hin verglichen, und es werden Fragen über die Phänomene gestellt, wie sie sich in den Daten widerspiegeln. Durch diesen Prozess werden die eigenen und fremden Vorannahmen über Phänomene in Frage gestellt oder erforscht, was zu neuen Entdeckungen führt.“ (Strauss/Corbin 1996:44)

Beim Kodieren des ersten Datenmaterials, also der Niederschrift der oben beschriebenen Beobachtung, habe ich einen Kode „in Beziehung sein“ genannt.

Um mit diesem Kode weiter zu arbeiten, ist es erforderlich, ihn genau zu definieren. Nach Strauss/Corbin ist es möglich, mit Begriffen aus der Fachliteratur zu arbeiten, es ist dann allerdings erforderlich, genau zu definieren, was mit dieser Begrifflichkeit im Kontext der Forschungsfrage gemeint ist. (vgl. Strauss/Corbin 1996:49)

„Soziale Beziehungen entstehen im gesellschaftlichen Handeln. Ihr Fortbestand beruht auf der *wechselseitigen* Erwartung der regelmäßigen (je nach Art und Beziehung häufigen oder seltenen) Wiederkehr *wechselseitiger* Handlungen – und zwar nicht irgendwelcher, sondern bestimmter: auch hinsichtlich ihrer Unmittelbarkeit oder Mittelbarkeit beziehungsweise einer Abfolge von Mittelbarkeit und Unmittelbarkeit bestimmter.“ (Schütz/Luckmann 2003:583)

In diesem Verständnis möchte ich das Wort „Beziehung“ hier verwenden. Beziehung heißt für mich zum jetzigen Zeitpunkt in Bezug auf meine Forschungsfrage, dass Individuen eine Beziehung miteinander eingehen, in der ihr Handeln gegenseitig aufeinander bezogen ist.

Weder die Mädchen untereinander noch die Mädchen mit der Krankenschwester scheinen vorerst dieser Bedeutung nach in Beziehung miteinander zu sein. Nach außen hin gibt es kaum sichtbare Zeichen einer bestehenden Beziehung. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass allein die Situation des begleiteten Essens im Rahmen einer Beziehung stattfinden. Würde das Einnehmen der Mahlzeit nicht begleitet werden, würden die Mädchen vielleicht anders agieren. Allein die Anwesenheit der Krankenschwester bewirkt demnach eine entsprechende Abfolge von Handlungen. Auffällig ist jedoch, dass

die beiden Mädchen und die Krankenschwestern nicht verbal in Beziehung zu einander stehen, also keine beobachtbare Interaktion zwischen den Anwesenden stattfindet. In weiterer Folge der Untersuchung wird darauf noch Augenmerk zu richten sein.

Als weiteren Kode beschreibe ich „Kontaktaufnahme“. Unter Kontakt verstehen wir laut dem Digitalen Wörterbuch eine „Fühlung, innere Verbindung, Beziehung“.

Kontakt wird nicht sofort aufgenommen, das neu eintretende Mädchen wird nicht angesprochen. Der einzige Kontakt in der beobachteten Sequenz ist zuerst ein kurzer Blick zu mir, und dann die Frage danach, wer ich bin,

M1: „Wer sind sie eigentlich?“

sowie die Aufforderung der Krankenschwester an das eine Mädchen, sitzen zu bleiben.

KS: „Bleib sitzen!“

Daraus ergibt sich für mich eine Frage, die für die nachfolgende Untersuchung des zur Verfügung stehenden Datenmaterials Bedeutung haben wird. Die Frage richtet sich nach der „Beziehungsfähigkeit“ oder dem Willen und der Fähigkeit, Beziehungen einzugehen. Ist dies ein besonders Merkmal der Erkrankung Anorexie? Wann und worin zeigt sich die Beziehungsfähigkeit? Ist die Sozialarbeit deshalb nicht in das Behandlungssetting eingebunden, weil Beziehungslosigkeit ein Kriterium der Erkrankung ist und daher schon beinahe als selbstverständlich erachtet wird? Oder kann man daraus bereits einen ersten Arbeitsauftrag an die Sozialarbeit ableiten, nämlich im Behandlungssetting am Thema Beziehungen der Erkrankten aktiv zu arbeiten. Dies wird im weiteren Forschungsverlauf starke Berücksichtigung finden.

Ein weiterer Kode ist „auffordernde Kommunikation“. Die Frage des Mädchens:

M1: „Wer sind sie eigentlich? Ich sehe sie hier jeden Tag, aber bei mir waren sie noch nie.“

ist in einem sehr auffordernden Ton gestellt. Und auch der Satz der Krankenschwester ist eine sehr knappe Aufforderung.

Lässt dies bereits einen Rückschluss auf die Kommunikation von und mit anorektischen PatientInnen zu?

Um weiter damit arbeiten zu können, ist es erforderlich, auch den Begriff Kommunikation genauer zu definieren. Kommunikation bedeutet „miteinander besprechen, mitteilen.“ (Nußbeck 2006:29)

Menschen kommunizieren aus verschiedenen Gründen, „um eine Beziehung aufzubauen; um emotionale Spannungen abzubauen; um zu informieren; um zu überzeugen; um sich zu unterhalten.“ (Steil et al. 1986:109)

Es gibt mehrere Kommunikationstheorien, die Nußbeck in ihrem Buch sehr übersichtlich beschreibt und zusammenfasst. Ausgehend vom einfachen „Sender-Empfänger-Modell“ nach Shannon und Weaver über die „Dialogmodelle“ von Krauss und Fussel bis hin zu Watzlawicks „Axiomen menschlicher Kommunikation“ bildet Nußbeck damit einen umfassenden Überblick. Mir persönlich erscheinen die Axiome von Watzlawick/Beavin/Jackson als sehr praxisnahe Theorie, die ich hier kurz näher betrachten möchte.

Watzlawick et al. (2003:51) postulieren, dass es nicht möglich ist in einer sozialen Beziehung nicht zu kommunizieren. Sowohl das gesprochene

Wort wie auch das Verhalten ist Kommunikation. In jeder Kommunikation findet man einen Inhaltsaspekt (Was) und einen Beziehungsaspekt (Wie). (Watzlawick et al. 2003:53)

Subjektive Erfahrungen strukturieren die Kommunikation. Damit ist eine Ursache für Kommunikationsstörungen gegeben. Ein weiterer Aspekt der Kommunikation ist die Unterscheidung zwischen symmetrischer und komplementärer Interaktion. Die symmetrische Interaktion zeichnet sich durch das Bestreben nach „Gleichheit und Verminderung von Unterschieden zwischen den Partnern aus, während komplementäre Interaktionen auf sich gegenseitig ergänzenden Unterschiedlichkeiten basieren.“ (Watzlawick 2003:69)

Diese Vorannahmen von Watzlawick et al. bilden eine solide Basis für die weiteren Betrachtungen des Themas Kommunikation.

Einen direkten Zusammenhang zwischen Kommunikation und Anorexie stellen einige Autoren fest. So verweist Brumberg in ihrem Buch auf einen Krankenbericht aus dem Jahr 1881 von Dowse, in dem festgehalten wurde, dass das „anorektische Mädchen mit seiner Mutter nur in äußerst heftigem Ton sprach.“ (Dowse 1881 zit. in Brumberg 1994:138)

Kommunikation über Dritte und indirekte Kommunikation finden bei Reich Erwähnung (Reich 2003:27). Mara Selvini Palazzoli fiel zudem auf, dass „Aussagen der Familienmitglieder häufig von anderen inhaltlich zurückgewiesen werden. Diese Zurückweisung findet sich dann auch in der Nahrungsverweigerung der anorektischen Tochter wieder.“ (Selvini Palazzoli 1978 zit. in Reich 2003:27)

Die Frage der auffordernden Kommunikation wird in der weiteren Forschung von Bedeutung sein. Und da Kommunikation ein sehr

wesentlicher Aspekt in der Sozialarbeit ist, könnte sich hier ebenfalls ein Behandlungsansatz für Sozialarbeit herauskristallisieren.

„Nonverbale Kommunikation“ ist der dritte Kode, der sich in der kurzen Beobachtungssequenz finden lässt. Vieles scheint sich über Blicke oder über Körperhaltung auszudrücken. Unruhe, Aufforderung, Fragen scheinen nonverbal gestellt zu werden.

„Mit nonverbalen Mitteln werden hauptsächlich Einstellungen, Emotionen, Sympathie und Antipathie kommuniziert, die sich sprachlich nicht so gut ausdrücken lassen und oft auch aufgrund unausgesprochener Regeln des sozialen Miteinanders nicht ausgedrückt werden dürfen.“ (Nußbeck 2006:43)

Auch dies wird eine wesentliche Bedeutung in der weiteren Untersuchung haben.

Ein vierter Kode ist „keine Alltagskommunikation“. Obwohl in der Aufgabenstellung des begleiteten Essens sowohl in der Literatur als auch in der Handlungsaufforderung an das Krankenpflegepersonal der Station festgehalten ist, dass ein Gespräch über Alltäglichkeiten beim Essen stattfinden soll, wird außer den bereits erwähnten Sätzen nicht gesprochen.

Meines Erachtens lassen sich zum jetzigen Zeitpunkt bereits zwei berücksichtigungswürdige Kategorien bilden: Beziehungsgestaltung und Kommunikationsgestaltung.

Kategorien nach der ersten Auswertung:

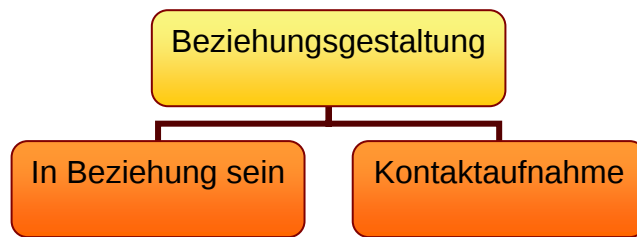


Abbildung 1

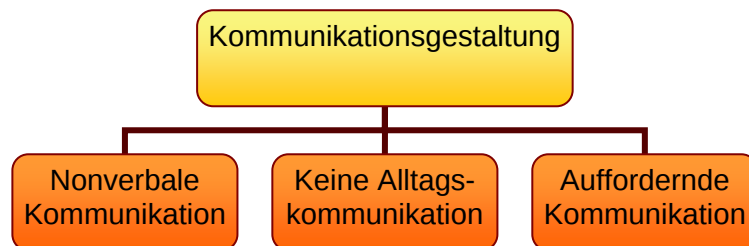


Abbildung 2

3.5. Hermeneutischer Zirkel

Im Sinne der Hermeneutik, der Wissenschaft des Verstehens, ist ein nächster Schritt die Interpretation der erfassten Texte sowie die Erfassung des dahinter liegenden Sinnes. (Stangl 2006:o.P.)

„Die Hermeneutik als wissenschaftliche Methode ist als strukturiertes, planmäßiges Vorgehen zu verstehen. Das Wissen um die Bedeutung soll hierbei eine präzise Interpretation ermöglichen.

Eine hermeneutische Grundregel besagt, dass das Ganze aus dem Einzelnen und das Einzelne aus dem Ganzen verstanden werden muss. Dieses Prinzip wird traditionell als hermeneutischer Zirkel bezeichnet. Es ist zurückzuführen auf die antike Rhetorik, genauer auf den Topos: Es kann von den Teilen auf das Ganze geschlossen werden.“ (Kreisky 2002:o.P.)

Nach der Auswertung der Beobachtung als ersten Schritt habe ich zwei Krankengeschichten von anorektischen PatientInnen gewählt, welche sich in stationärer Behandlung auf unserer Station befanden und wo die Sozialarbeit nicht zum Einsatz gekommen ist.

Es ging nun darum, die ersten Hypothesen, die sich nach der Beobachtung gebildet hatten, anhand des weiteren Datenmaterials zu überprüfen.

3.6. Hypothesenbildung nach der ersten Auswertung

Nach der Auswertung der ersten Untersuchung bildete ich zwei Hypothesen.

- Anorektische Jugendliche sind wenig oder gar nicht in Beziehungen eingebunden, vielleicht wollen sie keine Beziehungen eingehen oder sie sind nicht in der Lage dazu oder sie sind in Beziehungen verstrickt und versuchen sich daraus zu befreien.
- Nonverbale Kommunikation, auffordernde Kommunikation sowie das Stellen von Fragen könnten typisch für die Kommunikation mit und unter anorektischen Jugendlichen sein.

3.7. Auswertung der Krankengeschichten

Auf der Station für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie im Landesklinikum Mostviertel Amstetten-Mauer befanden sich in den letzten zwei Jahren vier Jugendliche (drei Mädchen und ein Junge) mit der Diagnose Anorexie. Zwei davon habe ich ausgewählt, Gabi, ein Mädchen von 12 Jahren und Günter, einen Jungen im Alter von 15 Jahren.

Gabi befand sich vier Wochen auf der Station, im Anschluss daran fanden drei ambulante Termine im Abstand von 14 Tagen statt. Dann wurde die Behandlung für beendet erklärt.

Während ihres stationären Aufenthaltes zeigte Gabi durchgängig ablehnendes Verhalten. Sie war gegen ihren Willen zur stationären Behandlung von den Eltern gebracht worden. Gabi erhielt neben der ärztlichen und medikamentösen Behandlung Ergotherapie, Maltherapie und Psychotherapie. Erst nach stationär durchgeführten Familiengesprächen und der Zusage, dass Gabi ihre Stammschule besuchen kann, wurde die Compliance von Gabi verbessert.

Günter befand sich elf Wochen in stationärer Behandlung. Günters Aufnahme erfolgte auf Wunsch der Eltern, hier vor allem des Vaters, Günter selbst wollte die Aufnahme ebenso wenig wie Gabi. Neben der ärztlichen und medizinischen Betreuung wurde Günter der Ergotherapie, Watsu, Musiktherapie und Psychotherapie zugewiesen. Es erfolgte eine Terminvereinbarung für eine ambulante Nachbetreuung, die von den Eltern auch wahrgenommen wurde. Im Anschluss an diesen ersten Termin fand die Nachbetreuung dann in einem anderen Klinikum statt, wo die fallführende Ärztin Wochenenddienste laut ihrem Vertrag zu versehen hatte. Da die Familie im Einzugsbereich dieser Klinik wohnt, war das Angebot der ambulanten Nachbetreuung durch dieselbe Ärztin, die Günter im Klinikum Mauer betreut hatte, ein Entgegenkommen und eine Verkürzung der Wegzeiten.

Als Datenmaterial standen mir alle Eintragungen der Ärzte und Therapeuten, die als Dekurse in der Krankengeschichte festgehalten sind, zur Verfügung. Die Eltern als Sorgeberechtigte wurden über die Untersuchung und die Verwendung der Daten in anonymisierter Form informiert und waren damit einverstanden.

3.7.1. Überprüfung der ersten Ergebnisse

In den Dekursen der Krankengeschichte von Gabi finden sich einige Aspekte der ersten Untersuchung wieder. Gabi wird als

„patzig im Kontakt mit der Mutter, als provokant und wortkarg in den Therapieeinheiten“

beschrieben. Auffällig dazu ist eine Formulierung im Aufnahmebericht. Es wird beschrieben, dass Gabi

„immer einen Ansprechpartner zu Hause findet, da nicht nur die Eltern und ihre drei Geschwister, sondern auch die Großeltern am gemeinsamen Bauernhof leben“.

Diese Anmerkung ist meiner Ansicht nach nur scheinbar ein Widerspruch zur These der mangelnden Kommunikation. Es wird im weiteren Verlauf der Krankengeschichte nicht beschrieben, ob Gabi das Kontaktangebot der Großfamilie auch annimmt. Des Weiteren wäre noch genauer zu hinterfragen, ob die Aussage, dass alle gemeinsam in einem Haushalt leben auch damit gleichzusetzen ist, dass auch ausreichend Zeit und Gelegenheit zum persönlichen Gespräch vorhanden ist.

In der Krankengeschichte von Günter finden sich die ersten Ergebnisse aus der Untersuchung ebenfalls weitgehend bestätigt. Bereits im Aufnahmebericht wird festgehalten, dass Günter bei seinem Voraufenthalt im AKH Wien

„die Diagnose Anorexie abgestritten“

hat. Im scheinbaren Gegensatz dazu wird auf

„auffallend höfliche Redewendungen den Geschwistern und den Kindeseltern gegenüber“

hingewiesen. Alleine die Verwendung des Wortes „auffallend“ könnte ein Hinweis dafür sein, dass es sich dabei ebenfalls um keine angemessene Kommunikationsweise handelt.

Im Gespräch mit der fallführenden Ärztin beschreibt ihn diese als

„auffallend introvertiert, zurückhaltend und übermäßig angepasst.“

Kommunikation in ihren verschiedenen Ausprägungen kann also ein Wesenszug der Anorexie sein. Der appellative Charakter ist nicht nur Symptom der Erkrankung an sich, sondern auch auffällig in der Kommunikation. Die Aufforderung an Mitmenschen, Therapeuten, etc. wird allerdings auch als Autonomieverlust erlebt (vgl. Senf et al. 1996:28). Dies könnte eine mögliche Erklärung für die Verweigerung der Kommunikation auf verschiedenen Ebenen sein.

3.7.2. Bildung von neuen Kategorien

Eine neue Kategorie habe ich im zweiten Auswertungsschritt gefunden. Ich nenne sie „Macht“.

„Macht bedeutet jede Chance, innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen, gleichviel worauf diese Chance beruht.“ (Weber 1980:28)

Ein wesentlicher Aspekt von Macht scheint demnach zu sein, dass sie innerhalb einer sozialen Beziehung stattfindet. Das könnte eine Verbindung zur Kategorie „Beziehung“ ermöglichen. Diesen Gesichtspunkt werde ich später noch genauer erörtern.

In vielen Bereichen der Behandlung von anorektischen Jugendlichen geht es um Macht. Die Macht, nichts zu essen, die Macht, die Therapie zu verweigern, die Macht, Kommunikation zu verweigern.

„Es scheint zwischen ihren Eltern, ihr und mir (der Ärztin, Anmerkung der Autorin) momentan ein Kräfteressen statt zu finden, sodass ...“

„Sie beginnt zwischen den Eltern und der Fallführung auszuloten, wer stärker ist, und nimmt in den ersten zwei Wochen kaum an Gewicht zu.“

„....und den Vater versucht (er, Anmerkung der Autorin) zu zwingen, ihn gegen Revers mit nach Hause zu nehmen.“

Auffällig ist, dass in beiden Krankengeschichten im Aufnahmebericht vermerkt ist, dass die Eltern berichten, die Erkrankung sei nach einer Landschulwoche oder einer Projektwoche erstmals aufgetreten. Somit ist eine neue Kategorie hinzugekommen, die ich mit „Trennung“ bezeichne.

Trennung bedeutet „eine Verbindung lösen, eine Gemeinschaft aufheben“ (DWDS:o.P.)

Vor dem Auftreten der Erkrankung fand bei beiden Jugendlichen eine zeitliche Trennung von den Eltern durch ein Schulprojekt statt.

„Allerdings war Gabi, als sie zu Hause bekannt gab, nichts mehr essen zu wollen, unmittelbar zuvor in der 1. Klasse Hauptschule auf Projektwoche“

„...berichten die Kindeseltern, dass Günter nach einer Landschulwoche wie wesensverändert zurückgekommen sei.“

„Auslösende Situationen sind in aller Regel erste Trennungen vom Elternhaus, in denen gleichzeitig die Versuchung besteht, etwas zu genießen, sei es die neugewonnene äußere Freiheit überhaupt oder auch erste sexuelle Beziehungen.“ (Cierpka/Reich 2001:138)

Doch auch während der Erkrankung ist Trennung ein Thema. Beide Jugendlichen wollen nicht im Krankenhaus bleiben. Sie werden gegen ihren Willen auf Entscheidung der Eltern hin stationär aufgenommen.

„Das einzige, was im Moment gut täte, wäre nach Hause entlassen zu werden.“

„...werden Strategien für die stundenweise Beurlaubung nach Hause besprochen....“

„Günters Mutter gehe es sehr schlecht. sie halte die Situation (Trennung vom Sohn, Anmerkung der Autorin) kaum noch aus.“

„... Inzwischen möchte er (Ehemann, Anmerkung der Autorin) die Mutter soweit unterstützen, dass es ihr gelingt, Günter nicht gegen Revers nach Hause zu nehmen.“

In der Literatur finden sich familiäre Muster wieder, die sich auf die Trennung vom Elternhaus beziehen. „Der Entwicklung und dem Lebenszyklus angemessene Trennungsschritte werden vermieden. ... Findet eine räumliche Trennung statt, dann bleibt der telefonische, briefliche oder Besuchskontakt eng.“ (Cierpka/Reich 2001:135)

Der Aspekt der Trennung wurde auch bei Brumberg beschrieben. Hier gehen die behandelnden Ärzte im 19. Jahrhundert davon aus, dass eine Heilung der Erkrankung Anorexia nervosa nur durch die Trennung vom Elternhaus erreicht werden kann, entweder durch die Aufnahme in einer Anstalt oder indem die Kranken zu entfernten Verwandten geschickt

werden. „Die Ärzte befürworteten beinahe einstimmig die These, dass die Entfernung aus der häuslichen Umgebung einen notwendigen ersten Schritt im Genesungsprozess der ausgezehrten Patientin darstellte.“ (Brumberg 1994:139) Manchmal wurden die Kranken während der Behandlung noch zusätzlich isoliert, um absolute Ruhe zu gewährleisten. (vgl. Brumberg 1994:146)

Eine weitere Kategorie wurde von mir als „Grenzüberschreitung“ bezeichnet.

„Die Grenzen, an die der Mensch in seinem Leben in der Welt stößt, erschienen ihm in der natürlichen Einstellung als unverrückbare Gegebenheiten. Unverrückbare Grenzen? Aber manche sind doch kurzfristig überschreitbar; über andere, die man nicht übertreten kann, lässt sich doch in das dahinterliegende fremde Land blicken; und gibt es schließlich nicht auch Grenzen, die fest abgesperrt und mit uneinnehmbaren Mauern umgeben sind?“ (Schütz/Luckmann 2003:591)

Zur Kategorie der Grenzüberschreitung finden sich folgende Aussagen in den Dokumenten.

„... er liest mir heute von seinem Tagebuch vor.“

„Außerdem wird mit der Mutter besprochen, dass sie die Tagebücher ... nicht mehr lesen soll, ...“

„Die Mutter betont, dass sie Günter 14 Tage lang etwa 20 Stunden pro Tag begleitet habe und kein Erbrechen beobachten konnte.“

Bei Cierpka und Reich (2001:136) finden sich dazu die Stichworte „Überbehütung, Verstrickung und Grenzstörung“. Die Überbehütung zeigt sich vorwiegend in unangemessener Fürsorge. Verstrickung und

Grenzstörung zeigen sich vor allem darin, dass in diesen Familien keine Geheimnisse vorhanden sind. Offene Türen sind ein Sinnbild dafür.

Im Dekurs von Günter zeigt sich die Grenzstörung genau darin: die Mutter begleitet ihn 20 Stunden pro Tag und liest seine Tagebücher.

3.7.3. Schematische Darstellung der neu gefundenen Kategorien

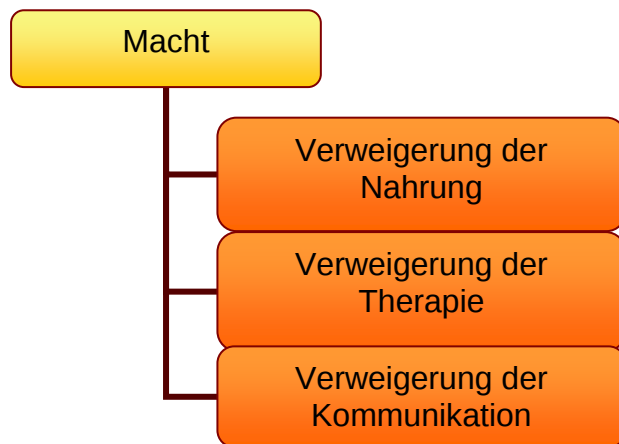


Abbildung 3

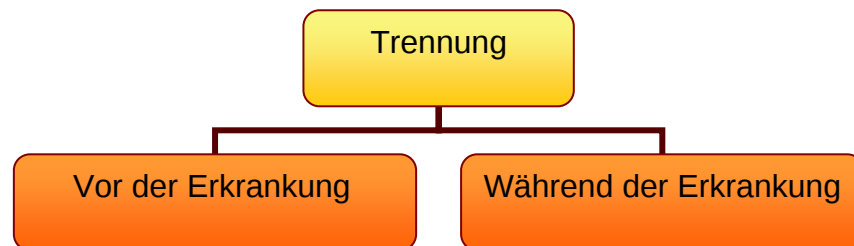


Abbildung 4

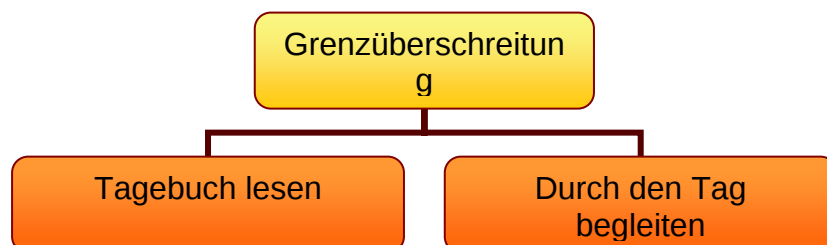


Abbildung 5

3.8. Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der ersten Untersuchung haben sich im zweiten Untersuchungsschritt bestätigt. Kommunikationsgestaltung und Beziehungsgestaltung finden sich als Kategorien sowohl in der Beobachtung als auch in den Krankengeschichten wieder und können somit als Muster bestätigt werden. Ein Zusammenhang ist erkennbar. Beziehung und Kommunikation stehen in einer Wechselwirkung zueinander. Die Hypothesen der ersten Untersuchung konnten somit verifiziert werden.

Die neu gefundenen Kategorien Macht, Trennung und Grenzüberschreitung finden sich durchgehend in beiden Krankengeschichten und werden durch die Fachliteratur bestätigt.

*„Das heißt nun nichts anderes,
als dass in jedem Menschen eine Kraft angelegt ist,
die es ihm ermöglicht,
seine potentiellen Anlagen zu entwickeln
und dass jeder Mensch gleichzeitig auf Beziehung,
auf Begegnung mit anderen Menschen als Konstituenten
seiner persönlichen Entwicklung angewiesen ist.“*

Stimmer (2006:170)

4. Implementierung der Ergebnisse in die Praxis

4.1. Allgemeine und besondere Aufgaben der Sozialarbeit im Krankenhaus – Beschreibung des Ist-Zustandes

Sozialarbeit in der Psychiatrie ist ein besonderes Aufgabengebiet. Wie bereits in Kapitel 2 beschrieben, kämpft sie immer wieder mit der Abgrenzung hin zu anderen Berufsgruppen und den spezifischen Anforderungen an die in der Sozialarbeit Tätigen.

Die Sozialarbeit im Landeskrankenhaus Mostviertel Amstetten-Mauer besteht seit 1979. Zu Beginn war eine Sozialarbeiterin in der Klinik mit ca. 1000 PatientInnen beschäftigt, zum Zeitpunkt dieser Arbeit sind es 10 SozialarbeiterInnen für ca. 400 PatientInnen. Je größer die Gruppe der SozialarbeiterInnen wurde, desto mehr wurde es notwendig, die Aufgaben genau zu definieren und auf sich verändernde Bedürfnisse und Ansprüche abzustimmen.

Ein Überblick der Aufgabenbeschreibung wurde erstmals im Band „Psychiatrie Heute“ (Kirchwegner/Krejcar 1998:62f) veröffentlicht. In diesem Artikel wurden die Aufgaben der Sozialarbeit im Krankenhaus folgendermaßen zusammengefasst:

- „Sozialanamnese - Soziale Diagnostik
- Maßnahmen der Existenzsicherung

- Maßnahmen der Pflegesicherung
- Entlassungsvorbereitung, Sicherstellung von Psycho-Sozialer Nachbetreuung
- Koordination mit extramuralen Einrichtungen
- Sozialpädagogische Aufgaben
- soziale Gruppenarbeit
- Begleitung
- Beratung
- Dokumentation“

Anlässlich des Festaktes „25 Jahre Sozialarbeit“ im Jahr 2004 wurden die Aufgaben der Berufsgruppe nochmals konkreter formuliert und in der Klinikzeitung veröffentlicht. In dieser Form wurden sie nun auch in die im Jahr 2005 verfasste Stellenbeschreibung übernommen. Sie bildet die Arbeitsgrundlage der SozialarbeiterInnen im Landesklinikum Mostviertel Amstetten-Mauer.

„Tätigkeitsprofil der Sozialarbeit im Krankenhaus

- Sozialanamnese: Soziale Datensammlung, systematisierte Mängel - und Ressourcenerhebung, Erarbeiten eines Unterstützungsplans. Die soziale Diagnostik ist ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit im multiprofessionellen Team.
- Maßnahmen der Existenzsicherung (Sozialversicherung, Finanzen, Arbeit, Wohnen): Klärungen und Interventionen bezüglich *Kranken- und Sozialversicherung*, Organisation von finanziellen Ressourcen aller Art. Zielplanung im *beruflichen Bereich* aus sozialer Sicht und Koordination mit den entsprechenden extramuralen Hilfseinrichtungen. Information, Beratung, Kontaktaufnahme und Koordination mit spezialisierten *Wohnheimen*.
- Maßnahmen der (psychiatrischen) Pflegesicherung (Finanzen, Betreuung zu Hause, Heimunterbringung): *Abklärung des*

Pflegebedarfes, Abklärung der Notwendigkeit von Sachwalterschaft.

- Angehörigenberatung
- Sicherstellung einer (psychosozialen) Nachbetreuung: Abklärung des Bedarfes und Sicherung einer weiterführenden Sozialberatung und -begleitung.
- Koordination mit extramuralen Einrichtungen: mit allen im Einzelfall geeigneten Kooperationspartnern (z.B.: Arbeitsmarktservice, Psychosozialer Dienst, Bezirksgerichte, Bezirkshauptmannschaften, private Träger,...).
- Sozialpädagogische Aufgaben: Gespräche über Sozialverhalten, Motivation und Anleitung zur schrittweisen eigenverantwortlichen Lösung sozialer Einzelprobleme (Finanzplanung, effektiver Umgang mit Behörden, angemessener Umgang mit wichtigen Bezugspersonen, ..).
- Soziale und persönliche Begleitung: Beziehungsangebot in therapeutischer Haltung, Stärkung des Selbstvertrauens, Krisenintervention.
- Soziale Beratung zu allen sozialen und sozialrechtlichen Fragen, die während eines stationären Krankenhausaufenthaltes auftreten; dieses Angebot richtet sich sowohl an die PatientInnen selbst als auch an die Angehörigen.
- Informationsaustausch und Koordination im multiprofessionellen Team: durch regelmäßige Teilnahme an PatientInnen- und Stationsbesprechungen sowie ausführliche Dokumentation und Informationsweitergabe.
- Koordination und Kooperation mit Verwaltungseinheiten der Klinik (Verpflegskostenstelle, Buchhaltung, Aufnahmekanzlei,...).
- Konzeptarbeit, Öffentlichkeitsarbeit sowohl für den eigenen Bereich wie auch für die jeweilige Abteilung.
- Betreuung von PraktikantInnen der Fachhochschulen für Sozialarbeit“ (Kirchwegger 2004:11)

Die spezifischen Anforderungen der Spezialabteilungen finden wenig Eingang in die eher allgemein gehaltene Beschreibung. Die Überlegungen dazu waren, nicht zu sehr ins Detail zu gehen, um den Spielraum für individuelle Arbeitsabläufe zu ermöglichen. Wie die Praxis zeigt, sind vor allem auf den Spezialabteilungen spezielle Aufgaben zu erledigen. Jede SozialarbeiterIn hat so die Möglichkeit, persönliche und fachspezifische Schwerpunkte festzulegen, die sich auf die charakteristischen Anforderungen und Arbeitsschwerpunkte der jeweiligen Abteilung beziehen. (vgl. Kirchweger 2004:11)

Für die Sozialarbeit auf der Kinder- und Jugendneuropsychiatrischen Station wurde von mir eine eigene Stellenbeschreibung erarbeitet. Neben den allgemeinen Aufgaben der Sozialarbeit stehen dabei die Koordinationsaufgaben mit den Einrichtungen der Jugendwohlfahrt, privaten Trägern von Fremdunterbringungseinrichtungen und ambulanten Beratungsdiensten für Kinder und Jugendliche im Vordergrund.

„Um zu gewährleisten, dass die Kinder und Jugendlichen in dem ihnen vertrauten Lebensraum die notwendige Hilfe erhalten, ist eine enge Kooperation mit Jugendämtern, niedergelassenen Ärzten, insbesondere Kinder- und Jugendärzten, Einrichtungen der Jugendhilfe, Kindertagesstätten, Erziehungsberatungsstellen, Schulpsychologischen Diensten oder etwa Kindergärten erforderlich.“ (Dörr 2005:39)

Beschreibungen der Sozialarbeit im Krankenhaus betreffend sind oft sehr an der Koordination mit anderen orientiert. Die Koordination und Kooperation im intramuralen multiprofessionellen Team und die Schnittstellenfunktion mit den extramuralen PartnerInnen der Versorgung und Betreuung werden ausführlich in der Literatur beschrieben.

„Keine andere Berufsgruppe im Krankenhaus ist derartig außenorientiert wie der Sozialdienst.“ (Hillers 1994 zit. in Ansen et al. 2004:31)

Wie wichtig jedoch die Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen selbst und mit ihrem engeren familiären Umfeld ist, zeigt sich meines Erachtens nach sehr deutlich in der durchgeführten Untersuchung. Dazu findet sich auch bei Tölle/Windgassen ein wichtiger Hinweis.

Die Basis in der psychiatrischen Behandlung bildet neben der Kenntnis über die Diagnose auch eine therapeutische Grundhaltung. Gerade bei Kindern und Jugendlichen hat eine patientenorientierte Einstellung Vorrang gegenüber einer methodenorientierten Einstellung. Wobei die beiden Autoren diese Patientenorientierung auch im Zusammenhang mit den Angehörigen vorschlagen. (vgl. Tölle/Windgassen 2006:324)

4.2. Ergebnisse der Untersuchung im Kontext der Sozialarbeit

Bei der durchgeführten Untersuchung wurden fünf Kategorien erarbeitet und von mir folgendermaßen definiert: Beziehungsgestaltung, Kommunikationsgestaltung, Macht, Trennung und Grenzüberschreitung. Im folgenden Kapitel werde ich ihre Bedeutung für die erkrankten Kinder und Jugendlichen im stationären Behandlungssetting näher beleuchten und daraus die Herausforderungen für die Sozialarbeit im stationären Bereich ableiten.

Beginnen möchte ich mit den ersten beiden Kategorien, sie bedürfen meiner Ansicht nach näherer Betrachtung im Kontext zur Sozialarbeit.

4.2.1. Kategorie Beziehung

Zum Thema „Therapeutische Beziehung“ hat Anton Leitner einen Artikel geschrieben, der mich zu einigen Überlegungen zu meinen eigenen Beobachtungen angeregt hat. Zu Beginn seines Aufsatzes beschreibt Leitner das leibtherapeutische Konzept. Kranksein geschieht seiner Ansicht nach dann, wenn „auf Eindrücke des Lebens nicht adäquat ein Ausdruck im menschlichen Verhalten erfolgen kann oder darf.“ (Leitner 2001:1). Durch das Fehlen einer relevanten Bezugsperson wird der Körper geradezu eingeladen, in seiner Sprache zu sprechen. Darauf

bezieht Leitner die Bedeutung, die die Beziehung und vor allem die therapeutische Beziehung für kranke Menschen hat. Er betont dabei vor allem die Notwendigkeit der personalen Kompetenz, die Menschen im therapeutischen Milieu aufweisen sollten. (vgl. Leitner 2001:4). Es bedarf also seiner Ansicht nach kompetenter Bezugspersonen, die die intrapersonellen und interpersonellen Konflikte der anorektischen Jugendlichen wahrnehmen und ihnen standhalten können. Auch Habermas (1994:19f) beschreibt die Magersucht als interpsychische und interpersonelle Selbstbehauptung, bei der es um den Kampf um Kontrolle, um das Erlangen von Identität und um persönliche Kompetenz geht.

Die „Notwendigkeit zur Auseinandersetzung mit den realen Beziehungspersonen“, wie sie Kröger et al. (1996:79) beschreiben, begründen sie mit den fehlenden stabilen inneren Objektrepräsentanzen. Es scheint in der therapeutischen Arbeit sinnvoll zu sein, auf der Ebene der realen Beziehungen der kranken Jugendlichen zu arbeiten, um so Beziehungsblockaden, Rückzug und Isolation aufzuarbeiten.

„Eine andere wichtige Funktion der Magersucht ist die Suche nach Unabhängigkeit. Einige Magersüchtige glauben, sich durch die Krankheit vor menschlichen Beziehungen unabhängig zu machen.“ (Gerlinghoff/Backmund 1999:26f)

Ähnliches beschreibt auch Stefanie Brongs. Sie bezieht sich dabei auf die Besonderheit der Betreuung und des Beziehungsangebotes durch die Krankenschwestern und –pfleger im stationären Alltag. „...geht es doch darum, den Jugendlichen zu helfen, dass sie auf der einen Seite Selbst-Vertrauen, auf der anderen Seite aber auch Vertrauen in die Beziehungen zur äußeren Welt aufbauen können.“ (Brongs 1998:63)

„Ein geringer Selbstwert sowie Beziehungsprobleme kennzeichnen laut vieler Autoren das Persönlichkeitsbild von EssstörungspatientInnen.“
(Bruch 1962, 1986; Vanderycken 1989 zit. in Absenger 2005:85)

Das Thema der Beziehungsgestaltung wird in der Literatur über Essstörungen und im Besonderen über Anorexie oft behandelt. Es verwundert also nicht, dass dieser Gesichtspunkt auch in dieser Untersuchung einen entsprechend breiten Raum eingenommen hat.

„Soziale Arbeit als Beruf fördert den sozialen Wandel und die Lösung von Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen, und sie befähigt die Menschen, in freier Entscheidung ihr Leben besser zu gestalten.“
(IFSW 2005:o.P.)

Von wesentlicher Bedeutung für Kinder und Jugendliche sind Beziehungen. Neben den familiären Beziehungen, nahen Bezugspersonen wie LehrerInnen und den therapeutischen Beziehungen spielen Freundschaften, also Beziehungen in der Gleichaltrigengruppe, eine wesentliche Rolle. (vgl. Wirl 2002:159)

Hilde Bruch (2004:171) ist ebenso der Ansicht, dass das Eingehen von Freundschaften ein wichtiges Zeichen von Fortschritt in der Behandlung von anorektisch Kranken ist. Durch die meist lange Zeit ohne Kontakte sei es notwendig, gerade hierbei Unterstützung zu bieten.

Speziell bei längerfristigen stationären Behandlungen kann es ein wichtiges Aufgabengebiet der Sozialarbeit sein, den Beziehungen in der Peergroup Beachtung zu schenken. Oft bleiben nur wenige Freundschaften während der Zeit der Erkrankung bestehen. Mit dem diagnostischen Instrument der Netzwerkkarte (vgl. Pantucek 2005:141) lassen sich die Beziehungen im gemeinsamen diagnostischen Prozess aufzeigen und bearbeiten. Oft brauchen Jugendliche Hilfe und

Unterstützung beim Aufbau eines neuen sozialen Netzes. (vgl. Matter 1999:132) Sozialarbeit findet hier ein weites Betätigungsfeld.

4.2.2. Kategorie Kommunikation und Konflikte

Kommunikationsgestaltung hat einen ebenso breiten Raum in meiner Untersuchung eingenommen. Verschiedene Formen von Kommunikation wurden im vorigen Kapitel bereits beschrieben.

Zum Thema Kommunikation bei anorektischen Jugendlichen findet sich wenig in der vorliegenden Literatur zur Therapie von Anorexie. Günter Reich (2001:59) schreibt dazu: „Spontane Äußerungen werden von den primären Bezugspersonen häufig ignoriert oder beanstandet. Aggressive Impulse erscheinen ebenfalls bedrohlich und zerstörerisch und werden abgewehrt. Insgesamt erleben sich die PatientInnen als macht- und einflusslos, wobei dieses Gefühl unterschiedlich stark ausgeprägt sein kann.“

Hilde Bruch (2004:166) beschreibt einen anmaßend wirkenden, geschraubten, todernten, gänzlich frei von Humor seienden Kommunikationsstil von AnorektikerInnen.

Beim Thema Kommunikation kommt unweigerlich die Sprache auf die Konfliktbewältigung. Anorektisch Kranke werden beschrieben als Menschen, die Konflikte kaum zulassen. Beobachtet werden zum Beispiel die Verleugnung von Konflikten, die Angst vor dem Ansprechen von Konflikten im familiären System und dabei auftretende Loyalitätskonflikte. Dies macht oftmals die Behandlung durch Familientherapie schwierig. (vgl. Reich 2003:58)

Bruno Bettelheim (1994:149) befasste sich mit dem Platz, den Kinder innerhalb ihrer Familie einnehmen: „Der uns zustehende Platz ist der Platz, den wir uns selbst erobern, zunächst dadurch, dass wir auf die richtige Art lieben und geliebt werden, und später dadurch, dass wir uns

selbst darum bemühen. Das allein macht den Platz sicher und zu unserem Eigentum.“ Seine Grundannahme ist, dass Kinder und Jugendliche ihren eigenen Platz auf der Welt finden müssen, an dem sie beachtet und gebraucht werden, an dem das Leben für die Kinder „Sinn“ hat. Er versteht unter Sinn, dass die Kinder einen wesentlichen, notwendigen Beitrag zum Leben und zum Überleben der Familie beitragen müssen. Dies sei in der modernen Gesellschaft weit in den Hintergrund gerückt und dadurch erleben sich Kinder und Jugendliche oft als ungebraucht und ihr Leben als sinnlos.

Dazu findet sich in einer Fallgeschichte von Bruch (2004:130) folgende Textstelle. „Als Kind war sie >Vaters Helferin< gewesen, doch nun war ihr Platz in der Familie unklar, und sie war zu einer anklammernden Beziehung zu ihrer Mutter regrediert.“ Die Gesundung dieses jungen Mädchens setzte erst ein, als der Vater sich wieder mehr Zeit für seine Tochter nahm.

Eine weitere Aussage von Bettelheim ist folgende. "Jedes dieser Kinder muss als Individuum betrachtet werden und die Behandlung muss den Nötigungen dieses Individuums gerecht werden." Sein Grundprinzip ist, "jedem das zu geben, was er im Moment am meisten braucht". Durch eine "totale Zuwendung" sollen die Kinder das Vertrauen zu sich selbst und zu anderen aufbauen. (Bettelheim 2005:o.P.)

Damit Kinder und Jugendliche in Konfliktsituationen bestehen können, benötigen sie also Sinnggebung, Zuwendung und Vertrauen. Ihnen die „unreflektierte Sicherheit des Verhaltens zu geben, derer sie bedürfen“ ist auch bei Mollenhauer (2001:77) ein wesentlicher Aufgabenbereich der Sozialpädagogik. Diese Grundannahmen bilden die Basis für jede Sozialpädagogische und Sozialarbeiterische Tätigkeit im Umgang mit Kindern und Jugendlichen.

4.2.3. Kategorie Macht

„Magersüchtige, die die Fähigkeit eingebüßt haben, ihr Machtmotiv in interpersonalen Gefühlsbeziehungen zu verwirklichen, versuchen es in einer intrapersonalen Beziehung mit dem eigenen Körper und im Kampf gegen ihn auszudrücken.“ (Palazzoli 1998:91)

„Das Dünnssein gab ihr ein Gefühl von Stolz, Macht und Leistung.“ (Bruch 2004:20) Und zur selben Fallgeschichte schreibt Bruch einige Seiten weiter folgendes: „Betty meinte beispielsweise, Gewichtsverlust gebe ihr Macht, jedes kostbare Pfund, das sie an Gewicht verliere, sei gleichsam ein kostbarer Schatz, der ihre Macht vergrößere. Diese Machtansammlung verlieh ihr eine andere Form von >Gewicht<, das Recht, als Individuum anerkannt zu werden, und auch das Recht, ihr gieriges, gefräßiges Selbst zu verwöhnen.“ (Bruch 2004:23f) In der Falldarstellung von Betty findet sich also ein Hinweis darauf, dass das Hungern selbst die Macht ausdrückt. Jugendliche erleben sich als machtvoll in dieser Sichtweise.

Einen etwas anderen Aspekt von Macht beleuchtet Hilde Bruch im 2. Kapitel ihres Buches. Hier beschreibt sie ein Machtungleichgewicht, welches ihrer Ansicht nach innerhalb der Familie von anorektischen Jugendlichen besteht. „Die freundliche Unterwürfigkeit des Kindes verdeckt die Tatsache, dass es von seinen Eltern des Rechts beraubt worden ist, ein eigenes Leben zu führen. Die Eltern haben es für ihre unbestreitbare Aufgabe gehalten, alle Pläne und Entscheidungen zu treffen, das Kind in jeder Hinsicht zu lenken und zu dirigieren.“ (Bruch 2004:56)

Und ein weiterer Aspekt von Macht wird von Gerlinghoff et al. (1997:191) beschrieben. „Es liegt an der Eigenart von Anorexiepatienten, dass sie den Therapeuten und sein Team zur Ausübung von Macht provozieren.“ Eine Macht, die zum Beispiel in der Zwangsernährung oder in der Verhinderung von Bewegung ausgeübt wird.

Die unterschiedlichen Aspekte der Ausübung von Macht sollten auch in der Betreuung durch die Sozialarbeit beachtet und verbalisiert werden. Sozialarbeit kann hier ihren Beitrag leisten, indem sie vor allem in multiprofessionellen Teambesprechungen auf die verschiedenen Aspekte von Macht hinweist und das Thema Macht in den Blickpunkt der Fallbesprechungen rückt.

4.2.4. Kategorie Trennung

„Die Anorexie ist der Versuch, die Raumgrenze zwischen der eigenen Person und anderen Personen, den Abstand zu Mutter, Vater und anderen aufrechtzuerhalten, ohne sich von diesen zu trennen, also eine Kompromissbildung.“ (Reich 2001:59)

„Als Kinder werden die späteren Patientinnen äußerlich oft gut versorgt. Schwierigkeiten werden ihnen häufig abgenommen. Trennungserfahrungen mit den dazu gehörenden Unsicherheiten, Ängsten und Trauerreaktionen und dem daraus folgenden Autonomie-Gewinn bleiben ihnen so erspart.“ (Reich ebd.)

Konflikte machen Angst. Sie könnten die Einheit innerhalb der Familie stören und somit Trennung bedeuten. (vgl. Gerlinghoff et al. 1997:66)

Um mit den verschiedenen Trennungserfahrungen positiv umgehen zu können, bedarf es eines „feinfühliges Angenommenseins“ (Mehta/Rückert 2002:12)

Sozialarbeit ist meines Erachtens in hohem Maße prädestiniert zur Thematisierung der Trennungsaspekte in der Behandlung von anorektischen Jugendlichen. Durch einen ungetrübten Blick auf Trennungserfahrungen und das Besprechen dieser Erfahrungen in Teamsitzungen und auch mit den Jugendlichen selbst können neue Einsichten gewonnen werden. Vor allem sind in diesem Zusammenhang

die in der Entwicklung der Jugendlichen notwendigen Trennungsschritte hervorzuheben und zu thematisieren.

4.2.5. Kategorie Grenzüberschreitung

„Es ist ein hohes Ideal in diesen Familien, *eins* zu sein, keine Grenzen untereinander zuzulassen und Intimsphäre zu leugnen. Individualität ist verpönt und wird bestraft.“ (Gerlinghoff et al. 1997:62)

„Grenzüberschreitungen, neue Erfahrungen, Udenkbares denkbar werden lassen – das erzeugt Betroffenheit und regt Veränderung an. Es eröffnen sich Chancen für neue Einstellungen und Beziehungen.“ (Armbrust 1990:o.P.)

Grenzüberschreitung kann also mehrere Bedeutungen haben. In meiner Untersuchung war der Begriff negativ besetzt. Jemand – meist die engeren Familienangehörigen – überschreiten oft permanent die Grenzen der Intimität, die Grenze der Persönlichkeit, die Grenze der eigenen Individualität. Den Weg aus dieser Art der Grenzüberschreitung zu finden, könnte durch neue Sichtweisen ermöglicht werden.

4.3. Herausforderungen an die Sozialarbeit

Aus den vorigen Kapiteln ergeben sich meiner Ansicht nach einige Herausforderungen für die Sozialarbeit auf einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Station mit anorektischen Kindern und Jugendlichen. Ich möchte diese Punkte unter verschiedenen Aspekten nochmals in den Mittelpunkt stellen, nachdem ich im vorigen Kapitel die Ergebnisse meiner Untersuchung mit den Erkenntnissen der Literatur verknüpft habe. Daraus lassen sich meiner Ansicht nach Handlungsforderungen für die Sozialarbeit ableiten, die ich als individuelle Betreuung, Außenorientierung, Beziehungsangebot, Gesundheitsaspekt und Bewältigungskompetenz definiere.

Bevor ich auf diese neuen Aufgabenstellungen näher eingehe, stelle ich noch eine allgemeine Beschreibung der Aufgabe der Sozialarbeit in der Psychiatrie von Bosshard et al. voran. Sie erachten die Bedeutung eines hermeneutischen Sinnverstehens als wesentlich. Ein Verständnis, welches mir in meiner Auseinandersetzung mit diesem Thema immer wichtiger geworden ist.

„In der Sozialarbeit geht es vorrangig darum, den Sinn und die Bedeutung von Lebensereignissen, Milieus, Handlungen, Biografien zu entdecken und die individuellen Deutungsmuster, Lebensperspektiven, Weltbildern, Hoffnungen und Befürchtungen verstehen zu lernen. Darin zeigt sich die humanistische Vorstellung, dass im Grunde nur das, was verstanden ist, auch geändert werden kann!“ (Bosshard et al. 1999:94)

4.3.1. Die individuelle Betreuung

An Anorexie erkrankte Kinder und Jugendliche benötigen individuelle Betreuung während ihres stationären Aufenthaltes. Ein multiprofessionelles Team arbeitet hin auf eine „stärkere Integration und In-Bezug-Setzung von intrapsychischen Repräsentanzen und gegebener sozialer Situationen.“ (Engel/Jacoby 1996:163)

„Die Kunst der Hilfe besteht nun darin, aus den personalen Identitäten von Klient/innen und Sozialarbeiter/innen im Hilfeprozess eine für beide Seiten tragbare soziale Identität zu generieren. Dies erfordert auf der Seite der Sozialarbeiter/innen viel an kommunikativer Kompetenz: Wertschätzung und emotionales Eingehen auf den/die Klient/innen, Geduld für deren Einsichtsgewinn, Anstöße zur Reflektion von deren Entscheidungen und Lebensentwürfen.“ (Witterstätter 2002:16)

Das übergeordnete Ziel ist die „stärkere Berücksichtigung des sozialen Umfeldes der PatientInnen. Veränderungen sollten nicht nur besprochen, sondern auch geübt werden.“ (Engel/Jacoby 1996:170)

Senf et al. (1996:21) weisen in diesem Zusammenhang verstärkt auf die Notwendigkeit eines multimethodalen Therapieansatzes hin. „Eine ausschließliche Fokussierung auf die psychische Problematik unter Vernachlässigung der Gewichtszunahme und ernährungsrelevanter Kriterien wäre ebenso verfehlt wie eine einseitige Betonung letzterer Aspekte.“ Bislang wurde meines Erachtens der Konnex des „innerseelisch-psychodynamischen Konfliktgeschehens und des familiären und psychosozialen Umfeldes“ (Senf et al. 1996:21) im therapeutischen Behandlungskonzept im Landeskrankenhaus Mostviertel Amstetten-Mauer oftmals vernachlässigt. Mittlerweile ist dies auch ein Anliegen und eine immer wieder hervorgebrachte Forderung des leitenden Oberarztes der Station.

An dieser Stelle möchte ich nochmals einen kurzen Blick hin zur bereits in Kapitel 1.5. erörterten Lebensweltorientierung werfen. Lebensweltorientierung ist eine bedeutsame Handlungsmaxime in der Sozialen Arbeit. Besonders im Klinikbereich, wo die Einbeziehung der Lebenswelt der PatientInnen oftmals vernachlässigt wird, ist es Aufgabe der Sozialarbeit, Alltagsnähe herzustellen und die Unterstützung auf den zugrunde liegenden Ressourcen zu ermöglichen.

„Lebensweltorientierte Soziale Arbeit ist so zugleich auf den Respekt vor dem Eigensinn gegebener lebensweltlicher Ressourcen verpflichtet und auf die Anstrengung, neue, tragfähige lebensweltliche Verhältnisse – neue Handlungs- und Verständigungsmuster – zu schaffen, also auf die Erkenntnis und die Ermutigung zum Ausbau und zur Inszenierung lebensweltlich tragfähiger Ressourcen.“ (Thiersch 1993:14)

Die Bedeutung des Vorhandenseins von lebensweltlich tragfähigen Ressourcen hat sich im Verlauf dieser Arbeit weitgehend bestätigt. Diese auch in die individuelle Betreuung der Kinder und Jugendlichen einzubeziehen erscheint mir als wesentliche Aufgabe der Sozialarbeit im Krankenhaus.

4.3.2. Die Außenorientierung

Die Außenorientierung zu den öffentlichen und privaten Trägern der Jugendwohlfahrt wurde bisher in der Sozialarbeit auf der Kinder- und Jugendneuropsychiatrischen Station ausreichend wahrgenommen.

Ein Aspekt, der bislang wenig Beachtung fand, ist die Berücksichtigung des familiären Umfeldes. Abgegrenzt von familientherapeutischen Gesprächen sowie den Familiengesprächen durch die Fallführenden (ÄrztIn, PsychologIn, Sonder- und HeilpädagogIn) sollte der Familie und ihrer Struktur auch von sozialarbeiterischer Seite Beachtung geschenkt werden. In einer Untersuchung von Helmut Niederhofer das Familienklima betreffend wurde festgestellt, „dass es offenbar signifikant mehr Konflikte in Familien mit anorektischen Kindern gibt ... Außerdem zeigten erstere weniger Organisation und Zusammenhalt.“ (Niederhofer 2004:10) Diese Untersuchung steht jedoch im Widerspruch zu anderen Aussagen in der Literatur. Einige davon möchte ich nun näher ins Blickfeld rücken.

Eine besondere Norm- und Leistungsorientierung kennzeichnet viele Familien von anorektischen Jugendlichen. Sie erscheinen laut Cierpka/Reich (2001:135) als Bilderbuchfamilie und werden als höflich, fleißig und um andere bemüht erlebt. Auch bei Gerlinghoff/Backmund (1999:15) findet sich die Beschreibung von intakten Familien, in denen nichts Außergewöhnliches oder Dramatisches passiert ist. Im Gegensatz zur Untersuchung von Niederhofer beschreiben Gerlinghoff/Backmund (1999:16) einen besonderen Zusammenhalt innerhalb der Familie, während die Außenwelt als bedrohlich angesehen wird.

Auch Absenger (2005:125) verweist auf eine „symbiotische Abhängigkeit von einzelnen Familienmitgliedern ... Bei dieser Form der Verstrickung und Überbehütung kann nach außen das Bild einer harmonischen und loyalen Familie entstehen, die fest zusammenhält.“ Diese Aussagen betonen die Notwendigkeit, das Familiensystem genauer zu betrachten.

Unabhängig davon, welche Form des Familienlebens bei den Jugendlichen vorliegt, sollte auch die Sozialarbeit den Blick auf das Familiensystem oder andere für den Jugendlichen bedeutsame soziale Systeme richten. Dies inkludiert auch weitere Verwandte, die im Leben des Jugendlichen eine besondere Rolle spielen oder auch Bezugspersonen im Rahmen der Fremdunterbringung. Diagnostische Instrumente wie zum Beispiel das Genogramm (Matter 1999:45) oder die Netzwerkkarte (Pantucek 2005:141) stellen hilfreiche Arbeitsmittel für eine soziale Diagnose der familiären Situation dar, die einen wesentlichen Beitrag im multiprofessionellen Behandlungsteam zu leisten vermögen.

4.3.3. Das Beziehungsangebot

Mein Anliegen, diese Arbeit zu schreiben, war es, einen Blick in eine individuelle, sehr personenbezogene Sozialarbeit im stationären Bereich zu wagen. Hierbei ist zu beachten, dass es dabei nicht in erster Linie um ein therapeutisches Beziehungsangebot geht. Mir geht es in der Sozialarbeit darum, mit den KlientInnen an deren sozialen Beziehungen und dem psychosozialen Umfeld zu arbeiten.

Der Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung ist die Voraussetzung jeglicher Sozialen Arbeit. Berufliche Beziehungen orientieren sich an den AdressatInnen, am Zweck und am Nutzen, den diese Beziehung hat. Sie sind unabhängig von der jeweiligen persönlichen Befindlichkeit der SozialarbeiterIn. (vgl. Spiegel 2006:99)

„Die professionelle Kernkompetenz von sozialer Arbeit, ..., ist m. E. die hochindividualisierte Behandlung des Falles bzw. jener Fälle, bei denen standardisierte Sozialprogramme eben nicht greifen. Dafür hat sie (die Sozialarbeit, Anmerkung der Autorin) eine Technologie der Individualisierung entwickelt, eine Konzentration auf den Prozess der Bearbeitung, auf die Beziehung, das Gespräch, auf den Anschluss an

die subjektiven Einschätzungen und Gefühle der KlientInnen.“ (Pantucek 2005:25)

„Gestaltbar sind unsere Beziehungen zu den KlientInnen als professionelle Beziehungen. ... Abseits von allem Beziehungskitsch geht es um das sorgfältige und bewusste Inszenieren dieser Beziehung, um respektvolle Distanz gepaart mit echtem Interesse.“ (Pantucek 2001:o.P.)

Darauf Bezug nehmend bietet das Ergebnis meiner Untersuchung eine ausreichende Begründung für einen genauen Blick auf die Beziehungsgestaltung der an Anorexie erkrankten Jugendlichen und den Einfluss, den die Sozialarbeit darauf nehmen kann. Ein Einfluss, der sich bereits in der gelebten Beziehungsgestaltung zwischen Jugendlichen und SozialarbeiterIn während des Betreuungsverlaufes zeigt.

4.3.4. Der Gesundheitsaspekt

Nachdem der Begriff der Gesundheit ein mehrdimensionaler ist, müssen medizinische, psychische und soziale Ebenen ausreichend berücksichtigt werden, sowohl in der Behandlung als auch in der Betreuung von kranken Kindern und Jugendlichen. (vgl. Petermann/Warschburger 1999:22)

Die Krankheitsfolgen sind auf mehreren Ebenen zu sehen: organisch, personenbezogen und gesellschaftlich. Und so wie die Krankheitsfolgen sich auf unterschiedlichen Ebenen manifestieren, so sind auch die Ressourcen der Kinder und Jugendlichen individuell zu betrachten. (vgl. Petermann/Warschburger 1999:18)

Das Ziel in der Kinderrehabilitation ist „in erster Linie auf die Förderung einer angemessenen Krankheitsbewältigung sowie die Prävention von möglichen Entwicklungsrisiken und sekundären Krankheitsrisiken“ (Petermann/Warschburger 1999:19) konzentriert. Nicht nur der

medizinische Status soll verbessert werden, sondern auch die Rolle des sozialen Umfeldes muss berücksichtigt sein.

Dieses allgemein formulierte Ziel kann meiner Ansicht nach auf die stationäre Behandlung von anorektischen Jugendlichen übernommen werden. Auch hier geht es darum, dass die betroffenen Jugendlichen sich mit ihrer Krankheit auseinandersetzen, möglichst viele Informationen erhalten und dass sie sich unter professioneller Anleitung konkret mit ihrem sozialen Umfeld befassen. Stockmann-Köckert (1999:81) schreibt in ihrem Artikel über Gesundheitserziehung, dass die stationäre Behandlung „viele Möglichkeiten bietet, ... entsprechende Verhaltensweisen zu vermitteln. Gerade die zeitweise Trennung vom gewohnten Umfeld und das Zusammenleben mit ähnlich Betroffenen ... kann wirksame Anregungen für Veränderungen geben. Gleichzeitig bietet sie einen geschützten Raum zur Erprobung und Einübung neuer Verhaltensweisen.“

Umgelegt auf die Situation der stationären Behandlung von anorektischen Jugendlichen kann daraus gefolgert werden, dass vor allem Situationen des täglichen Lebens, das Einnehmen von gemeinsamen Mahlzeiten zum Beispiel, hier in einem geschützten Rahmen neu gestaltet werden können. Auch wenn das Konzept des begleiteten Essens in erster Linie unter Begleitung des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals durchgeführt wird, kann die Sozialarbeit darauf gestaltend Einfluss nehmen. Hier schließt sich meines Erachtens der Kreis von Kommunikation.

4.3.5. Die Bewältigungskompetenz

In neueren Forschungen im Bereich der Pädagogik wurde ein Phänomen beschrieben, welches sich mit der Bewältigungskompetenz von Kindern und Jugendlichen in schwierigen Lebenssituationen beschäftigt. Die so genannte Resilienzforschung (abgeleitet aus dem Englischen resilience, Spannkraft, Elastizität, Strapazierfähigkeit) geht davon aus, dass einige

Kinder und Jugendliche eine Lebensbelastung erstaunlich positiv meistern. Das Konzept der Resilienz geht von einer Ressourcenorientierung aus und beschreibt sowohl personale wie auch soziale Ressourcen. Zu den personalen Ressourcen zählen unter anderem Problemlösefähigkeiten, hohes Selbstwertgefühl, hohe Sozialkompetenz, optimistische Lebenseinstellung und einiges mehr. Unter sozialen Ressourcen werden mindestens eine verlässliche Bezugsperson, offenes und wertschätzendes Klima, konstruktive Kommunikation innerhalb des jeweiligen Bezugssystems sowie kompetente und fürsorgliche Erwachsene außerhalb des engen Bezugssystems für positive Rollenvorgaben sowie für Ermutigung verstanden. (vgl. Wustmann 2005:o.P.)

Was bedeutet dies nun für die Sozialarbeit im stationären Kontext? Ressourcenorientiert zu arbeiten ist eine besondere Stärke der Sozialarbeit. Bezugnehmend auf die Forschungsergebnisse der Resilienzforschung findet sich auch hier ein Hinweis auf die Bedeutung von Kommunikation. In diesem Zusammenhang wird sie als konstruktive und mutmachende Kommunikation beschrieben.

Ein zweiter Aspekt der Resilienzforschung findet sich im Hinweis darauf, dass eine fürsorgliche und kompetente erwachsene Person außerhalb des familiären Systems benötigt wird, um Lebensbelastungen positiv bewältigen zu können. Ein Indiz dafür findet sich auch bei Gögercin (1999:29). Er beschreibt die sozialen Problemlagen bei Jugendlichen und betont dabei, dass durch die Individualisierungstendenzen unserer modernen Gesellschaft früher vorgegebene Werte, vorgegebene Lebenswege und Handlungswissen verloren gehen. Möglicherweise liegt darin auch die Bedeutung, die die Resilienzforschung in einer außerfamiliären Bezugsperson sieht.

4.4. Implementierung der Ergebnisse in die stationäre Praxis

Ich sehe verschiedene Möglichkeiten, die Ergebnisse dieser Untersuchung in die Praxis umzusetzen. Eine Option findet sich in der Betreuung der Kinder und Jugendlichen und deren Familien, eine andere Möglichkeit sehe ich in der Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team der Station. Im folgenden Kapitel werde ich die wesentlichen Ergebnisse meiner Untersuchung nochmals kompakt zusammenfassen.

4.4.1 Betreuung der Kinder und Jugendlichen und deren Familien

Auf die individuelle Betreuung von anorektischen Kindern und Jugendlichen werden die Ergebnisse der Untersuchung Einfluss nehmen.

Kinder und Jugendliche sind während der stationären Behandlung aus ihren sonstigen Bezugssystemen und familiären Bezügen herausgerissen. Einerseits konnte festgestellt werden, dass dies ein für die Behandlung notwendiger Schritt ist, andererseits fehlen dadurch aber auch haltgebende Beziehungen. Besonders bei länger dauernden Klinikaufenthalten muss die Sozialarbeit ein besonderes Augenmerk auf die sozialen Beziehungen der Kinder und Jugendlichen legen. Diagnostische Arbeitsmittel helfen hierbei, die wichtigen Bezugspersonen zu finden und ihre Einbeziehung in die Behandlung zu fördern.

Ein besonderes Augenmerk ist auch auf die Familiensituation zu richten. Zusätzlich zu Familientherapie und therapeutischen Familiengesprächen kann die Sozialarbeit auf die sozialen Faktoren der Familie hinweisen und durch Elterngespräche die einzelnen Positionen, die die jeweiligen Familienmitglieder einnehmen, in den Behandlungsprozess einbringen. Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist dabei auch die Wahrnehmung und Förderung der Ressourcen, die in der Familie vorhanden sind, gemeint ist hierbei durchaus die erweiterte Familie.

Kommunikation ist in der vorliegenden Arbeit immer wieder zum Thema gemacht worden. Die Bedeutung der Kommunikation in der Behandlung von Anorexie braucht hier nicht nochmals behandelt zu werden. Es ist unabdingbar, dass die Kommunikation der Jugendlichen einerseits beachtet und thematisiert werden muss, andererseits ist Kommunikation ein Arbeitsmittel der Sozialarbeit und kann als solches eingesetzt werden. Kinder und Jugendliche lernen durch Beobachtung und so kann Einfluss geübt werden auf ihre Kommunikationsmuster.

Ein weiterer Aspekt in der Sozialarbeit mit anorektischen Jugendlichen ist das Herstellen des Alltagsbezuges. Wenn berücksichtigt wird, dass der stationäre Aufenthalt in einer Klinik einer „Kunstwelt“ gleichkommt, wird deutlich, wie schnell der Alltagsbezug verloren gehen kann. Immer wieder wird es daher notwendig sein, das „Draussen“ in den intramuralen Bereich hereinzuholen. Kinder und Jugendliche sollten möglichst wenig Ausgrenzung, Abschiebung oder Wechsel bei ihren Bezugspersonen ausgesetzt sein. Um hier nahe an der jeweiligen Realität zu bleiben und unnötige Belastungen zu vermeiden, ist der Alltagsbezug notwendig. Sollte im Verlauf der Behandlung ein Wechsel des Bezugssystems zum Beispiel durch Fremdunterbringung notwendig werden, so ist diese sorgsam vorzubereiten. Gerade Kinder und Jugendliche sollten meiner Ansicht nach vom stationären Bereich durch die neuen Bezugspersonen abgeholt werden, für eine möglichst lückenlose Betreuung und Begleitung in eine neue Lebensphase ist zu sorgen.

Eine geeignete Nachbetreuung im Anschluss an die stationäre Behandlung zu finden, ist ein weiterer wichtiger Faktor, der gut vorbereitet sein muss. Auch hier wird das Herstellen einer tragfähigen Beziehung die Grundlage bilden für eine passgenaue Entscheidung.

4.4.2 Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team

Durch die Schnittstellenfunktion der Sozialarbeit zu den extramuralen Bezugssystemen gelingt es, die notwendige Außenorientierung wahrzunehmen und in die Behandlung einfließen zu lassen.

Unterschiedliche Faktoren in der Behandlung von anorektischen Jugendlichen wie zum Beispiel die Ausübung von Macht oder der Umgang mit Trennungserfahrungen werden von der Sozialarbeit erkannt und thematisiert. Somit erweitert sich die Informationssammlung in der multiprofessionellen Zusammenarbeit. Das Zusammentragen von verschiedenen Informationen einerseits sowie auch von unterschiedlichen Gesichtspunkten und Aspekten der zugrunde liegenden Faktoren andererseits erhöhen die Behandlungskompetenz des gesamten Teams.

Unter dieser Perspektive ist auch das Thema Gesundheit zu betrachten. Kinder und Jugendliche, die an Anorexie erkrankt sind, müssen lernen, ihre Erkrankung zu bewältigen. Es ist jedoch auch das gesamte Behandlungsteam gefordert, sich mit der Bewältigungskompetenz der Kinder und Jugendlichen zu beschäftigen. Hier ist eine hohe Kompetenz und ein hohes Maß an Erfahrungswissen und gegenseitiger Austausch im Team notwendig. Sozialarbeit kann auch hierbei ihren Beitrag leisten.

4.5. Abschließende Bemerkung

In der Literatur, die mir zum Thema Anorexie zur Verfügung gestanden war, fand ich Sozialarbeit kaum erwähnt. Wenn im Kontext von Anorexie und stationärer Behandlung Sozialarbeit genannt wurde, dann im Zusammenhang mit Klärung von Geldfragen, Rechtsfragen, Klärung von Wohnsituation und beruflicher Orientierung. (vgl. Engel/Jacoby 1996:167)

Die Behandlung von anorektischen Jugendlichen obliegt scheinbar der Medizin und der Therapie. Im Rahmen meiner Forschungsarbeit wurde

das Spektrum der möglichen Beiträge, den die Sozialarbeit zu leisten vermag, wesentlich erweitert.

Diese Ergebnisse in die Praxis zu implementieren und zu einer weiteren bedeutenden Dimension in der Behandlung von anorektischen Jugendlichen werden zu lassen, sehe ich als berufliche und persönliche Herausforderung an.

*„... und stelle dir gerne meine Daten zur Verfügung!
Wenigstens hat meine Krankheit so ein kleines bisschen Sinn...“*

Thessa (Brief vom 30.07.2006)

5. ... und Kreise schließen sich

Ich habe meine Arbeit mit Thessa begonnen und ich möchte mit Thessa enden. Auf meine Anfrage, ob ich ihre Geschichte in meiner Arbeit verwenden dürfe und ob sie mir etwas darüber schreiben möge, wie es ihr heute - ein Jahr nach ihrer Entlassung von unserer Station - gehe, bekam ich einen zweiseitigen Brief von ihr. In diesem Brief fand ich viele der Theorien aus meiner Arbeit bestätigt.

Thessa befindet sich seit fünfeinhalb Wochen auf einer psychiatrischen geschlossenen Station für Erwachsene in einem anderen Bundesland. Sie war gleich nach ihrer Entlassung von uns volljährig geworden. Anhand ihres Briefes möchte ich nochmals zurück auf die Kategorien greifen, die in der Untersuchung ermittelt wurden.

Beziehung: Thessa fühlt sich auf der geschlossenen Station für Erwachsene allein gelassen. Sie beschreibt ihre Situation als „niemand kümmert sich um mich, ich muss alles alleine tun.“

Kommunikation: Der Brief von Thessa ist optisch sehr freundlich und optimistisch gestaltet, Thessa's Handschrift ist sehr gleichmäßig und rund, sie schreibt ohne Rechtschreibfehler und verziert den Brief mit

einigen gelben Blüten mit Farbstiften gemalt. Das gibt dem Brief eine sehr fröhliche Note. Der Inhalt des Briefes ist keineswegs fröhlich, sondern beschreibt den Leidensweg einer jungen kranken Frau, die nur wenige Zukunftsperspektiven für sich sieht.

Trennung: Thessa befindet sich in stationärer Behandlung in einem anderen Bundesland. Ihre Begründung dafür ist, dass sie keine psychiatrische Station in ihrem Bundesland mehr aufnehmen wollte. Jetzt wartet sie auf die Zusage einer therapeutischen Einrichtung, die auf die Behandlung von Essstörungen spezialisiert ist. Obwohl es nicht explizit in ihrem Brief erwähnt ist, gehe ich davon aus, dass Thessa wenig Besuch von ihren Eltern erhält. Während ihres einjährigen Aufenthaltes auf unserer Station waren die Eltern ca. einmal alle zwei Monate zu Besuch. Dies bei einer Entfernung von ca. zwei Stunden Fahrt mit dem Auto.

Im Brief ist auch angemerkt, dass Thessas Eltern sich nun vorübergehend trennen werden und Thessas Mutter und ihre kleine Schwester von zu Hause ausziehen werden. Thessa schreibt dazu, dass sie das sehr traurig macht.

Macht: Thessa wiegt derzeit 30,6 kg. Sie schreibt, dass sie „erst mit einem Gewicht von 32 kg an Therapien teilnehmen darf.“ „Außerdem bin ich jetzt nicht mehr magersüchtig, sondern stark bulimisch. Es macht mich total fertig, dass ich keine Kontrolle mehr über mein Essverhalten hab. Bulimie ist 1000x schlimmer als Anorexie. Über die Anorexie war ich eigentlich stolz, aber für die Bulimie schäme ich mich furchtbar.“

Grenzüberschreitung: Zu diesem Themenschwerpunkt konnte ich keinen Anhaltspunkt im Brief von Thessa finden.

Allerdings hat es mich sehr fasziniert, dass Thessa in ihren wenigen Zeilen zu fast jeder der von mir in der Untersuchung gefundenen Kategorien eine Aussage macht.

Auch bei den beiden anderen Jugendlichen, deren Krankengeschichte ich in meiner Arbeit untersucht habe, schloss sich ein Kreis. Auf meine schriftliche Anfrage, ob ich die Daten der Krankengeschichte verwenden dürfe, wandten sich die Väter an mich. Ich hatte die Einverständniserklärung zur Unterschrift auch an die jeweiligen Väter adressiert. Der Vater von Gabi brachte die Erklärung persönlich vorbei und bot an, mir für weitere Fragen über seine Tochter zur Verfügung zu stehen. Er erzählte kurz, dass es Gabi soweit gut gehe, dass die Krankheit allerdings immer noch Thema sei.

Günters Vater rief mich ein paar Tage, nachdem die Einverständniserklärung per Post bei mir eingelangt war, an. Auch er bot an, für Fragen zu einem persönlichen Gespräch kommen zu können. „In der Krankengeschichte stehe längst nicht alles,“ meinte er. Günters Vater erzählte auf meine Frage, wie es Günter denn seit der Entlassung gehe, dass es gleich nach seinem Aufenthalt bei uns sehr schwierig gewesen sei, aber seit Weihnachten 2005 habe Günter ständig zugenommen, er wiege nun 50 kg, und sei seitdem „ganz normal bei uns zuhause.“

Ich habe die Angebote der beiden Väter, noch mehr über die Geschichte und den Verlauf der Erkrankung zu erfahren, nicht angenommen. Meine Arbeit war von Anfang an nicht auf Interviews mit Betroffenen oder Angehörigen ausgerichtet. Ich wollte in meiner Arbeit bewusst einen anderen Weg der Erforschung der Thematik einschlagen. Die Beobachtung sowie das Studium von Eintragungen in den Krankengeschichten erschienen mir als gute Basis für mein Forschungsanliegen.

Dennoch waren Thessas Brief, das kurze persönliche Gespräch und das telefonische Angebot für ein ausführliches Gespräch mit den Vätern der Jugendlichen für mich weitere Signale, dass Kommunikation miteinander ein wesentlicher Aspekt der Behandlung von Anorexie ist und vor allem auch, dass sowohl die Betroffenen als auch die Angehörigen gehört, wahrgenommen und ernst genommen werden wollen.

„Als ich klein war,
Sprach mein Vater zu mir:
Lächle.
Dann denken sie, du bist glücklich.
Und mein Lächeln wurde zur Maske,
Hinter der ich mich verbarg, zu beschämt, um hervorzukommen.
Ich erkannt erst, als es zu spät war,
Dass die Maske nun
An meiner Seele festklebte.
Ich konnte sie nicht abnehmen.
Ich wusste nicht wie,
Bis ich lernte,
Mit dem Herzen zu lächeln.
Und die Maske begann zu zerspringen,
Und ich konnte langsam, langsam hervortreten.
Ich ließ die Maske zurück, weggeworfen,
Zersprungen und zerbrochen auf dem Pflaster,
Um mein Gesicht der Sonne zuzuwenden.“

Peggy Claude-Pierre (2002:307)

*„Das Bemühen um Handlungskompetenz beginnt in der Ausbildung,
endet aber nicht mit ihr.*

*Im Gegenteil ist die Förderung dieser Teilkompetenzen
ein lebenslanger Prozess mit manchen Rückschritten und Konflikten,
aber die unabweisbaren Notwendigkeiten, immer wieder (neu) zu lernen,
einen verständigungsorientierten Umgang mit anderen Menschen (KlientInnen,
KollegInnen, anderen Professionellen) und mit sich selbst zu praktizieren.“*

Stimmer (2006:226)

Nachwort

Eine sehr intensive Zeit der Auseinandersetzung mit meiner Diplomarbeit geht zu Ende. Viel Energie und Kraft habe ich in den letzten Monaten dafür aufgewendet. Danke möchte ich sagen an meine sozialen Beziehungen, die in Kauf genommen haben, dass meine Energie anderweitig gebunden war und das gemeinsame soziale Leben etwas zu kurz gekommen ist.

Danke auch an alle, die mich in ganz unterschiedlicher Art und Weise unterstützt haben, so dass diese Arbeit nun in der vorliegenden Form Gestalt angenommen hat.

Die Monate waren geprägt von Wissensansammlung durch gründliches Studium von Büchern und Fachartikeln und durch zahlreiche Gespräche über das Thema.

Eine Zeit der Bewegung, nicht des Stillstandes, liegt hinter mir. Lebenslanges Lernen ist ein Begriff, der mir dazu einfällt und der von Vertretern der Berufsvertretung der Sozialarbeit immer wieder als Forderung in den Raum gestellt worden ist.

Lebenslanges Lernen ist für mich immer schon auch eine persönliche Herausforderung gewesen. Neugierig sein auf theoretische Grundlagen und den Kontext zur Praxis dabei nicht zu übersehen wurde für mich zum Motto des Masterstudienganges für Sozialarbeit an der Fachhochschule St. Pölten.

Ich bin sehr froh darüber, dass ich mich entschieden habe, an der Fachhochschule St. Pölten den Masterstudiengang zu besuchen. Bereits meine Grundausbildung als Diplomsozialarbeiterin habe ich in St. Pölten gemacht und im Bereich der Weiterbildung den Lehrgang „Gemeinwesenorientiertes Sozialmanagement und Sozialmarketing“ ebenfalls in St. Pölten absolviert.

Meine persönliche Verbundenheit mit dem Standort St. Pölten konnte ich nun auch beim Besuch des Masterstudienganges sichtbar machen.

Literatur

Absenger, Iris (2005): Die verkörperte Essstörung, Anorexie – Bulimie – Adipositas, Erleben erleiden: umfassender Therapieüberblick und ein Körperausdrucksmodell, Herbolzheim

Armbrust, Joachim (1990): Ritualisierte Erfahrungsräume mit Jugendlichen gestalten, http://www.punkt-genau-seminare.de/mediapool/23/237077/data/Ritualisierte_Erfahrungsraeume. DOC, letzter Zugriff: 05.08.2006

Bettelheim, Bruno (1994): Zeiten mit Kindern, Freiburg im Breisgau

Bissegger, Monica / Bräuner-Gülow, Gisela / Brongs, Stefanie / Klitzke-Pettener, Sabine / Reinhold, Susanne / Ruckgaber, Karl-Heinz / Schäfer, Martin / Weik Jürgen (1998): Die Behandlung von Magersucht, ein integrativer Therapieansatz, ein Therapeutenteam aus der Filderklinik berichtet, Stuttgart

Blanke, Uwe, Hrsg (1996): Der Weg entsteht beim Gehen, Sozialarbeit in der Psychiatrie, Bonn

Bönisch, Lothar (1999): Sozialpädagogik der Lebensalter. Zit. in Ansen, Harald / Gödecker-Geenen, Norbert / Nau, Hans (2004): Soziale Arbeit im Krankenhaus, München

Bossard, Marianne / Ebert, Ursula / Lazarus, Horst (1999): Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Psychiatrie, Lehrbuch, Bonn

Bruch, Hilde (2004): Der Goldene Käfig, Das Rätsel der Magersucht, Frankfurt am Main

Brumberg, Joan Jacobs (1994): Todeshunger, Die Geschichte der Anorexia nervosa vom Mittelalter bis heute, Frankfurt am Main

Christoph-Dornier-Klinik (ohne Angabe): Wege aus der Magersucht – Das Behandlungsangebot der Christoph-Dornier-Klinik für Psychotherapie für Menschen mit anorektischen Ess-Störungen, Münster.

Cierpka, Manfred / Reich, Günter (2001): Die familientherapeutische Behandlung von Anorexie und Bulimie. In: Reich, Günter / Cierpka, Manfred Hrsg. (2001): Psychotherapie der Essstörungen, Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend, Stuttgart

Claude-Pierre, Peggy (2002): Der Weg zurück ins Leben, Magersucht und Bulimie verstehen und heilen, Frankfurt am Main

Clausen, Jens / Dresler, Klaus-D. / Eichenbrenner, Ilse (1996): Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie, Freiburg im Breisgau

DBSH (2000): Internationale Definition von „Was ist Sozialarbeit?“, http://www.dbsh.de/html/hauptteil_wasistsozialarbeit.html, letzter Zugriff: 08.07.2006

Dörner, Klaus / Plog, Ursula / Teller, Christine / Wendt, Frank (2002):
Irren ist menschlich, Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie, Bonn

Dörr Margret (2005): Soziale Arbeit in der Psychiatrie, München

DWDS - Das digitale Wörterbuch der deutschen Sprache,
<http://www.dwds.de>, letzter Zugriff: 01.07.2006

Egger, Rudolf (2005): Qualitative Sozialforschung in der
Erziehungswissenschaft – Ein systematischer Überblick. In: Stiger,
Hubert / Reicher, Hannelore (Hrsg.) (2005): Praxisbuch Empirische
Sozialforschung in den Erziehungs- und Bildungswissenschaften,
Innsbruck

Engel, Klaus / Jacoby, Georg E. (1996): Therapeutischer Umgang mit
der sozialen Realität, Sozialtherapeutische Ansätze in der stationären
Behandlung. In: Herzog, Wolfgang / Munz, Dietrich / Kächele, Horst
(1996): Analytische Psychotherapie bei Essstörungen, Therapieführer,
Stuttgart

Geißler-Piltz, Brigitte / Mühlum, Albert / Pauls, Helmut (2005): Klinische
Sozialarbeit, München

Gerlinghoff, Monika / Backmund, Herbert / Mai, Norbert (1997):
Magersucht und Bulimie, Verstehen und bewältigen, Weinheim

Gerlinghoff, Monika / Backmund, Herbert (1999): Wege aus der
Essstörung, Stuttgart

Gögercin, Süleyman (1999): Jugendsozialarbeit, Eine Einführung,
Freiburg im Breisgau

Habermas, Tilmann (1994): Zur Geschichte der Magersucht, eine medizinpsychologische Rekonstruktion, Frankfurt

Habermas, Tilmann (2000): Liegt wirklich an der Werbung? In: Gastpar, Markus / Remschmidt, Helmut / Senf, Wolfgang Hrsg. (2000): Essstörungen, Neue Erkenntnisse und Forschungsperspektiven, Sternenfels

Herzog, Thomas / Zeeck, Almuth: Stationäre psychodynamisch orientierte Therapie bei Anorexie und Bulimie. In: Reich, Günter / Cierpka, Manfred Hrsg (2001) Psychotherapie bei Essstörungen, Krankheitsmodell und Therapiepraxis – störungsspezifische und schulenübergreifend, Stuttgart

Hurrelmann, Klaus (1990): Familienstress, Schulstress, Freizeitstress. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche, Weinheim

IFSW – international federation of social workers (2005): Definition von Sozialarbeit (germain version), <http://www.ifsw.org/en/p38000409.html>, letzter Zugriff: 20.07.2006

Katschnig, Heinz / Denk, Peter / Weibold, Barbara (2003): Evaluation des Niederösterreichischen Psychiatrieplanes 1995, Endbericht, Wien

Kirchweiger, Sonja / Krejcar, Helene (1998): Sozialarbeit – Kompetenz im multiprofessionellen Team. In: Boissl, Karl Werner / Kepplinger, Berthold / Schmid, Horst Hrsg. (1998): Psychiatrie Heute, Amstetten-Linz

Kirchweiger, Sonja (2004): 25 Jahre „Sozialarbeit im Krankenhaus“, In: Klinikforum, Ausgabe 8/04, Landesklinikum Mostviertel Amstetten-Mauer

Kraus, Björn (ohne Jahr): Lebenswelt und Lebensweltorientierung – eine begriffliche Revision als Angebot an eine systemisch-konstruktivistische Sozialarbeitswissenschaft,
<http://www.sozialarbeit.ch/dokumente/lebensweltorientierung.pdf>, letzter Zugriff: 02.07.2006

Kreisky, Eva (2002): Hermeneutik, Thesen, Themen und Materialien zur 6. Vorlesungseinheit vom 14.11.2002,
http://evakreisky.at/onlinetexte/nachlese_hermeneutik.php, letzter Zugriff: 09.07.2006

Kröger, Friedebert / Bergmann, Günther / Herzog, Thomas / Petzold, Ernst (1996): Familientherapie. In: Herzog, Wolfgang / Munz, Dietrich / Kächele, Horst (1996): Analytische Psychotherapie bei Essstörungen, Therapieführer, Stuttgart

Leitner, Anton (2001): Die therapeutische Beziehung – Möglichkeiten, Wirkfaktoren und Grenzen, <http://www.donau-uni.ac.at/de/studium/fachabteilungen/umwelt/zentrum/psymed/studienangebot/psy/plus/01081/therapbeziehg.pdf>, letzter Zugriff: 15.07.2006

Matter, Helene (1999): Sozialarbeit mit Familien, Eine Einführung, Bern, Stuttgart, Wien

Mehta, Gerda / Rückert, Klaus Hrsg. (2002): Bindungen – verlässliche Begleiter durchs Leben. In: Mehta, Gerda / Rückert, Klaus Hrsg. (2002): Bindungen Brüche Übergänge, Beziehungen und ihre Veränderungen in unterschiedlichen Lebensphasen, Wien

Miller, Alice (1983): Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst, Frankfurt am Main

Molitoris, Klaus (1996); Kranksein, Gesundsein – in sozialpädagogischer Perspektive. In: Blanke, Uwe (Hrsg.) (1996): Der Weg entsteht beim Gehen, Sozialarbeit in der Psychiatrie, Bonn

Mollenhauer, Klaus (2001): Einführung in die Sozialpädagogik, Probleme und Begriffe der Jugendhilfe, Weinheim und Basel

Niederhofer, Helmut (2004): Das Familienklima mit anorektischen Kindern und gesunden Kontrollen im Vergleich, erschienen in: Heilpädagogik. Fachzeitschrift der Heilpädagogischen Gesellschaft Österreich, Heft 1, Wien

Nußbeck, Susanne (2006): Einführung in die Beratungspsychologie, München

Österreichischer Berufsverband Der SozialarbeiterInnen (2004): Handlungsfelder der Sozialarbeit, Wien, www.sozialarbeit.at, letzter Zugriff: 26.05.2006

Palazzoli, Mara Selvini (1998): Magersucht, Von der Behandlung einzelner zur Familientherapie, Stuttgart

Pantucek, Peter (2001): Erfolg und Misserfolg in der Arbeit mit Kindern und Familien oder Von der Kunst des Navigierens in hochkomplexe Wirklichkeiten. Referat auf der Fachtagung „Erziehungserfolg sichern – Mission impossible? von Rettet das Kind Niederösterreich. In: Rettet das Kind Niederösterreich (Hrsg.): Tagungsdokumentation, Judenau.

Pantucek, Peter (2005): Soziale Diagnostik, Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit, Wien Köln Weimar

Petermann, Franz / Warschburger, Petra (1999): Kinderrehabilitation: Grundbegriffe, Aufgabenfelder und Ziele. In: Petermann, Franz / Warschburger, Petra (1999): Kinderrehabilitation, Göttingen

Pudel, Volker: Ernährung – Gewicht – Diät. Die Mythen und Fakten. In: Reich, Günter / Cierpka, Manfred Hrsg. (2001) Psychotherapie der Essstörungen, Krankheitsmodell und Therapiepraxis – störungsspezifische und schulenübergreifend, Stuttgart

Reich, Günter (2001): Psychodynamische Aspekte der Bulimie und Anorexie. In: Reich, Günter / Cierpka, Manfred Hrsg. (2001) Psychotherapie der Essstörungen, Krankheitsmodell und Therapiepraxis – störungsspezifische und schulenübergreifend, Stuttgart

Reich, Günter (2003): Familientherapie der Essstörungen, Göttingen

Remschmidt, Helmut Hrsg. (2000): Kinder- und Jugendpsychiatrie, Eine praktische Einführung, Stuttgart

Remschmidt, Helmut / Schmidt, Martin / Poustka, Fritz (2001): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO, Bern

Salomon, Alice (1928): Soziale Diagnose, Berlin

Schilling, Johannes (2005): Soziale Arbeit, Geschichte, Theorie, Profession, München

Schmeck, Klaus (1998): Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Schmeck, Klaus / Poustka, Fritz / Katschnig, Heinz Hrsg (1998): Qualitätssicherung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Wien New York

Schors, Rainer / Huber, Dorothea (1996): Symptomorientierte Therapie der Anorexie und Bulimie. In: Herzog, Wolfgang / Munz, Dientrich / Kächele Horst (1996): Analytische Psychotherapie bei Essstörungen, Therapieführer, Stuttgart

Schütz, Alfred / Luckmann, Thomas (2003): Strukturen der Lebenswelt, Konstanz

Senf, Wolfgang / Herpertz, Stephan / Johann, Bernd (1996): Stationäre psychodynamische Therapie. In: Herzog, Wolfgang / Munz, Dientrich / Kächele, Horst (1996): Analytische Psychotherapie bei Essstörungen, Therapieführer, Stuttgart

Spiegel, Hiltrud von (2006): Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit, München

Stangl-Thaller, Werner (2006): Arbeitsblätter, <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/ERZIEHUNGSWISSENSCHAFTGEIST/Hermeneutik.shtml>, letzter Zugriff: 09.07.2006

Steil, Lyman K. / Summerfield, Joanne / DeMare, George (1986): Aktives Zuhören, Eine Anleitung zur erfolgreichen Kommunikation, Heidelberg

Stimmer, Franz (2006): Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit, Stuttgart

Strauss, Anselm / Corbin, Juliet (1996): Grounded Theory, Grundlagen Qualitativer Sozialforschung, Weinheim

Thiersch, Hans (1993): Strukturierte Offenheit, Zur Methodenfrage einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit. In: Rauschenbach, Thomas / Ortmann, Friedrich / Karsten, Maria-Eleonora, Hrsg. (1993): Der

sozialpädagogische Blick, Lebensweltorientierte Methoden in der Sozialen Arbeit, Weinheim und München

Thiersch, Hans (2002): Positionsbestimmungen in der Sozialen Arbeit, Gesellschaftspolitik, Theorie und Ausbildung, Weinheim und München

Tölle, Rainer / Windgassen, Klaus (2006): Psychiatrie, Heidelberg

Watzlawick, Paul / Beavin, Janet H. / Jackson, Don D. (2003): Menschliche Kommunikation, Formen Störungen Paradoxien, Bern

WDR (2005): Stichtag, Zuwendung mit Gewalt, <http://www.wdr.de/themen/kultur/stichtag/2005/03/13.jhtml>, letzter Zugriff: 25.07.2006

Weber, Max (1980): Wirtschaft und Gesellschaft, Grundriss der verstehenden Soziologie, Tübingen

Wendt, Wolf Rainer (2002): Praxisfelder klinischer Sozialarbeit. In: Dörr, Margarete Hrsg. (2002): Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse, Hohengehren

WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?Print, letzter Zugriff: 26.06.2006

WHO (2005): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Helsinki, <http://www.euro.who.int/document/mnh/gbrief14.pdf>, letzter Zugriff: 11.07.2006

Wiener Zeitung (1998): Wir fressen alle zuviel. Ein Gespräch mit dem Psychiater Professor Peter Gathmann über die komplexe Problematik der Essstörungen.

<http://2005.wienerzeitung.at/Desktopdefault.aspx?TabID=3946&Alias=wzo&lexikon=Essen&letter=E&cob=7196>, letzter Zugriff: 04.08.2006

Wirl, Charlotte (2002): Verlustängste bei Kindern und Jugendlichen. In: Mehta, Gerda / Rückert, Klaus Hrsg. (2002): Bindungen Brüche Übergänge, Beziehungen und ihre Veränderungen in unterschiedlichen Lebensphasen, Wien

Witterstätter, Kurt (2002): Soziale Beziehungen, Gesellschaftswissenschaftliche Grundlagen für die Soziale Arbeit, Neuwied

Wustmann, Corina (2005): Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung,
http://www.forumbildung.de/templates/imfokus_inhalt.php?artid=459&start=0&str1=wustmann&str2=&str3=&lib=&art=&details=, letzter Zugriff: 05.08.2006

Zipfel, Stephan / Herzog, Wolfgang (2000): Von der Sucht, mager zu ein, Heidelberg, http://www.uni-heidelberg.de/presse/ruca/ruca3_2000/zipfel-herzog.html, letzter Zugriff: 06.06.2006

Andere verwendete Quellen

Beobachtungsprotokoll „Begleitetes Essen“ vom 07.02.2006

Gesprächsprotokoll „Gespräch mit Gabis Vater“ vom 24.03.2006

Krankengeschichten von Gabi und Günter

Stellenbeschreibung „Sozialarbeit im Krankenhaus“ 2005

Telefonprotokoll „Anruf von Günters Vater“ vom 30.03.2006

Thessa, Brief an die Abteilung, „Hallihallo liebes Mauer-Team!“ vom 30.07.2006

Abkürzungsverzeichnis

AKH	Allgemeines Krankenhaus
DBSH	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.
DWDS	Das digitale Wörterbuch der deutschen Sprache
ebd.	ebenda
et al.	et altera
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IFSW	international federation of social workers
m. E.	meines Erachtens
NÖ	Niederösterreich
o.J.	ohne Jahr
o.P.	ohne Seitenangabe
vgl.	vergleiche
WDR	Westdeutscher Rundfunk
WHO	world health organisation
z. B.	zum Beispiel
zit. in	zitiert in

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Beziehungsgestaltung	29
Abb. 2: Kommunikationsgestaltung	29
Abb. 3: Macht	38
Abb. 4: Trennung	38
Abb. 5: Grenzüberschreitung	38

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Sonja Kirchweger, geboren am 21.09.1965 in Zwettl, erkläre,

dass ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,

dass ich meine Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

St. Martin, am 02.09.2006

Unterschrift