



# MAS THESIS

Gesellschaftliche Einflüsse in der Beratung von  
Jugendlichen mit Anorexia nervosa

Dominique Plattner  
dominique.plattner@gmx.ch  
079 688 76 99

Eingereicht bei: Prof. Dr. Martina Hörmann

Hochschule für Soziale Arbeit FHNW  
Olten

MAS Systemisch-lösungsorientierte  
Kurzzeitberatung

November 2024

## **Abstract**

In der Sozialen Arbeit werden Probleme oft der individuellen Ebene zugeschrieben, ohne zu berücksichtigen, dass diese Probleme in gesellschaftliche Strukturen eingebettet sind (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 59). So auch das Thema Essstörungen, die Lebenszeitprävalenz dafür ist mit 3.5% in der Schweiz um ein Prozent höher als im europäischen Durchschnitt (vgl. Schnyder et al. 2012: 32ff). Diese MAS Thesis geht davon aus, dass dies nicht nur durch individuelle Faktoren bedingt ist und nimmt das System Gesellschaft in den Blick. Mit der Eingrenzung auf Anorexia nervosa im Jugendalter entsteht folgende Fragestellung:

Wie können gesellschaftliche Einflussfaktoren, wie Schönheitsideale, in der Beratung von Jugendlichen mit Anorexia nervosa gewinnbringend berücksichtigt werden?

Als Methode wird eine Literaturrecherche gewählt. Es gibt viel Literatur zu den einzelnen Bausteinen dieser Arbeit, wie Anorexia nervosa, Beratung bei Essstörungen sowie zum Jugendalter. Bislang gibt es wenig fachlichen Diskurs, der bei Essstörungen die Ebene der Gesellschaft mit einbezieht (vgl. Klotter 2015: 1ff). Diese MAS Thesis schafft einen solchen Diskurs. Gesellschaftliche Einflussfaktoren werden herausgearbeitet und in den Kontext von Beratung für Jugendliche mit Anorexia nervosa gesetzt. Es entstehen Empfehlungen, wie die gesellschaftlichen Einflussfaktoren in der Beratung und im Gruppenkontext gewinnbringend berücksichtigt werden können.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungs- und Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>0</b>
<b>1. Einleitung.....</b>	<b>1</b>
1.1 Ausgangslage .....	1
1.2 Zielsetzung und Fragestellung .....	2
1.3 Methode des Erkenntnisprozesses .....	3
<b>2. Anorexia nervosa .....</b>	<b>3</b>
2.1 Definition Anorexia nervosa.....	3
2.2 Therapieansätze mit empirischer Wirksamkeit .....	8
2.3 Spezifika im Jugendalter .....	12
2.4 Zwischenfazit .....	16
<b>3. Gesellschaftlicher Bezug.....</b>	<b>18</b>
3.1 Gesellschaft als System .....	18
3.1.1 Systemtheoretische Bezüge .....	19
3.1.2 Beratung im System Gesellschaft.....	20
3.1.3 Entwicklungsaufgaben im Kontext von Gesellschaft .....	24
3.2 Schönheitsideale und Körperbild in gesellschaftlichem Kontext .....	26
3.2.1 Historisch betrachtet .....	26
3.2.2 Aktuelle Situation .....	28
3.2.3 Einfluss der Medien auf Schönheitsideal und Körperbild .....	37
3.3 Zwischenfazit .....	42
<b>4. Schlussfolgerungen.....</b>	<b>44</b>
4.1 Einzelsetting.....	44
4.2 Gruppenangebote .....	49
4.3 Fazit.....	52
<b>5. Reflexion und Ausblick.....</b>	<b>56</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>59</b>
<b>HSA FHNW Eigenständigkeitserklärung für Leistungsnachweise .....</b>	<b>67</b>

## **Abbildungs- und Tabellenverzeichnis**

Tab. 1: Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa (eigene Darstellung in Anlehnung an Herpertz-Dahlmann 2022: 15; Wunderer 2015: 35)

Abb. 1: Perzentilienkurve für den Body-Mass-Index von Mädchen (vgl. Kromeyer-Hauschild et al. 2001: o.S.)

Abb. 2: Systemisches Modell arbeitsweltbezogener Beratung (vgl. Schiersmann/ Weber 2013: 30)

# 1. Einleitung

## 1.1 Ausgangslage

Die aktuellsten Zahlen zur Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz stammen aus dem Jahr 2010 (vgl. Schnyder et al. 2012: 32). Diese zeigen eine Lebenszeitprävalenz von 3.5%, sowie eine 12-Monatsprävalenz von 1.1%, für eine der Hauptessstörungen Anorexia nervosa, Bulimie nervosa und Binge-Eating-Störung. Die Lebenszeitprävalenz für Anorexia nervosa liegt bei 1.2%. Die Lebenszeitprävalenz für Essstörungen liegt in der Schweiz über dem europäischen Durchschnitt von 2.5%. Hierbei wird von einem Zusammenhang ausgegangen, dass in der Schweiz gesunde Ernährung sowie schlanke Körper besonders wertgeschätzt werden und der Gesellschaftsdruck entsprechend hoch ist (vgl. ebd.:32ff). Mehrere Studien belegen, dass das von westlich geprägten Kulturen idealisierte Schlankeitsideal, verbunden mit restriktiven Essverhalten ein erhöhtes Risiko birgt an Anorexia nervosa zu erkranken (vgl. Jacobi et al. 2004: 19ff; Stice 2002b: 103ff; Stice/Whitenton 2002: 669ff; Striegel-Moore/ Bulik 2007: 181ff). Dies deutet daraufhin, dass die Problematik nicht nur der individuellen Ebene zugeschrieben werden kann, sondern die gesellschaftlichen Strukturen sowie die sozialen Systeme in die sie eingebettet ist mitberücksichtigt werden muss (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 47). Das Ersterkrankungsalter liegt bei 20-40% der von Anorexia nervosa Betroffenen in der Adoleszenz. In dieser Altersgruppe ist die Anorexia nervosa die dritthäufigste chronische Erkrankung und hat das höchste Sterberisiko unter den psychiatrischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen (vgl. Liechti/ Liechti-Darbellay 2020: 70). Diese MAS Thesis wird sich, auf Beratungsebene, mit den gesellschaftlichen Einflussfaktoren, wie dem Schönheitsideal, auf die Erkrankung Anorexia nervosa bei Jugendlichen befassen. Die Dringlichkeit sich mit der Thematik der Essstörungen zu befassen, hat sich seit der COVID-19-Pandemie nochmals deutlich verstärkt, so wurden in den Jahren 2020 und 2021 ein Anstieg der Essstörungsrate um 30% verzeichnet (vgl. Haddad et al: 2022: 13). Aktuell fehlen dazu empirische Belege zur Lage in der Schweiz. Es kann jedoch von einer Zunahme ausgehen, auch ohne aktuelle Daten aus der Schweiz, da die Zahl der von Anorexia nervosa Betroffenen mit Beginn der COVID-19-Pandemie weltweit zugenommen hat (vgl. Devoe et al: 2023: o.S.). Aktuell beziehen sich viele Fachbücher in der Thematik Essstörungen auf die individuelle Ebene, die Mikro-Ebene, und sind aus der Perspektive von Psychotherapeut:innen verfasst. Diese MAS Thesis wird sich mit dem Einfluss der Makro-Ebene, der Gesellschaft, auf die Erkrankung Anorexia nervosa bei Jugendlichen befassen, aus der Perspektive Beratung in der Sozialen Arbeit.

## 1.2 Zielsetzung und Fragestellung

Oft wird in der Sozialen Arbeit ein Problem der individuellen Ebene zugeschrieben, ohne zu berücksichtigen, in welche gesellschaftlichen Strukturen oder sozialen Systeme das Problem eingebettet ist (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 47ff). Dadurch wird in der Beratung oft nur mit dem Individuum oder dem Mikrosystem Familie gearbeitet. Neuere Literatur zeigt den Bedarf, das Makrosystem, die Gesellschaft, in die Beratung mit einzubeziehen. Ein besseres Verständnis der Thematik im Makrosystem kann dazu verhelfen, den eingeschränkten Blick auf das Individuum zu erweitern. Bereits in der Ausgangslage dieser Arbeit wird ersichtlich, dass die gesellschaftliche Einbettung auf Essstörungen und spezifischer die Erkrankung Anorexia nervosa Einfluss hat. Aus dieser Erkenntnis ist folgende Fragestellung entstanden:

Wie können gesellschaftliche Einflussfaktoren, wie Schönheitsideale, in der Beratung von Jugendlichen mit Anorexia nervosa gewinnbringend berücksichtigt werden?

Die Fragestellung wird aus mehreren Gründen auf Jugendliche eingegrenzt. Die Entwicklungsphase der Jugend bringt mit verschiedenen Entwicklungsaufgaben Risiken mit sich. Weiter liegt das Ersterkrankungsalter bei 20-40% der Betroffenen in der Adoleszenz und Jugendliche sind bereits neueren gesellschaftlichen Faktoren ausgesetzt, wie beispielsweise dem Zugang zu sozialen Medien (vgl. Liechti/ Liechti-Darbellay 2020: 70; vgl. Wunderer 2015: 95ff). Die Begrenzung auf Anorexia nervosa ergibt sich daraus, dass die einzelnen Essstörungen alle ihre Besonderheiten mitbringen und der Umfang der MAS Thesis nicht ausreicht, allen individuell gerecht zu werden. Zudem begegnet diese Essstörung der Autorin in der Praxis am häufigsten und eine Vertiefung darin ist für die Autorin gewinnbringend. Um die Fragestellung tiefgehend beantworten zu können, werden folgende Unterfragen gestellt:

- Welche Beratungsansätze erweisen sich, gemäss Empirie, als wirksam in der Beratung von Anorexia nervosa?
- Welche Besonderheiten sind bei der Erkrankung Anorexia nervosa im Jugendalter zu berücksichtigen?
- Wie wirkt sich das System Gesellschaft auf das Schönheitsideal und Körperbild der Jugendlichen aus?
- Welche gesellschaftlichen Einflussfaktoren sind relevant für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Anorexia nervosa?
- Wie können die relevanten gesellschaftlichen Einflussfaktoren, wie Schönheitsideale mit den wirksamen Beratungsansätzen in Bezug gesetzt werden, um die Jugendlichen in der Beratung gewinnbringend unterstützen zu können?

### **1.3 Methode des Erkenntnisprozesses**

Als Methode wird die Literaturarbeit gewählt. Zur Behandlung von Essstörungen gibt es zahlreiche Veröffentlichungen im Fachdiskurs und etliche Ansätze. In der Arbeit wird die relevante Literatur zur Behandlung von Essstörungen und zu gesellschaftlichen Aspekten, sowie der systemischen Beratung beigezogen. Es wird definiert was das System Gesellschaft und die gewählten Einflussfaktoren ausmacht. Danach wird das Wissen zu Anorexia nervosa mit Beratungswissen und mit dem Verständnis von Gesellschaft und der Relevanz des Systems Gesellschaft in Bezug gesetzt. Dies, um für die Praxis herauszuarbeiten, wie das gewonnene Wissen gewinnbringend in der Beratung von Jugendlichen mit Anorexia nervosa angewendet werden kann. Dies wird mit dem Ziel verfolgt, Empfehlungen für Professionelle der Sozialen Arbeit oder anderen beratenden Professionen zu erstellen und das notwendige Fachwissen zugänglich zu machen.

## **2. Anorexia nervosa**

In diesem Kapitel wird erst die Anorexia nervosa genauer definiert. Es werden aktuelle Diagnosekriterien beleuchtet, bei Erwachsenen und spezifischer bei Jugendlichen. Danach werden verschiedene Behandlungsansätze vorgestellt, deren Wirksamkeit empirisch belegt ist. Da der Fokus dieser Arbeit auf den Jugendlichen liegt, wird auf die Spezifika bei der Therapie von Jugendlichen eingegangen. Als Letztes wird ein Zwischenfazit dieses Kapitels erstellt.

### **2.1 Definition Anorexia nervosa**

Bei Anorexia nervosa handelt es sich um eine Essstörung. Gemäss der ICD-10, der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme in der 10. Revision, sind Essstörungen lebensbedrohliche psychosomatische Erkrankungen. Der Umgang mit Essen und das Verhältnis zum eigenen Körper sind dabei gestört (vgl. DIMDI o.J.: o.S.). Die medizinische Diagnostik unterliegt einem steten Wandel. Die in dieser Arbeit verwendete Literatur stützt sich mehrheitlich auf die ICD-10, die aktuell noch gültige Fassung. Ab 01. Januar 2022 trat international die ICD-11 in Kraft, aktuell ist noch kein Veröffentlichungsdatum für die deutsche Fassung bekannt. Man geht von einer Übergangsfrist von 5 Jahren aus (vgl. Häffner/ Erbas 2022: 2). Neben der ICD-10 resp. 11, ist für die Diagnostik von Anorexia nervosa ein weiteres Instrument von zentraler Bedeutung. Die aktuellste Version des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen, das DSM-5, der American Psychiatric Association von 2013 (vgl. Wunderer 2015: 34).

Diese Arbeit wird sich, wie die aktuell gängige Literatur, hauptsächlich auf die ICD-10 beziehen. Wenn ein anderes Instrument verwendet wird, wird darauf verwiesen. Um die Unterschiede der verschiedenen Klassifikationssysteme aufzuzeigen, werden in der folgenden Tabelle die diagnostischen Kriterien nach ICD-10, ICD-11 sowie DSM-5 aufgeführt.

DSM-5 (307.1)	ICD-10 (F 50.0)	ICD-11 (6B80)
<p>A. Eingeschränkte Energieaufnahme, die zu einem signifikant niedrigen Körpergewicht im Verhältnis zum Alter, Geschlecht, Entwicklung und körperlicher Gesundheit führt.</p> <p>B. Erhebliche Gewichtsphobie oder permanentes Verhalten, das trotz zu niedrigem Gewicht einer Gewichtszunahme entgegensteht.</p> <p>C. Körperschemastörung, unangemessener Einfluss von Figur und Gewicht auf das Selbstwertgefühl oder fehlende Einsicht, die Gefährdung durch das niedrige Gewicht zu erkennen.</p> <p>- Typ restriktiv: Gewichtsverlust durch reduzierte Nahrungszufuhr, exzessive körperliche Aktivität ohne weitere aktiven Massnahmen zur Gewichtsreduktion</p> <p>- Typ Binge eating/ Purging: rezidivierende Heisshungeranfälle, selbstinduziertes</p>	<p>1. Tatsächliches Körpergewicht mind. 15% unter dem erwarteten Gewicht (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder Body-Mass-Index (BMI) von 17.5 kg/m<sup>2</sup> oder weniger.</p> <p>2. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch:</p> <p>a. Vermeidung von hochkalorischen Speisen sowie eine oder mehrere der folgenden Verhaltensweisen:</p> <p>b. Selbst induziertes Erbrechen</p> <p>c. Selbst induziertes Abführen</p> <p>d. Übertriebene körperliche Aktivität</p> <p>e. Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika</p> <p>3. Körperschemastörung in Form einer spezifischen Störung: die Angst, zu dick zu werden, besteht als eine tief verwurzelte überwertige Idee; die Betroffenen legen sich eine sehr niedrige</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signifikant niedriges Körpergewicht im Verhältnis zu Grösse, Alter, Entwicklungsstand und Gewichtsanamnese (nicht bedingt durch Nahrungsmittelmangel oder einen anderen medizinischen Grund) oder bei Kindern und Jugendlichen eine für die altersgemässe Entwicklung unzureichende Gewichtszunahme.</li> <li>• Gewichtsschwellenwert: BMI &lt;18.5 kg/m<sup>2</sup> bei Erwachsenen bzw. &lt; 5. BMI-Perzentile bei Kindern und Jugendlichen.</li> <li>• Alternativ: rapider Gewichtsverlust von mehr als 20% des Ausgangsgewichtes (innerhalb von 6 Monaten)</li> <li>• Durchgehende Nahrungsrestriktion oder andere Verhaltensweisen zum Erhalt oder Erreichen eines niedrigen Gewichtes, ausgeprägte Gewichtsphobie, exzessive motorische Aktivität, Purging-Verhalten oder</li> </ul>

<p>Erbrechen, Abführmittelmissbrauch.</p>	<p>Gewichtsschwelle für sich selbst fest.</p> <p>4. Eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse.</p> <p>5. Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt.</p>	<p>Einnahme von Medikamenten zur Erreichung der Gewichtsreduktion.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Überbewertung des niedrigen Gewichtes, Einstufung des zu niedrigen Gewichtes als normal, ständige Überprüfung des Gewichtes u./o. des Aussehens durch Wiegen, Spiegelkontrollen etc.: oder Vermeidung der Konfrontation mit dem eigenen Aussehen/ Gewicht durch weite oder übergrosse Kleidung, keine Kenntnis des eigenen Gewichtes.</li> </ul>
---	--	--

Tab. 1: Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa (vgl. Herpertz-Dahlmann 2022: 15; Wunderer 2015: 35)

Psychosoziale Essstörungen werden gemäss Liechti und Liechti-Darbellay (2020: 61) als „Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren“ definiert. In Bezug auf die Essstörungen ist hier folgende Abgrenzung wichtig: Übergewicht und Adipositas zählt, in den gängigen Diagnoseinstrumenten, nicht zu den Essstörungen. Adipositas bedeutet Fettleibigkeit, was in erster Linie auf starkes Übergewicht und nicht auf eine psychogene Störung hindeutet (vgl. Liechti/ Liechti-Darbellay 2020: 61f). Aus diesem Grund wird Adipositas im ICD-10 nicht unter den psychischen Störungen gelistet, sondern im Kapitel IV „Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“ (vgl. DIMDI o.J.: o.S.). Die Essstörungen werden im ICD-10 nicht zu den Suchterkrankungen gezählt, weisen nach Wunderer, Borse und Schnebe (2012: 144ff) aber durchaus Suchtcharakter auf. Die Anorexia nervosa wird in der ICD-10 in verschiedene Unterkategorien eingeteilt (vgl. Häffer/ Erbas 2022: 3). Diese Unterteilung ist für den Fokus dieser Arbeit nicht relevant und wird daher nicht weiter ausgeführt.

Wesentlich für eine Anorexia nervosa ist das Fehlen einer primären körperlichen Ursache. Neben dem meist klar sichtbaren Untergewicht, sind die typischen Merkmale, eine starke Gewichtsabnahme durch die Vermeidung von hochkalorischen Speisen (durch Fasten, Diäten oder Hungern), durch den Gebrauch von Appetitzüglern und/ oder Diuretika, durch selbstinduziertes Abführen, Erbrechen oder durch exzessive körperliche Aktivität (vgl. Liechti/ Liechti-Darbellay 2020: 50). Neben dem auffälligen Essverhalten entwickeln die Klient:innen eine Körperschemastörung. Heikle Körperstellen, wie beispielsweise Oberschenkel, Bauch und Po, werden stark verzerrt wahrgenommen. Die Verzerrung des Körperschemas ist eng verbunden mit einem verminderten Selbstwertgefühl (vgl. Shisslak et. al 1998: 301ff). Unabhängig vom Geschlecht und vom Körpergewicht besteht eine massive Angst vor dem Essen oder einer Gewichtszunahme, auch als Gewichtsphobie bezeichnet (vgl. Liechti/ Liechti-Darbellay 2020: 47). Nach Liechti und Liechti-Darbellay (2020: 46) weisen Klient:innen pathologische Ängste in Bezug auf den Kontrollverlust beim Verlassen ihrer eingespielten Essrituale auf. Obwohl die Klient:innen durch die Unter- und Fehlernährung oft massive körperliche Einschränkungen erleben, haben viele einen Drang sich exzessiv körperlich anzustrengen, dies wird auch als pathologischer Bewegungsdrang bezeichnet (vgl. Liechti/ Liechti-Darbellay 2020: 53).

Ist der Krankheitsbeginn vor der Pubertät, präpubertäre Anorexia nervosa, besteht das erhebliche Risiko, dass wegen der Unterernährung der normale Wachstumsschub ausbleibt, was mit dem Risiko eines irreversiblen Kleinwuchses verbunden sein kann (vgl. Liechti/ Liechti-Darbellay 2020: 50). Der unterdrückte sexuelle Reifungsprozess, der dadurch entsteht, kann bei Mädchen zu einer primären Amenorrhoe (Ausbleiben der Menarche) und fehlendem Brustwachstum führen, bei Jungen zu kindlich bleibenden Genitalien. Ab dem Jugendalter kann das Untergewicht zu endokrinen Störungen führen, bei weiblichen Personen zum permanenten Ausfall der Menstruation (sekundäre Amenorrhoe) und bei männlichen Personen zu Libido- und Potenzverlust (vgl. ebd.: 50).

Im DSM-4, das 2013 durch das DSM-5 abgelöst wurde, sowie in der aktuellen ICD-10, ist gemäss Liechti und Liechti-Darbellay (2020: 63) noch die Krankheitsverleugnung aufgeführt. Diese korreliert hochgradig mit der Therapieresistenz. Der Begriff wird als Weigerung definiert. Er verweist dabei auf maladaptive Copingmechanismen. Im DSM-5 kommen sämtliche Formulierungen, die der Klientel absichtliches oder willkürliches Verhalten, eine Absicht, vorwerfen nicht mehr vor (vgl. Liechti/ Liechti-Darbellay 2020: 63). Die „Gewichtsphobie“ wird trotz Kritik beibehalten (vgl. Wunderer 2015: 36). Die Kritik bezieht sich darauf, dass von einer Kulturabhängigkeit betreffend der „Gewichtsphobie“ berichtet wird (vgl. Hsu/ Lee 1993: 1466ff). Demzufolge wird die „Gewichtsphobie“ in asiatischen Ländern seltener angetroffen.

Dies legt nahe, dass es neben modischem Diätverhalten und der Gewichtspubie weitere Gründe für die Entstehung einer Anorexia nervosa gibt (vgl. Liechti/ Liechti-Darbellay 2020: 62). Ein weiterer Unterschied ist, dass im DSM-5 die Gewichtsgrenze (vormals BMI von maximal 17.5 kg/m<sup>2</sup> bzw. weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts) entfällt. Dies wird ersetzt durch eine offenere Formulierung (vgl. Wunderer 2015: 34). Gemäss Thomas, Roberto und Brownell (2009: 833ff) gab es bei der bisherigen Formulierung, betreffend der Gewichtsgrenze keinen klinischen Konsens. Eine Studie von Brown, Holland und Keel (2014: 76ff), die sich mit der Operationalisierung der neuen DSM-5-Kriterien befasst, empfiehlt für Erwachsene eine Gewichtsgrenze von 18.5 kg/m<sup>2</sup> zu wählen. In der ICD-11 wird die Grenze für den BMI ebenfalls bei 18.5 kg/m<sup>2</sup> festgesetzt, in der ICD-10 liegt die Grenze bei 17.5 kg/m<sup>2</sup> (vgl. Herpertz-Dahlmann 2022: 15). Eine bedeutsame Veränderung vom DSM-4 und ICD-10 zu den neueren Versionen ist sicherlich der Wegfall des Amenorrhoe-Kriteriums. Dies wird weggelassen, da es auf männliche Jugendliche und prämenarchale junge Frauen, die Kontrazeptiva einnehmen, nicht angewendet werden kann (vgl. Herpertz-Dahlmann 2022: 15). Es bleibt offen, wie sich der klinische Diskurs weiterentwickelt. Generell geht man davon aus, dass einer von zehn Betroffenen männlich ist, es wird aber angenommen, dass eine hohe Dunkelziffer besteht, unter anderem da die gängigen Messinstrumente anhand der typisch weiblichen Symptomatik entwickelt wurden (vgl. Wunderer 2015: 39).

Für die Diagnose Anorexia nervosa wird eine hohe Komorbidität festgestellt (vgl. Steinhausen 2002: 1248ff). Zu diesen Komorbiditäten zählen folgende: 25.5% für Angststörungen, 24.1% für affektive Störungen, 12.1% für Zwangsstörungen und 6.4% für Schizophrenie (vgl. ebd.:1248ff). In anderen Studien wird der Anteil für Major Depression und Dysthymia mit 50-75% angegeben, wobei die Reihenfolge des Auftretens uneinheitlich ist (vgl. Reich/ Cierpkka 1997: 68; Jacobi/ Pauli / Thiel 2004: 68). Herzog et al. (1995: 97ff) stellten bei einem Zehntel der Patientinnen eine Borderline-Persönlichkeitsstörung fest. Bei Klient:innen mit Anorexia nervosa, wird häufiger vereinzelt selbstverletzendes Verhalten beobachtet, dies verstärkt sich, durch die Verzweiflung in Folge einer Gewichtszunahme. Dieses Verhalten verbessert sich parallel zur Essstörung, wenn die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper abnimmt (vgl. Herpertz-Dahlmann 2022: 24). Gemäss Herpertz-Dahlmann (2022: 24) ist Suizid bei erwachsenen Patient:innen mit Anorexia nervosa die häufigste Todesursache. Einer grösseren Metaanalyse nach, auf die sie sich bezieht, ist die Prävalenz von Suizidversuchen bei Adoleszenten und Erwachsenen mit Anorexia nervosa je nach Unterkategorie der Erkrankung zwischen 10-25%. Dies wird mit der ausgeprägten Impulsivität der Klient:innen begründet, dass Risiko ist weiter erhöht, wenn zusätzlich eine Depression vorliegt (vgl. ebd.: 24).

Neben der hohen Komorbidität psychischer Erkrankungen, ist es relevant, die gravierenden medizinischen Folgen, die Anorexia nervosa mit sich bringen kann, zu berücksichtigen. Beispiele dafür sind:

- Osteoporose
- Störung der Nierenfunktion
- Herzproblemen (Bradykardie, Hypothonie, hypotone Kollapse, Ödeme, Herzrhythmusstörungen, Herzstillstand)
- Verstopfungen
- Zahlreiche Blutbild- und Elektrolytveränderungen
- Veränderung der Hirnfunktion

(vgl. Liechti/ Liechti-Darbellay 2020: 69)

Diese Befunde sind nicht spezifisch für Anorexia nervosa, sie können auch unter anderen Hungerzuständen auftreten. Liechti und Liechti-Darbellay (2020: 69) empfehlen Behandelnden mit oder ohne medizinische Ausbildung, bei jeder Behandlung von Anorexia nervosa, die Zusammenarbeit mit somatischen Fachpersonen. Dies vor allem auch zum medizinischen Monitoring im ambulanten Setting.

Zur Ursache der Anorexia nervosa gibt es viele Hypothesen. Eine breite wissenschaftliche Zustimmung findet die empirisch gut gesicherte Annahme, einer multifaktoriellen Ursache, die neurobiologische, genetische, (entwicklungs-)psychologische und soziale (gesellschaftliche, familiäre) Faktoren umfasst (vgl. Herzog/ Munz/ Kächele 2004: 70). Zu den bestdokumentierten Risikofaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Essstörung bei Mädchen und jungen Frauen zählen laut Guyot, Fairchild und Hill (1981: 105ff) sowie Stice (2002a: 825ff) ein internalisiertes Schlankheitsideal, das eng mit Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper korreliert, sowie ein daraus abgeleitetes Diät- oder gezügeltes Essverhalten.

## **2.2 Therapieansätze mit empirischer Wirksamkeit**

Gemäss Wunderer (2015: 149) brauchen Betroffene unabhängig vom Alter und Geschlecht oft mehrere Jahre um sich bezüglich ihrer Essstörung professionelle Unterstützung zu suchen. Es ist auch davon auszugehen, dass nur ein geringer Anteil der Betroffenen überhaupt professionelle Hilfe erhält, Männer noch seltener als Frauen (vgl. ebd.: 150). Wunderer (2015: 151) fasst aus verschiedenen Studien zusammen, dass maximal die Hälfte der Betroffenen professionelle Hilfe erhält und nur ein kleiner Teil davon spezifisch auf Essstörungen ausgerichtete Hilfe.

Hart et al. (2011: 727ff) sehen als Grund für die niedrige Inanspruchnahme, die niedrige und schwankende Motivation vieler Betroffener sowie das Betroffene und Angehörige über falsche Vorstellungen sowie unzureichendes Wissen bezüglich Essstörungen verfügen. Falsche Vorstellungen sowie unzureichendes Wissen, sind ebenso unter professionellen Helfer:innen verbreitet, sodass Essstörungen in der ärztlichen Versorgung nach wie vor oft unentdeckt bleiben. Bei einer finnischen Zwillingsstudie von Keski-Rahkonen et al. (2007: 1259ff), galt dies für fast die Hälfte der Betroffenen von Anorexia nervosa. Gemäss einer Untersuchung mit einer repräsentativen Stichprobe von mehr als 1'500 jungen Frauen in Deutschland wurde die Essstörung in der ärztlichen Primärversorgung nur in jedem fünften Fall diagnostiziert, obwohl entsprechende psychische oder physische Probleme, wie Depressionen, Gewichtsverlust, unregelmässige Menstruation, bekannt waren (vgl. Hach et al. 2005: 160ff). Reich, Witte-Lakemann und Kilius (2005: o.S.) kommen in einer Praxisstudie zur Beratung und ambulanten Versorgung von Mädchen und Frauen mit Essstörungen zum Schluss, dass Ärzt:innen sowie andere Multiplikator:innen noch stärker als bisher für die Anzeichen von Essstörungen zu sensibilisieren sind.

Nach dem jetzigen Stand der Therapieforschung kann kein einzelner Ansatz als Methode der Wahl empfohlen werden, es ist jedoch eine Beratung und Behandlung durch Fachkräfte anzustreben, die auf Essstörungen spezialisiert sind (vgl. Hay/ Claudino 2010: 452ff; Le Grange/ Locke 2005: 79ff; Treasure/ Claudino/Zucker 2010: 583ff; Watson/ Bulik 2013: 2477ff; Zeeck et al. 2011: 47ff). Auch einer Meta-Analyse von Zeeck et al. (2018: o.S.) nach ist in der Behandlung von Anorexia nervosa keine spezifische Methode den anderen überlegen. Gemäss Liechti und Liechti-Darbellay (2020: 90f) ist der aktuelle Stand zur wissenschaftlich abgestützten Therapie, trotz einer eindrucklichen Zunahme an Forschungstätigkeit zu Behandlungsmöglichkeiten von Anorexia nervosa weiterhin als ernüchternd beurteilen. Der Prozessforschung nach gibt es keinen einheitlichen Verlaufstypen, dadurch ist eine individuelle Prognose des Verlaufs weitgehend unmöglich. Dies führt dazu, dass der Frage nach der Differentialindikation die allerhöchste Relevanz eingeräumt wird (vgl. ebd.: 91).

Trotz der mangelnden Datenlage gibt es einige Leitlinien zum Thema und einzelne Behandlungsmethoden mit empirischer Wirksamkeit. Liechti und Liechti-Darbellay (vgl. 2020: 94) fassen Empfehlungen für die Behandlung von Anorexia nervosa aus verschiedenen Leitlinien zusammen. So sollen Behandlungen, unabhängig ob ambulant, teilstationär oder stationär, bei Behandelnden die Expertise im Fachgebiet mitbringen stattfinden. Die Behandlung soll störungsorientiert sein und körperliche Aspekte der Erkrankung sollen berücksichtigt werden. Weiter soll berücksichtigt werden, dass der Heilungsprozess in der Regel einen Zeitraum von mehreren Monaten, wenn nicht Jahren, in Anspruch nehmen wird.

Bei jungen Patient:innen (Kindern, Jugendlichen) sollen Sorgeberechtigte oder weitere Bezugspersonen in die Behandlung einbezogen werden. In der stationären Behandlung ist eine weitgehende Gewichtsrestitution anzustreben, es soll eine Gewichtszunahme von 500-1000g pro Woche angestrebt werden. Im ambulanten Setting soll eine Gewichtszunahme von 200-500g pro Woche angestrebt werden, Klient:innen sollen dabei regelmässig morgens um dieselbe Zeit gewogen werden. Unter Zwang solle eine Behandlung bei Anorexia nervosa nur nach Ausschöpfung aller anderer Massnahme inklusive der Kontaktaufnahme mit anderen Einrichtungen durchgeführt werden (vgl. ebd.: 94). Als Ziele der Behandlung von Anorexia nervosa definieren Holtkamp und Herpertz-Dahlmann (2005: 50ff) folgende:

- Somatische Rehabilitation

  - Wie die Wiederherstellung und da Halten eines altersangemessenen Körpergewichts, Behandlung körperlicher Komplikationen

- Normalisierung des Essverhaltens

  - Wie der Aufbau einer regelmässigen Mahlzeitenstruktur mit ausgewogener Nahrungsauswahl

- Individuelle (psycho)therapeutische Behandlung

  - Wie die Veränderung der dysfunktionalen Gedanken, Verbindung mit Selbstbehauptungstraining, Entwicklung einer Nähe-Distanz-Regulation

- Einbeziehen der Familie

  - Wie die Bewältigung intrafamiliärer Konflikte

- Rückfallprophylaxe

Bei Anorexia nervosa sehen verschiedene Behandlungsempfehlungen einen multiprofessionellen Ansatz im Vorteil, dieser soll Ernährungstherapie, medizinische, soziale und psychologische Komponenten beinhalten. Betont wird dabei die Wichtigkeit der Vernetzung aller beteiligten Fachkräfte (vgl. Treasure/ Claudino/ Zucker 2010: o.S.; Yager et al. 2010: 11; Zeeck et al. 2011: 47ff). Auch Häffner und Erbas (2022: 7) empfehlen, die Behandlung von Klient:innen mit Anorexia nervosa interdisziplinär zu gestalten. Neben Psychotherapeut:innen für die Einzel- und Familiengespräche und Ärzt:innen für das Monitoring der vielfältigen körperlichen Symptomatik, empfehlen sie den Einbezug von Sozialarbeiter:innen, Ernährungsberater:innen sowie Kunst- und Körpertherapeut:innen.

Nun zu den einzelnen Behandlungsansätzen mit empirisch belegter Wirksamkeit. Die kognitive Verhaltenstherapie hat gemäss Timko, Eifert und Harres (2013: 36) den Ruf, die wirksamste Therapieform bei Anorexia nervosa zu sein, die Evidenzlage dazu sei allerdings schwach.

Obwohl die Essstörungen in der ICD-10 unter «Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren» nicht unter den Suchterkrankungen zu finden sind, haben sie gemäss Wunderer, Borse und Schnebe (2012: 144ff) durchaus Suchtcharakter. Die umgangssprachliche Bezeichnung «Magersucht» legt eine Ähnlichkeit zu Symptomen einer Abhängigkeitserkrankung nahe. Auch Betroffene erleben ihre Essstörung oft als «Sucht» (vgl. ebd.: 144ff). Daher ist es nicht überraschend, dass Forschungsergebnisse belegen, dass Techniken der motivierenden Gesprächsführung in der Behandlung von Essstörungen nützlich sind (vgl. Wunderer 2015: 194). Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing) ist nach Miller und Rollnick (2009: 47) eine “klientenzentrierte, direktive Methode zur Verbesserung der intrinsischen Motivation für eine Veränderung mittels der Erforschung und Auflösung von Ambivalenz”. In der Suchtbehandlung ist die Methode weit verbreitet, zunehmend setzt sie sich, zusammen mit dem transtheoretischen Modell der Motivational Enhancement Therapy (MET), im Bereich der Essstörungen durch (vgl. Wunderer 2015: 194). Gemäss Wunderer (2015: 194) geben verschiedene Studien Hinweise auf die Wirksamkeit von motivierender Gesprächsführung bei Klientel mit unterschiedlichen Problemlagen, im Sinne der Auslösung von Veränderung und Motivationssteigerung. Als neueren und zunehmend in der Behandlung bei Anorexia nervosa verwendeten Ansatz, beschreiben Manlick, Cochran und Koon (2013: 115ff) sowie Timko, Eifert und Harres (2013: 13ff), die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT). ACT ist eine evidenzbasierte Verhaltenstherapie, auf Akzeptanz, Gegenwartsorientierung sowie psychische und kognitive Flexibilität ausgerichtet ist und die Erlebensvermeidung als Wurzel seelischen Leides betrachtet (vgl. ebd.: 35ff). Eine Integration von internetbasierten Interventionen in eine konventionelle Behandlung, Blended Treatment, konnte in mehreren Studien nachweisliche Effekte erzielen (vgl. Bauer et al. 2022: 192f). Bauer et al. (2022: 194) sehen grossen Nutzen der internetbasierten Interventionen darin, dass der Zeitraum bis zu einem Behandlungsbeginn überbrückt werden könnte, sowie dem niederschweligen Zugang zu Betroffenen, die ansonsten vielleicht nicht für eine Behandlung zu gewinnen wären.

In der S3-Leitlinie für Diagnostik und Behandlung von Essstörungen wird Selbsthilfe (in Form von Gruppen oder Büchern), nach jetzigem Forschungsstand, bei Anorexia nervosa als möglicher nützlicher erster Schritt bezeichnet (vgl. Wunderer 2015: 239). Bei anderen Essstörungen, wie bei Bulimie und der Binge-Eating-Störung, wurde eine Effektivität nachgewiesen (vgl. ebd.: 239f). In Deutschland wird im Essstörungenbereich zudem, die Multifamilientherapie erprobt, gemeinsame Gruppentherapie mit mehreren Familien mit je einer betroffenen Person (vgl. Scholz/ Weiss 2013: 28ff). Die Langzeiteffekte scheinen bei familienbasierter Behandlung positiver auszufallen als bei individueller Therapie (vgl. Couturier/ Kimber/ Szatmari 2013: 3ff).

Nach Wunderer (2015: 152), die sich auf verschiedene Studien bezieht, ist die Wirksamkeit von familienorientierten Ansätzen bei Kindern und Jugendlichen generell belegt. Daher wird empfohlen, die Familie in die Behandlung mit einzubeziehen. Teil der systemischen Therapie ist es, die familiären Beziehungsressourcen zu nutzen, um Compliance- und Motivationsprobleme bei psychisch belasteten Jugendlichen zu bewältigen. Dies ist gemäss Liechti und Liechti-Darbellay (2020: 95) wissenschaftlich gut belegt. Eine der wenigen Sachverhalte, die sich nachweislich positiv auf die Drop-out Rate und die Rückfallprophylaxe auswirken, ist der Einbezug der Eltern. Sie dienen als Gatekeeper:innen für Verpflichtungs-, Motivations- und Veränderungsprozesse in der Behandlung von Anorexia nervosa (vgl. ebd.: 98). Familienbasierte Ansätze werden im stationären und ambulanten Setting genutzt. Sie setzen dabei auf elterliches Engagement, elterliche Loyalität und Autorität. Es gibt mehrere familienbasierte Modelle mit empirischem Anspruch, besonders bekannt und gut belegt ist der Maudsley-Ansatz (Maudsley Approach), der spezifisch für die ambulante Therapie von Klient:innen mit Anorexia nervosa entwickelt wurde (vgl. Liechti/ Liechti-Darbellay 2020: 95f). Dieser Ansatz wurde im Maudsley-Spital in London entwickelt und richtet sich an Klient:innen unter 18 Jahren, die noch in ihrer Familie leben (vgl. ebd.: 127). Ausgangspunkt des Ansatzes ist gemäss Liechti und Liechti-Darbellay (2020: 128) in den strukturellen und strategischen Familientherapie-Ansätzen der 1960er- 1970er Jahre. Es wird davon ausgegangen, dass Vertrauen, Loyalität und Glaubwürdigkeit, die sich in der Eltern-Kind-Beziehung etabliert hat, die Veränderungsängste der betroffenen Person ausgleichen können (vgl. ebd.: 96). Familienbasierte Ansätze richten sich somit an Jugendliche, deren Lebenswelt einige Besonderheiten mit sich bringt, die im nächsten Unterkapitel genauer beleuchtet werden.

### **2.3 Spezifika im Jugendalter**

Gemäss Liechti und Liechti-Darbellay (2020: 70) befindet sich das Ersterkrankungsalter bei 20-40% der Betroffenen in der Adoleszenz. Anorexia nervosa ist in dieser Altersgruppe die dritthäufigste chronische Erkrankung und hat unter den psychiatrischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen das höchste Sterberisiko (vgl. ebd.: 70). Liechti und Liechti-Darbellay (2020: 70) beschreiben es als typisch, dass junge Klient:innen die Therapie nicht selbst initiieren, sondern dass der Anstoss für die Therapie von den Eltern, Partner:innen, Lehrpersonen, Hausärztinnen oder Hausärzten kommt. Im Verlauf der Essstörung findet ein sozialer Rückzug in die Herkunftsfamilie statt. Oft wird impulsive Aggression gegenüber Geschwister und Eltern geschildert. Dies wird mit der im Verlaufe der Anorexia nervosa auftretenden Freudlosigkeit und depressiven Verstimmung begründet.

Auf Dauer führt die Anorexia nervosa auf sozialer Ebene zur Vereinsamung, dies auch bedingt dadurch, dass Klient:innen im Verlauf aus somatischen und psychischen Gründen nicht mehr in der Lage sind schulischen oder beruflichen Verpflichtungen nachzukommen (vgl. Liechti/ Liechti-Darbellay 2020: 52). Klient:innen meiden oft Kontakte zu Peers und orientieren sich eher an jüngeren oder älteren Personen. Klinisch lässt sich dabei oft eine Reifungsdissoziation erkennen. Die Jugendlichen orientieren sich intellektuell an der Erwachsenenwelt bei gleichzeitiger emotionaler Unreife, die rasch zu emotionaler Überforderung führt, diese zeigt sich im vertrauteren Rahmen als altersmässig unangemessene „Trotzreaktion“ oder bei weniger vertrauten Menschen als perfekte Anpassung (vgl. Liechti/ Liechti-Darbellay 2020: 52f). Zuhause beginnen Klient:innen eine Art „Parallelnahrung“ zum Rest der Familie zu entwickeln. Sie bereiten ihr Essen selbst zu, haben eigene Menüs und Esszeiten. Essen wird dadurch zur familiären Belastungsprobe. Gemeinsame Mahlzeiten werden teilweise ganz vermieden (vgl. Liechti/ Liechti-Darbellay 2020: 49). Anorexia nervosa führt gemäss Liechti und Liechti-Darbellay (2020: 49) neben dem sukzessiven Rückzug aus der Peer-Gruppe auch zu einer obsessiven Hinwendung zum (Nicht-) Essen.

Neben den Jugendlichen sind auch bereits Kinder von Anorexia nervosa betroffen. Bei der kindlichen Anorexia nervosa wird unter «Kind» die Altersgruppe unter 14 Jahren verstanden (vgl. Herpertz-Dahlmann 2022: 21). Nach Herpertz-Dahlmann (2022: 21) kommen viele, die bereits als Kind erkranken, aus dem Leistungssport, beispielsweise aus dem Turnen, Schwimmen oder Leichtathletik. Weitkamp, Strauss und Berger (2010: 44f) haben in einer grösseren Studie bei 12-jährigen Mädchen herausgefunden, dass 30% der Befragten häufig ihr Aussehen mit dem von Gleichaltrigen vergleichen. Kinder sind aufgrund des geringen Körperfetts durch die somatischen Folgen der Starvation mehr bedroht als Jugendliche oder Erwachsene (vgl. Herpertz-Dahlmann 2022: 21).

Bei Jungen und jungen Männern geht es weniger um Gewichtsverlust, sondern mehr um ein muskulöses Körperbild. Sie leiden gemäss Herpertz-Dahlmann (2022: 21) weniger an einem übermässigen Schlankheitswunsch und sie stellen daher ihre Ernährung weniger auf ein Fasten ein. Ihr Fokus liegt vielmehr auf vermeidlich gesunden, meist proteinreichen Nahrungsmitteln. Exzessiver Bewegungsdrang wird von männlichen und weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen etwa gleich häufig geschildert (vgl. Herpertz-Dahlmann 2022: 21).

Einen grösseren Unterschied von Kindern und Jugendlichen zu den Erwachsenen stellen die Normwerte für den Body-Mass-Index (BMI) dar (vgl. Pauli 2018: 90). In der Abbildung 1 sind die Perzentilenkurven dargestellt, sie beziehen sich auf den BMI (kg/m<sup>2</sup>) und das Alter der Kinder und Jugendlichen.

Fällt der BMI auf den 50. Perzentil bedeutet dies, dass 50% der gleich grossen Gleichaltrigen schwerer und 50% leichter sind, das Kind liegt somit im Durchschnitt. In Deutschland wurden die Perzentilenwerte anhand einer grossen Vergleichsgruppe erhoben. Um Untergewicht im Bereich des Diagnosekriteriums für Anorexia nervosa zu erfüllen, muss der BMI unterhalb des 10. Perzentil liegen, gleichzeitig mit weiteren Symptomen einer Essstörung (vgl. Pauli 2018: 90).

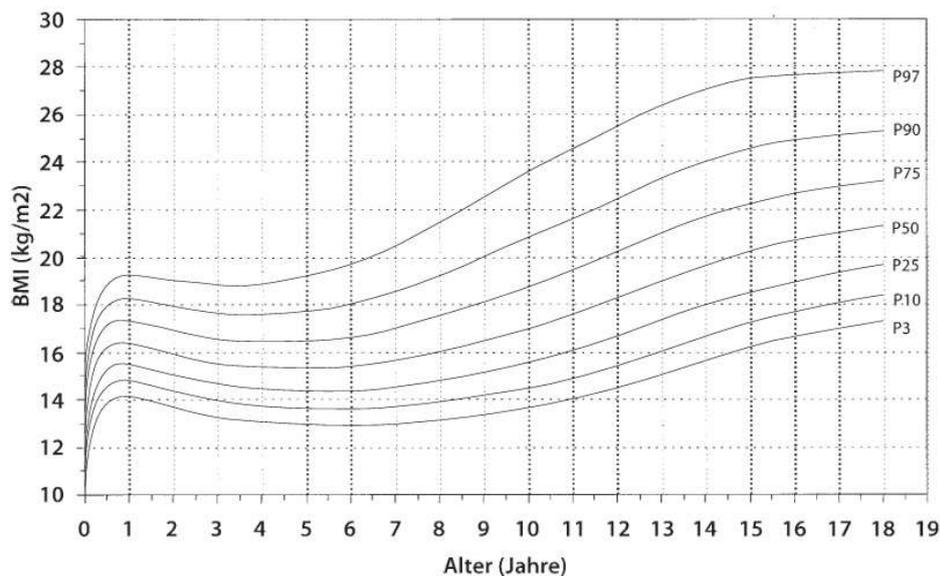


Abb. 1: Perzentilenkurve für den Body-Mass-Index von Mädchen (vgl. Kronmeyer-Haudenschild et. al. 2001: o.S)

Eine weitere Besonderheit des Jugendalters stellen die Entwicklungsaufgaben dar. Hierzu gibt es verschiedene Entwicklungsmodelle. In dieser Arbeit wird überwiegend auf die Entwicklungsmodelle von Erikson und Havighurst eingegangen. Erikson (1988: 89) geht davon aus, dass es in den einzelnen Phasen der Entwicklung unterschiedliche psychosoziale Krisen gibt, die es zu bewältigen gilt. Er beschreibt in seinem Entwicklungsmodell, über die gesamte Lebensspanne hinweg, insgesamt acht Entwicklungsphasen. Sein Entwicklungsmodell stellt eine Erweiterung und Fortentwicklung des Modelles der psychoanalytischen Entwicklung nach Freud dar (vgl. Rothgang/ Bach 2021: 88). Die psychosoziale Krise der Adoleszenz wird Identität vs. Identitätskonfusion genannt. Besonders wichtig in dieser Entwicklungsphase sind gemäss Erikson (1988: 89) Gleichaltrigengruppen sowie andere Gruppen. In der Adoleszenz spielt das Problem der Identitätsfindung eine zentrale Rolle (vgl. Rothgang/ Bach 2021: 92). Die vielfältigen biologischen und sozialen Veränderungen erfordern grosse psychische Anstrengung. Ziel ist es, dass die heranwachsende Person das Bild von sich selbst neu strukturiert und Antworten auf die Frage „Wer bin ich?“ findet. Die jugendliche Person muss sich mit ihren Werten, Zielen und Überzeugungen auseinandersetzen (vgl. ebd.: 92).

In den unterschiedlichen Lebensbereichen werden hinsichtlich der schnellen gesellschaftlichen Veränderung ständig neue Erfahrungen gemacht. Diese müssen verarbeitet und mit der eigenen Identität in Einklang gebracht werden (vgl. Rothgang/ Bach 2021: 94f). Solange diese Schritte der Identitätsentwicklung nicht gelingen, spricht Erikson (1988: 94) von einer Identitätsdiffusion oder Identitätskonfusion.

Havighurst (1976: 97) liefert eine weiter ausdifferenzierte Beschreibung der Entwicklung über den gesamten Lebensverlauf. Er geht davon aus, dass in jedem Lebensabschnitt jeweils spezifische Entwicklungsaufgaben zu lösen sind. Diese Entwicklungsaufgaben entstehen aus drei Quellen, durch körperliche Reifung, den Druck des kulturellen Prozesses auf das Individuum sowie die Wünsche, Ziele und Werte der entstehenden Persönlichkeit. In den meisten Fällen handelt es sich um ein Zusammenwirken dieser Faktoren (vgl. ebd.: 97). Daraus ergibt sich für Havighurst (1976: 97) der Bedarf einer multidisziplinären Sichtweise auf die menschliche Entwicklung. Für ein besseres Verständnis der jeweiligen Entwicklungsaufgaben sieht er eine Kooperation verschiedener Professionen vor, wie der Biologie, der Psychologie, der Soziologie und der Sozialanthropologie (vgl. ebd.: 97). Als Entwicklungsaufgabe der Adoleszenz sieht Havighurst (1976: 100) unter anderem das Akzeptieren der eigenen körperlichen Erscheinung sowie die effektive Nutzung des Körpers. Weiter sollen reife Beziehungen zu Altersgenoss:innen aufgebaut werden, emotionale Unabhängigkeit von Eltern und anderen Erwachsenen erreicht werden, die berufliche Laufbahn vorbereitet werden, ein eigenes Wertesystem sowie ethisches System aufgebaut werden und ein sozial verantwortliches Handeln angestrebt und erreicht werden (vgl. ebd.: 100).

Gemäss Rothgang und Bach (2021: 100f) sind die Faktoren Gesellschaft, Kultur und Zeit bei den Entwicklungsaufgaben zu berücksichtigen. So ist das originale Werk von Havighurst aus dem Jahr 1948 und die Entwicklungsaufgaben die er beschreibt, orientiert an der amerikanischen Mittelschicht der 40er Jahre. Neben den oben bereits aufgeführten Entwicklungsaufgaben führt Havighurst (1976: 100) weiter auf, dass die Jugendlichen eine männliche oder weibliche Geschlechterrolle entwickeln sollen und sich aufs Ehe- und Familienleben vorbereiten müssen. Über die Jahre entstanden Anpassungen und neuere Entwicklungsmodelle, die teilweise auf Freud, Erikson und Havighurst aufbauen (vgl. Rothgang/Bach 2021: 101). Gemäss Rothgang und Bach (2021: 101) sei empirisch belegt, dass die Entwicklungsaufgaben einem Wandel unterworfen sind. Ein neueres Entwicklungsmodell, von Hurrelmann (2005: 28) beinhaltet eine neuere wichtige Entwicklungsaufgabe «Entwicklung selbständige Handlungsmuster für die Nutzung des Konsumwarenmarktes». Darunter würde man beispielsweise Medienkompetenzen einordnen. Seine weiteren drei Gruppen von Entwicklungsaufgaben des Jugendalters stimmen weitgehend mit Havighurst überein (vgl. ebd.: 101ff).

Bigler et al. (2024: 5) gehen davon aus, dass das Jugendalter zahlreiche Möglichkeiten bietet, für eine Verbesserung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten. Dies könne sich nachhaltig auf das Leben junger Menschen auswirken. Diese Lebensspanne ist der beste Zeitpunkt für gesundheitsfördernde Massnahmen, da sich das Gehirn in diesem Alter grundlegend umstrukturiert und die meisten psychischen Störungen und Risikoverhalten erstmals in diesem Alter auftreten (vgl. ebd.: 5).

## **2.4 Zwischenfazit**

Im ersten Teil dieses Kapitels wurde die Erkrankung Anorexia nervosa genauer erläutert, um in der weiteren Arbeit auf die Besonderheiten in der Beratung dieser Erkrankung eingehen zu können. Mit dem zweiten Unterkapitel kann folgende Unterfrage beantwortet werden:

Welche Beratungsansätze erweisen sich, gemäss Empire, als wirksam in der Beratung von Anorexia nervosa?

Grundsätzlich hat sich nach dem aktuellen Stand der Therapieforschung kein einzelner Behandlungsansatz durchgesetzt. Aus mehreren Studien geht allerdings hervor, dass eine Beratung und Behandlung durch Fachkräfte anzustreben ist, die auf Essstörungen spezialisiert sind (vgl. Hay/ Claudino 2010: 452ff; Le Grange/ Locke 2005: 79ff; Treasure et al. 2010: 583ff; Watson/ Bulik 2013: 2477ff; Zeeck et al. 2011: 47ff). Der Prozessforschung nach gibt es keinen einheitlichen Verlaufstypus, dadurch ist eine individuelle Prognose des Verlaufes weitgehend unmöglich (vgl. Liechti/ Liechti-Darbellay 2020: 91). Trotzdem gibt es einige Leitlinien zum Thema und einzelne Behandlungsmethoden, deren empirische Wirksamkeit belegt sind. Diese Empfehlungen für die Behandlung von Anorexia nervosa, aus verschiedenen Leitlinien, wurde von Liechti und Liechti-Darbellay (2020: 94) wie folgt zusammengefasst:

- Unabhängig vom Setting (ambulant, (teil-)stationär) sollten die Behandelnden Expertise im Fachgebiet mitbringen;
- Die Behandlung sollte störungsorientiert sein und körperliche Aspekte der Erkrankung berücksichtigen;
- Es soll berücksichtigt werden, dass der Heilungsprozess, in der Regel, einen Zeitraum von mehreren Monaten, wenn nicht Jahren, in Anspruch nehmen wird;
- Bei jungen Klient:innen (Kindern, Adoleszenten) sollten Sorgeberechtigte oder weitere Bezugspersonen in die Behandlung mit einbezogen werden;
- Im stationären Rahmen sollte eine weitgehende Gewichtsrestitution angestrebt werden, bei einer Gewichtszunahme von 500-1000g pro Woche. Im ambulanten Setting soll die Gewichtszunahme bei 200-500g pro Woche angestrebt werden. Die Klient:innen sollten dabei regelmässig, morgens um dieselbe Zeit gewogen werden;

- Unter Zwang soll eine Behandlung von Anorexia nervosa nur nach Ausschöpfung aller anderen Massnahmen, inklusive der Kontaktaufnahme zu anderen Einrichtungen, durchgeführt werden.

Die Ziele, die bei der Behandlung von Anorexia nervosa verfolgt werden, beinhalten eine somatische Rehabilitation, eine Normalisierung des Essverhaltens, individuelle psychotherapeutische Behandlung, Einbezug der Familie sowie die Rückfallprophylaxe (vgl. Holtkamp/ Herpertz-Dahlmann 2005: 50ff). Verschiedene Studien und Richtlinien empfehlen bei der Behandlung von Anorexia nervosa einen multiprofessionellen Ansatz, dabei erwähnt werden Sozialarbeit, Psychotherapie, Ernährungstherapie, Ärzt:innen und weitere Therapieformen (vgl. Treasure et al. 2010: o.S.; Yager et al. 2010: 11; Zeeck et al. 2011: 47ff; Häffner/ Erbas 2022: 7). Obwohl sich bislang noch kein einzelner Ansatz bei der Behandlung von Anorexia nervosa durchsetzen konnte, gibt es mehrere Ansätze, deren Wirkung empirisch belegt ist. Zu diesen Ansätzen gehört die motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing/ MI) nach Miller und Rollnick, das transtheoretische Modell der Motivational Enhancement Therapie (MET) sowie die Akzeptanz und Commitmenttherapie (ACT). Weiter sind die Effekte von familienbasierten Behandlungsansätzen bei Kindern und Jugendlichen belegt (vgl. Wunderer 2015: 152ff). Besonders gut belegt ist dabei der Maudsley-Ansatz (Maudsley-Approach), der spezifisch für die ambulante Therapie von jungen Klient:innen mit Anorexia nervosa entwickelt wurde (vgl. Liechti/ Liechti-Darbellay 2020: 127). Weiter konnte gemäss Bauer et al. (2022: 192ff) in mehreren Studien nachgewiesen werden, dass die Integration von internetbasierten Interventionen in eine konventionelle Behandlung, sogenanntes «Blended Treatment», nachweislich Effekte erzielt.

Mit Kapitel 2.3, Spezifika im Jugendalter, kann eine weitere Unterfragestellung beantwortet werden:

Welche Besonderheiten sind bei der Erkrankung Anorexia nervosa im Jugendalter zu berücksichtigen?

Das dritte Unterkapitel befasst sich mit den Spezifika der Erkrankung im Jugendalter. Bei 20-40% der Betroffenen beginnt die Erkrankung in der Adoleszenz. Obwohl die Erkrankung, bei den Jugendlichen die dritthäufigste chronische Erkrankung darstellt, ist es üblich, dass nicht die Jugendlichen selbst die Therapie initiieren, sondern die Eltern, die Ärzt:innen oder andere Bezugspersonen (vgl. Liechti/ Liechti-Darbellay 2020: 70). Im Verlauf der Erkrankung folgt ein Rückzug aus der Peer-Gruppe hin zur Herkunftsfamilie, dort führt die Erkrankung zunehmend zu Spannungen (vgl. Liechti/ Liechti-Darbellay 2020: 52f). Bei erkrankten Kindern (unter 14 Jahren) ist oft ein Zusammenhang mit Leistungssport zu beobachten (vgl. Herpertz-Dahlmann 2022: 21).

Bei Minderjährigen wird das Gewicht nicht alleine anhand des BMI ( $\text{kg/m}^2$ ) bemessen, es wird dafür eine Perzentilenkurve beigezogen. Dabei wird der BMI und das Alter in Bezug auf die errechneten Durchschnittswerte angezeigt (vgl. Pauli 2018: 90). Eine weitere Besonderheit im Jugendalter stellt die Entwicklung dar. Nicht nur der Körper verändert sich stark, auch die Entwicklungsaufgaben dieses Alters stellen eine Herausforderung dar (vgl. Rothgang/ Bach 2021: 92). Nach Erikson (1988: 89) geht es in dieser Entwicklungsphase um die Identitätsentwicklung. Gleichaltrige und andere Gruppen gewinnen an Bedeutung. Havighurst (1976: 100) definiert im Spezifischen, als Entwicklungsaufgabe der Adoleszenz, das Akzeptieren der eigenen körperlichen Erscheinung und die Nutzung des Körpers. Dies lässt auf einen Zusammenhang, der Entstehung der Anorexia nervosa und der Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz schliessen. Auch Bigler et al. (2024: 5) benennen diese Zeitspanne im Zusammenhang mit dem erstmaligen Auftreten von psychischen Störungen und Risikoverhalten. Rothgang und Bach (2021: 100f) verweisen auf die Relevanz, bei den Entwicklungsaufgaben, jeweils die Faktoren Gesellschaft und Kultur zu berücksichtigen. Da von einem Zusammenhang von der Entstehung von Anorexia nervosa und einer gelingenden Bewältigung der Entwicklungsaufgaben des Jugendalters ausgegangen werden kann, wird im nächsten Kapitel der Faktor Gesellschaft im Hinblick auf die Erkrankung näher beleuchtet.

### **3. Gesellschaftlicher Bezug**

In diesem Kapitel wird der gesellschaftliche Bezug, als Kern dieser Arbeit, geschaffen. Erst wird genereller auf die Gesellschaft als System eingegangen, mit systemtheoretischen Bezügen. Danach wird die Beratung im System der Gesellschaft beleuchtet, bevor die Entwicklungsaufgaben in den Kontext Gesellschaft gesetzt werden. Im nächsten Unterkapitel wird spezifischer auf Schönheitsideale und Körperbild im gesellschaftlichen Kontext eingegangen. Dies wird erst historisch eingebettet, bevor die aktuelle Situation und der Einfluss von Medien mit einbezogen wird. Am Ende dieses Kapitels werden in einem Zwischenfazit zwei Unterfragen beantwortet.

#### **3.1 Gesellschaft als System**

In diesem Kapitel wird der Bezug zur Gesellschaft als System aufgezeigt. Erst wird auf den Bezug vom System Gesellschaft zu den systemtheoretischen Ansätzen eingegangen. Danach wird die Beratung in Makrosystem «Gesellschaft» näher beleuchtet bevor nochmals Bezug zu den Entwicklungsaufgaben genommen wird. Unter 2.3 wurden die Entwicklungsaufgaben genereller erwähnt, hier werden sie noch in den Kontext der Gesellschaft gestellt.

### 3.1.1 Systemtheoretische Bezüge

Diese Arbeit wird im Rahmen des MAS systemisch-lösungsorientierte Kurzzeitberatung verfasst. Um den systemischen Bezug zu schaffen, wurde der Schwerpunkt, der Arbeit auf das Makrosystem «Gesellschaft» gelegt. Um zu verstehen, was Gesellschaft im Systemischen bedeutet, wird die Systemtheorie beigezogen. Die Systemtheorie beschäftigt sich nicht mit isolierten Objekten, es werden immer die Beziehungen zueinander betrachtet (vgl. Simon 2015: 12f). Es gibt eine Vielzahl systemtheoretischer Varianten, Ausgangspunkt und gemeinsamer Nenner aller Varianten ist der Blick auf zusammengesetzte Einheiten (Systeme, Muster) sowie die Konstruktion von Erklärungen mittels zirkulärer Kausalität (vgl. Simon 2015: 17). Dies bedeutet, dass davon ausgegangen wird, dass eine Kausalität nicht geradlinig funktioniert, nur eine Interaktion die nächste bedingt, sondern dass sich ein Zirkel bildet und dessen Elemente gegenseitig die Bedingungen ihres Verhaltens bestimmen (vgl. ebd.: 15). Systeme sind dabei selbstorganisiert (vgl. von Schlippe/ Schweitzer 2019: 8).

Nach Luhmann (1997b: 78) ist die Gesellschaftstheorie, die Theorie des umfassenden sozialen Systems, dass alle anderen sozialen Systeme einschliesst. Gesellschaft ist in der Systemtheorie ein komplexes Gebilde. Für diese Arbeit zentral ist, dass sich alle Elemente (Objekte) einer Gesellschaft mit ihren Interaktionen wechselseitig beeinflussen. Niemand ist von der Ganzheit der Gesellschaft ausgenommen. Dies bedingt, dass mit einer systemischen Denkweise, auch in der Arbeit mit einzelnen Objekten (Klient:innen) bedacht werden muss, dass Sie Teil des sozialen Systems (Gesellschaft) sind (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 47).

Sommerfeld et al. (2016: 47) führen weiter aus, dass sich Soziale Arbeit mit der Schnittstelle zwischen Individuum und Gesellschaft befasst. Dies ist eine Feststellung, die alle Theorien in der Sozialen Arbeit als gemeinsame Ausgangslage haben. Er kritisiert, dass die Praxis der Sozialen Arbeit Probleme der individuellen Ebene zuschreibt, sich mit individuellen Verläufen beschäftigt, die in individueller sozialer Hinsicht problematisch sind, ohne zu berücksichtigen, dass diese Probleme in gesellschaftliche Strukturen und soziale Systeme eingebettet sind. Damit wird ein grosser Teil der für den Einzelfall relevanter Faktoren ausgeblendet und bleibt somit unbearbeitet (vgl. ebd.: 47ff).

Aus diesem Grund haben Sommerfeld et al. (2016: 59) ihr Modell von Integration und Lebensführung erarbeitet. Dies zeigt auf, dass die einzelnen Subjekte ständig in Interaktion mit den Systemen in ihrem Umfeld stehen und sich diese wechselseitig beeinflusst. Diese einzelnen Systeme bestehen wiederum aus verschiedenen einzelnen Akteurinnen und Akteuren und sind letztlich alle in eine (Welt-)Gesellschaft eingebunden (vgl. ebd.: 58ff).

Sommerfeld et al. (2016: 68ff) beschreiben das Funktionssystem 'Soziale Arbeit' als entstanden durch Lebensführungsproblemen von Individuen und strukturellen Integrationsproblemen der Gesellschaft. Sie (2016: 70) beschreiben: «Die gesellschaftliche Funktion der Sozialen Arbeit besteht entsprechend darin, das gesellschaftsstrukturell induzierte Integrationsproblem zu bearbeiten, das sich in gesellschaftlich randständigen, psycho-sozial problembeladenen, im Sinne von eingeschränkter Teilhabe und Ressourcenausstattung unterprivilegierten Lebenslagen und Formen der Lebensführung zeigt. In einer präventiven Wahrnehmung dieser Funktion nimmt sie sich auch problematischen Formen der Lebensführung an, die auf Dauer zu einem Abstieg in die Randbezirke der Gesellschaft führen würden». Dies mache Soziale Arbeit als Profession aus und wirke sich auf das Verständnis von Professionalität in der Sozialen Arbeit aus (vgl. ebd. 69f). Das führt uns zum professionellen Verständnis von Beratung, welches zum Kern dieser Arbeit gehört.

### **3.1.2 Beratung im System Gesellschaft**

Seit den 1980er-Jahren ist der Begriff Professionalität in der Bildungs- und Beratungsdiskussion wichtig. Professionalität macht kompetentes berufliches Handeln aus. Das professionelle berufliche Handeln basiert darauf die Basis vom gesichertem und innerprofessionell geteilten Wissensbeständen und Fähigkeiten kompetent ausführen zu können. In qualitativ hochwertiger Beratung bedeutet dies, professionelles Handeln und umfassende Kompetenzen mitbringen zu können (vgl. Petersen, Schiersmann, Weber 2014: 5). Wie bereits unter Kapitel 2.2 erwähnt, ist auch in der Behandlung von Essstörungen zentral, dass diese durch Fachkräfte durchgeführt wird, die auf Essstörungen spezialisiert sind (vgl. Hay/ Claudino 2010: 452ff; Le Grange/ Locke 2005: 79ff; Treasure/ Claudino/Zucker 2010: 583ff; Watson/ Bulik 2013: 2477ff; Zeeck et al. 2011: 47ff).

Für professionelles berufliches Handeln im Beratungsbereich stellen Petersen, Schiersmann und Weber (2014: 6) folgende Prämissen ein professionelles Beratungsverständnis auf:

- Die Beratungsperson agiert professionell. Dies beinhaltet, dass ein explizites Beratungssetting mit Rahmung, Auftragsklärung, Kontakt und Transparenz geschaffen wird.
- Es handelt sich in der Regel um eine freiwillige, zeitlich umrissene, prozesshafte, interessensensible und ergebnisoffene Interaktion zwischen einer ratsuchenden Person und einer Beratungsperson. Einbezogen werden aber auch Kontexte, in denen die Beratung obligatorisch ist und gegebenenfalls Sanktionen nach sich ziehen kann.

- Im Zentrum der Beratung stehen Ratsuchende mit ihren Interessen, Ressourcen und Lebensumständen, wobei Beratung immer in einem geteilten Verantwortungskontext stattfindet, in dem die Beratungsperson, die Rat suchende Person und die Beratungsorganisation gleichermaßen Verantwortung für den Beratungsprozess übernehmen.
- Die Interaktion zwischen Ratsuchenden und einer Beratungsperson geht über Informationsvermittlung hinaus und umfasst eine subjektiv relevante Reflexion von Sachverhalten, die unter anderem eine begründete Entscheidungsfindung seitens Ratsuchenden ermöglicht.
- Beratung umfasst eine Vielzahl von teilweise ineinander übergehenden Aktivitäten und Formen. Neben der individuellen Beratung gibt es beispielsweise auch Gruppen-, Online- oder aufsuchende Angebote, um möglichst allen Bevölkerungsgruppen ein einfach zugängliches Beratungsangebot zur Verfügung zu stellen.

Um ein systemisches Verständnis von Beratung zu erhalten, muss Beratung als Interaktionsprozess zwischen dem Ratsuchenden-System und dem Berater:innen-System verstanden werden (vgl. Petersen et al. 2014: 6f). Gemäss diesem Verständnis besteht ein Beratungssystem aus zwei unterschiedlichen Teilsystemen. Ratsuchende bringen ihren Hintergrund in den Beratungsprozess mit ein, ihre Biografie, ihre Einstellungen, Erwartungen und ihren lebensweltlichen Kontext.

Die Beratungsperson bringt neben professionellen Handlungskompetenzen ebenso wie Ratsuchende, Ressourcen im Sinne von Erfahrung, Kompetenzen und Zielvorstellungen in den Beratungsprozess mit ein (vgl. Petersen et al. 2014: 7). Ziel der Beratung ist eine tragfähige Beziehung auf Augenhöhe, bei der beide Systeme ihre jeweiligen Ressourcen und Kompetenzen einbringen, um im Beratungsprozess Ziele zu klären, Motive und Ressourcen für den Prozess zu identifizieren, Lösungswege zu entwickeln und die Umsetzung zu planen und gegebenenfalls zu begleiten. Eine professionelle Beratung beinhaltet ein explizites Beratungssetting unter anderem mit systematischer Auftragsklärung, einer Vorstellung einer Verlaufsstruktur seitens der beratenden Person sowie Transparenz betreffend des Vorgehens (vgl. ebd.: 7).

Für Beratungspersonen aus der systemischen Beratung sind für diesen Prozess verschiedene Aspekte der systemischen Grundhaltung zentral, die Haltung des Nichtwissens, die Haltung des Nichtverstehens, die Haltung des Eingebundenseins sowie die Haltung des Vertrauens (vgl. Barthelmess 2016: 87). Auf die systemische Haltung wird in Kapitel 4.1 vertiefter eingegangen. Auch die Lösungsorientierung bietet hier hilfreiche Grundsätze (vgl. Baeschlin/Baeschlin 2008: 16ff).

So werden beispielsweise auch in der lösungsorientierten Beratung, Klient:innen als Expert:innen ihrer Lebenswelt betrachtet. Als Basisanforderung an gelingende Beratung wird dabei der Einsatz von eigenen Ressourcen sowie Neugier, Nichtwissen, Zuhören und Ernstnehmen betrachtet (vgl. ebd.: 16ff). Beide Ansätze teilen sich gewisse Methoden, wie die Bedeutung der Wertschätzung sowie das Reframing (positives Umdeuten) (vgl. Widulle 2011/2012: 122; von Schlippe/ Schweitzer 2019: 77).

Neben persönlichen Ressourcen von Beratenden und Ratsuchenden fließen gemäss Petersen et al. (2014: 7) auch organisationale und gesellschaftliche Kontexte in den Beratungsverlauf ein, siehe Abbildung 2. Sie gehen davon aus, dass dies in vielen Beratungskonzepten nicht oder nur rudimentär berücksichtigt wird. Organisationale Aspekte betreffen die Rahmenbedingungen sowie das Selbstverständnis der Organisation, die Beratung anbietet. Je nach Beratungskontext, kann auch der organisationale Kontext, von Ratsuchenden einfließen. Meist entstehen Beratungsanlässe aus einer Wechselwirkung aus individuellen, organisationalen und gesellschaftlichen Entwicklungen. Beratung ist in gesellschaftliche Kontexte eingebunden. Beispielsweise haben politische, ökonomische und rechtliche Aspekte Einfluss. Dies kann einzelne Themenfelder betreffen wie die Globalisierung, die Digitalisierung, demografische Entwicklung, die zunehmende Interkulturalität oder die Individualisierung in vielen Bereichen (vgl. ebd.: 7). Ebenso geht es um den gesellschaftlichen Kontext, in den die Beratung eingebunden ist, die Stellung beziehungsweise Wertschätzung der Beratung in einer Gesellschaft beeinflusst, die Inanspruchnahme des Angebotes. Es macht einen Unterschied, ob die Gesellschaft die Inanspruchnahme von Beratung als Defizit oder als selbstverständliche reflexive Begleitung in einem Veränderungsprozess wahrnimmt (vgl. ebd.: 7). Dabei fließen wiederum der individuelle Beratungskontext sowie der organisationale Kontext ein, nicht jede Beratung oder Beratungsstelle und nicht jede Thematik wird von der Gesellschaft gleich gewertet.

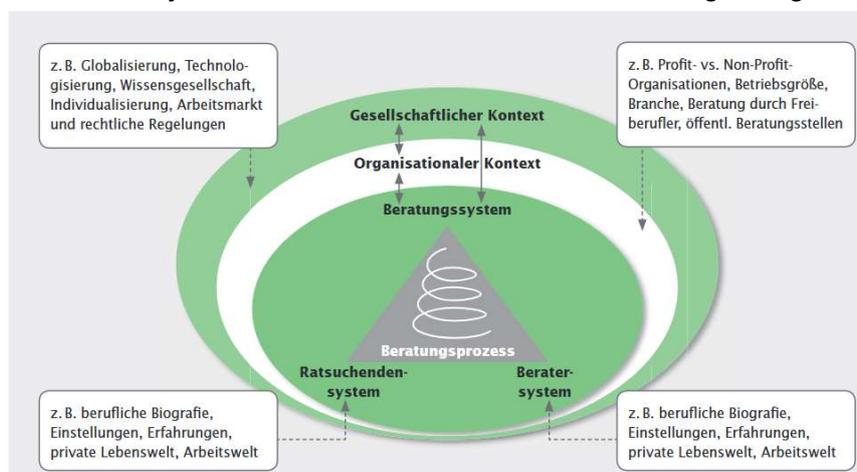


Abb. 2: Systemisches Modell arbeitsweltbezogener Beratung (vgl. Schiersmann/ Weber 2013: 30).

Petersen et al. (2014: 8ff) haben für den Bereich Beratung in Bildung, Beruf und Beschäftigung ein Kompetenzprofil erstellt. Sie gehen davon aus, dass ein konsensual verabschiedetes Kompetenzprofil insgesamt die Professionalität und die Qualität der Beratung stärkt (vgl. ebd.: 8). Diese Arbeit geht davon aus, dass dies ebenso für die generelle Qualität und Professionalität von Beratung angewendet werden kann und übernimmt Aspekte aus diesem Kompetenzprofil. Petersen et al. (2014: 9ff) gehen davon aus, dass Professionelle in der Beratung eine Palette von Kompetenzen benötigen.

Diese gliedern sie in vier Kompetenzgruppen. Im kleinen Rahmen des Beratungssystems gehen sie von prozessbezogenen Kompetenzen aus. Im organisationalen Kontext von organisationsbezogenen Kompetenzen, im gesellschaftlichen Kontext von gesellschaftsbezogenen Kompetenzen und weiter gehen sie von der Relevanz von systemumfassenden Kompetenzen aus. Auf alle diese vier Kompetenzgruppen einzugehen, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Da sich die Arbeit mit den gesellschaftlichen Einflüssen auf Jugendliche mit Anorexia nervosa befasst, wird hier auf die gesellschaftsbezogenen Kompetenzen einer professionellen Beratungsperson eingegangen. Petersen et al. (2014: 10) definieren zu jeder der Kompetenzgruppen einzelne Kompetenzen, die sie jeweils als Voraussetzung dafür sehen, die beratungsspezifischen Anforderungen professionell bewältigen zu können. In den gesellschaftsbezogenen Kompetenzen definieren sie zwei einzelne Kompetenzen, das Berücksichtigen gesellschaftlicher Rahmenbedingungen sowie das Berücksichtigen gesellschaftlicher Ziele. Unter dem berücksichtigen gesellschaftlicher Rahmenbedingungen verstehen Petersen et al. (2014: 18): «Beratende sind bereit und fähig, die für das Anliegen der Ratsuchenden sowie für die (Weiter-) Entwicklung der Beratungsangebote relevanten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in ihrem Beratungshandeln zu berücksichtigen». Sie setzen dafür drei Kompetenzindikatoren:

- Beratende setzen sich mit der Relevanz gesellschaftlicher Rahmenbedingungen bzw. Einflüsse für die (Weiter-)Entwicklung der Beratungsangebote auseinander;
- Beratende beteiligen sich aktiv an der Aufbereitung und Nutzbarmachung von Wissen zu gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für die Beratenden und die Ratsuchenden;
- Beratende berücksichtigen die für die jeweiligen Anliegen der Ratsuchenden relevanten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

Weiter definieren sie drei kognitive Ressourcen:

- Beratende kennen relevante gesellschaftsbezogene Wissensbereiche;
- Beratende kennen gesellschaftliche Entwicklungen;
- Beratende kennen Datenbanken, Wissensressourcen und Verfahren des Wissensmanagements.

Unter Berücksichtigen gesellschaftlicher Ziele verstehen Petersen et al. (2014: 18): «Beratende sind bereit und fähig, ihrem beraterischen, organisationalen sowie beratungsrelevanten gesellschaftlichen Handeln Zielsetzungen [...] zu berücksichtigen». Sie definieren dazu fünf Kompetenzindikatoren:

- Beratende setzen sich mit gesellschaftlich relevanten Zielen für die kontextbezogene Beratung auseinander;
- Beratende setzen sich mit den Auswirkungen des Beratungshandelns (und deren Begrenzung) auf die gesellschaftliche Umwelt auseinander;
- Beratende bringen Erfahrungen und Erkenntnisse aus der Beratung in gesellschaftliche Prozesse (z.B. auf der lokalen Ebene, in Berufsverbänden) ein;
- Beratende wirken in der Organisation daran mit, die für das jeweilige Angebot relevanten Zielsetzungen zu definieren;
- Beratende unterstützen Ratsuchende dabei, ihre individuellen Ziele in einen sinnvollen Zusammenhang mit gesellschaftlichen Zielvorstellungen zu bringen.

Weiter definieren sie auch hier, drei kognitive Ressourcen:

- Beratende kennen die mit dem Kontext ihrer Beratung verbundenen gesellschaftlichen Ziele (z.B. Förderung der Selbstorganisation, gesellschaftliche Teilhabe sozialer Inklusion);
- Beratende kennen Ansätze zur Förderung der Selbstorganisationsfähigkeit sowie gesellschaftlicher Teilhabe und sozialer Inklusion;
- Beratende kennen Problemfelder des Kontextes ihrer Beratung sowie Massnahmen zu deren Bewältigung.

Diese gesellschaftsbezogenen Kompetenzen professioneller Beratung werden im Kapitel 4.1 mit den gesellschaftlichen Einflussfaktoren auf die Anorexia nervosa bei Jugendlichen in Bezug gesetzt.

### **3.1.3 Entwicklungsaufgaben im Kontext von Gesellschaft**

Um nochmals spezifischer auf die Jugendlichen einzugehen, wird hier erneut auf Entwicklungsmodelle eingegangen. Verschiedene Entwicklungsmodelle gehen davon aus, dass Gesellschaft und Kultur Einfluss auf die Entwicklung beziehungsweise die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben haben.

So geht Erikson (1988: 88) in Bezug auf sein Entwicklungsmodell davon aus, dass neben der individuellen Erfahrung, der Ich-Synthese, der eigenen Psyche, gesellschaftliche Prozesse und kulturelle Organisation, einen Einfluss auf die Entwicklung der Menschen haben.

Havighurst (1976: 97) nennt Druck der kulturellen Prozesse auf das Individuum als eine der drei Quellen für die Entstehung der Entwicklungsaufgaben. Erikson (1988: 92) geht insbesondere in der Entwicklungsaufgabe der Adoleszenz, Identität vs. Identitätskonfusion, von der Relevanz von Gleichaltrigengruppen sowie anderen Gruppen aus und Havighurst (1976: 98) verweist bei den Entwicklungsaufgaben auf kulturelle Komponenten. So sind die einzelnen Entwicklungsaufgaben im kulturspezifischen Kontext zu sehen. Entwicklung ist demnach geprägt von unterschiedlichen (kulturellen) Werten, Normen und Überzeugungen.

Gemäss Rothgang und Bach (2021: 98f) ist daher in der Sozialen Arbeit wichtig, die kulturellen Gegebenheiten und die daraus resultierenden Unterschiede in den Entwicklungsverläufen immer zu berücksichtigen. Hier werden interkulturelle Kompetenzen gefordert. Gemäss Rothgang und Bach (2021: 104) hängt die gelingende Bewältigung der Entwicklungsaufgaben neben individuellen Ressourcen und Lösungsstrategien wesentlich von den objektiven Gegebenheiten der Lebenslage ab, wie den gesamtgesellschaftlichen Bedingungen. Bei beiden Entwicklungsmodellen kann somit davon ausgegangen werden, dass die vorherrschende Gesellschaft und die Kultur im Jugendalter eine besonders grosse Bedeutung haben. Diese Erkenntnis wird von der Soziologie geteilt. Scherr (2009: 16) vertritt die soziologische Überzeugung, dass wenn man verstehen will, wieso sich Jugendliche so verhalten, wie sie es tun, die gesellschaftlichen Verhältnisse in den Blick nehmen muss.

Fredrickson und Roberts (1997: 173ff) zeigen mit ihrer Objektifizierungstheorie einen kritischen Teil solcher vorherrschenden gesellschaftlichen Verhältnisse auf. Sie zeigen auf wie die verinnerlichte Selbstobjektivierung in unserer Gesellschaft zu psychologischen Konsequenzen führt, von denen bekannt ist, dass sie bei Mädchen und Frauen überproportional auftreten. Konkret sprechen sie von Körperscham, Verunsicherung, verminderter Konzentration, vermindertem Bewusstsein für innere Körperzustände, wie Sättigung, Hunger, Müdigkeit oder Emotionen.

Treten mehrere dieser Symptome gleichzeitig auf, gehen Fredrickson und Roberts (1997: 173ff) von psychischen Gesundheitsrisiken aus, die unter anderem zu Depressionen, sexuellen Funktionsstörungen sowie Essstörungen führen können. Im folgenden Kapitel wird detaillierter auf den gesellschaftlichen Kontext, insbesondere in Bezug auf Schönheitsideale, eingegangen.

## **3.2 Schönheitsideale und Körperbild in gesellschaftlichem Kontext**

Zu den bestdokumentierten Risikofaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Essstörung bei Mädchen und jungen Frauen zählen laut Guyot, Fairchild und Hill (1981: 105ff) sowie Stice (2002a: 825ff) ein internalisiertes Schlankheitsideal, das eng mit Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper korreliert sowie einem daraus abgeleiteten Diät- oder gezügelten Essverhalten. Dies ist kein neues Phänomen. Dazu wird im ersten Teil des Kapitels der geschichtliche Hintergrund beleuchtet. Danach wird auf die aktuelle Situation sowie den Einfluss der Medien eingegangen. In einem Zwischenfazit werden die wichtigsten Aspekte aus diesem Kapitel zusammengefasst und zwei der Unterfragestellungen beantwortet.

### **3.2.1 Historisch betrachtet**

Das westliche Schlankheitsideal geht gemäss Klotter (2015: 80) aus verschiedenen historischen Strömungen hervor. Schlankheit ist keine fixe Idee der heutigen Zeit. Sie gehört bereits seit der griechischen Antike zum Ideal. In den letzten 2500 Jahren, gehörte „Wohlbeleibtheit“ nur in wenigen Epochen, wie der Renaissance als bevorzugtes Ideal. Bereits im Athen des 5. Jahrhunderts vor Christi galt Schlankheit als Ausdruck von Mässigung. Nur diejenigen, die in der Lage waren, ihre innere Natur zu bändigen, waren in der Lage, dünn zu sein (vgl. ebd.: 80). Die Mässigung hatte bereits damals eine politische Dimension gehabt. Die Griechen sind gemäss Klotter (2015: 80) davon ausgegangen, dass Menschen, die sich bezüglich ihres Körpers zu beherrschen wissen, auch in politischen Dingen nicht masslos sind. Der selbstkontrollierte Bürger war demzufolge ein idealer Staatsbürger, da er mit Mass, Besonnenheit und Vernunft für das Gemeindewohl eintrat. Neben vielem anderem übernahm das Christentum die Mässigung aus der griechischen Philosophie. Neu war Mässigung nicht mehr ein Anzeichen für einen guten Bürger, sondern Ausdruck eines sündenfreien Daseins.

Gemäss Klotter (2015: 81) ist dabei Gottes Blick nicht auf die gerichtet, die der irdischen Lust nachgehen. Als Beispiel dafür gilt einer der Kirchenväter, Augustinus (354-430), während er seine Sexualität mässigen konnte, gelang ihm selbes beim Essverhalten nicht (vgl. ebd.: 81). Fast zweitausend Jahre später wird noch immer, wenn jemand nascht, von „sündigen“ gesprochen. Herpertz-Dahlmann (2022: 14) berichtet, dass in der Medizinhistorie davon ausgegangen wird, dass es Anorexia nervosa mit hoher Wahrscheinlichkeit bereits im Mittelalter gab. Ein berühmtes Beispiel dafür ist Katharina von Siena (1347-1380) (vgl. ebd.: 14). Sie ist eine der berühmtesten Schutzheiligen Europas mit grossem Einfluss auf die katholische Kirche. Katharina von Siena begann mit 13 Jahren zu fasten, sie ernährte sich ausschliesslich vegetarisch, ass immer weniger und erbrach ab kleinsten Mengen. Sie distanzierte sich von Gleichaltrigen und brachte ihre Eltern mit ihrer Eigensinnigkeit zur Verzweiflung. Sie zeigte selbstverletzendes Verhalten, indem sie sich selbst blutig schlug.

Sie starb ausgezehrt im Alter von 33 Jahren und wurde für ihren eisernen Willen verehrt. Die Symptome brachte man damals nicht mit einer Krankheit in Verbindung. Im Gegenteil, mehrere solcher Frauen, die aus religiösen Gründen radikal fasteten, wurden später als Heilige verehrt, ihnen wurde nachgesagt, sie wurden allein durch Gottes Gnade genährt (vgl. Herpertz-Dahlmann 2021: o.S.).

Mit der Reformation ändert sich wenig an dieser Haltung. Die Radikalisierung der Reformation durch Zwingli, Calvin und die Puritaner führte zur Durchsetzung der Idee der radikalen Askese. Ein asketischer Lebensentwurf zielt darauf ab, bereits im Diesseits weitgehend den weltlichen Begierden zu entsagen. Die Schlankheit gilt hier als Ausdruck eines gottesgefälligen Lebens (vgl. Klotter 2015: 83ff). Nach der barocken Lebenslust wurde die Mässigung wieder als bürgerliches Ideal gesehen. Unterstützt wurde dies durch die Romantik, der Gegenbewegung zur bürgerlichen Aufklärung. Romantiker haben nicht viel gegessen, waren schlank, als Zeichen ihres unangepassten Lebensstils (vgl. ebd.: 83). Die medizinische Erstbeschreibung des Krankheitsbildes der Anorexia nervosa wurde gemäss Herpertz-Dahlmann (2022: 14) im Jahr 1873 von zwei Ärzten fast zeitgleich veröffentlicht, von Sir William Gull in England und Ernest-Charles Laséque in Frankreich.

Nach Klotter (2015: 84) begann mit der Industrialisierung eine Überflusgesellschaft, dies bedingt durch die erhöhte Lebensmittelproduktion, bessere Konservierungsmethoden und Transportmöglichkeiten. Genetisch sind Menschen darauf ausgelegt, jede sich bietende Möglichkeit zu nutzen, möglichst viel zu essen, vor allem viel Fettiges und Süßes. Diese genetische Voreinstellung passt sich nicht innerhalb von einigen Jahren an, in der Überflusgesellschaft ist sie dysfunktional geworden. Klotter (2015: 84) gibt dazu zu bedenken, dass sich die Gesellschaft daher nicht über die sogenannte „Adipositas-Epidemie“ beklagen sollte, sondern sich vielmehr darüber wundern sollte, dass trotz unserer genetischen Programmierung nicht alle stark adipös sind. Die Angst nicht schlank genug zu sein, bildet dabei die motivationale Basis zur Gegensteuerung (vgl. ebd.: 84). Klotter (2015: 85f) merkt zu der vorherrschenden Überflusgesellschaft an, dass alle genug zu essen hätten, um rundlich zu werden, ein dicker Bauch demonstrierte dadurch nicht mehr gesellschaftliche Macht. Schlankheit wird dadurch zum Mittel sich nach unten abzugrenzen. Adipositas ist in tieferen sozialen Schichten verbreiteter.

Klotter (2015: 86) bezeichnet Schlankheit in der heutigen Zeit als Politikum. Wer attraktiv und erfolgreich sein will, muss schlank sein. Nach Klotter (2015: 86) steht Übergewicht in der heutigen Gesellschaft negativ im Fokus. Es steht für misslungene Kontrolle. Die Sichtbarkeit von Schlankheit und Wohlbeleibtheit wird zum Mittel zur Beurteilung gelingender oder misslingender Affektkontrolle.

Gemäss Klotter (2015: 86) sieht die Gesellschaft Wohlbeleibtheit als sicheren Indikator für mangelnde Selbstkontrolle. Diesen Menschen wird Willenlosigkeit und fehlende Disziplin unterstellt (vgl. ebd.: 86).

Elias (1978: 86) sieht in den Schlankheitsängsten, die Angst, nicht genügend Affektkontrolle zu besitzen oder diese zu verlieren. In einer Gesellschaft in der zweiteres jederzeit möglich ist, braucht es nicht viel um diese Ängste zu schüren. Nach Klotter (2015: 79) ist eine gesellschaftliche Ächtung von Adipositas entstanden. Starkes Übergewicht gilt, oftmals zu Unrecht, als Ausdruck von Völlerei. Aus dieser drohenden Ächtung entstehen wiederum Schlankheitsängste (vgl. ebd.: 79). Diese historisch gewachsene Affektkontrolle führt dazu, dass die Menschen massive Angst verspüren, die Kontrolle zu verlieren, beispielsweise bei der Nahrungsaufnahme (vgl. ebd.: 79).

Gesellschaftlich wird gemäss Klotter (2015: 79) Kontrollverlust stark verurteilt. Im Sinne von Elias (1978: 86) stelle Anorexia nervosa die perfekte Affektkontrolle dar. Sie ist die Übererfüllung der gesellschaftlichen Norm, sich zu kontrollieren. Eine weitere These findet Klotter (2015: 84) bei Freud und Parson. Diese gehen davon aus, dass jede menschliche Gesellschaft nur funktioniert, wenn Triebe unterdrückt werden. Die nicht realisierte Triebenergie soll sublimiert werden, bedeutet, in Energie zum Arbeiten umgewandelt werden. Demnach gehen Freud und Parson davon aus, dass jegliche menschliche Kulturleistung auf Sublimierung basiert. Würde es das imaginäre Schlaraffenland geben, hätte demnach kein Mensch Lust zu arbeiten. Gestützt auf der These von Freud und Parsons, geht Klotter (2015: 84) davon aus, dass im 19. Jahrhundert noch hauptsächlich der Sexualtrieb sublimiert wurde, ab dem 20. Jahrhundert dann der Hungerdrang. Das Idealgewicht sinkt permanent, zudem wird das Schönheitsideal radikalisiert, dies führt zu einer dauerhaften Unterdrückung des Hungerimpulses. Restringiertes Essverhalten wurde demnach zum kulturellen Habitus (vgl. ebd.: 84).

### **3.2.2 Aktuelle Situation**

Wie bereits in der Einleitung beschrieben, stammen die aktuellsten Zahlen zur Prävalenz der Essstörungen aus dem Jahr 2010 (vgl. Schnyder et al. 2012: 32). Mit einer Lebenszeitprävalenz von 3.5% liegt die Schweiz über dem europäischen Durchschnitt von 2.5%. Dabei wird von einer Korrelation vom Stellenwert der gesunden Ernährung und der Wertschätzung für schlanke Körper, sowie einem hohen gesellschaftlichen Druck in der Schweiz ausgegangen (vgl. ebd.: 32ff). Es wird davon ausgegangen, dass Essstörungen im Zuge der COVID-19-Pandemie weltweit einen Anstieg von bis zu 30% verzeichnet haben (vgl. Haddad et al.: 2022: 13). Für die Schweiz fehlen dazu aktuell empirische Belege.

Aufgrund des weltweiten Anstieges, ist davon auszugehen, dass dies auch für die Schweiz gilt (vgl. Devoe et al.: 2023: o.S.). Besser erfasst werden in der Schweiz die Zahlen zum Übergewicht. Im Jahr 2022 waren in der Schweiz 39.1% der Männer und 22.8% der Frauen ab 15 Jahren übergewichtig (BMI zwischen 25-29.9). Weitere 13.2% der Männer und 11% der Frauen waren adipös (BMI ab 30) (vgl. Bundesamt für Statistik 2024: o.S.).

Gemäss dem Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich, waren im Schuljahr 2022/2023 16.7% der untersuchten Schüler:innen übergewichtig oder adipös (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz 2024: 2). Kinder der Basisstufe sind mit 10.4% weniger von Übergewicht und Adipositas betroffen, als Schüler:innen der Mittel- oder Oberstufe, mit 19.2% respektive 25.1%. Davon adipös sind in der Basisstufe, im Schuljahr 2022/23, 2.7%, in der Mittelstufe 4.7% und in der Oberstufe 6.4%. In der Basis- und Mittelstufe gibt es seit den 2000-er Jahren eine Reduktion der übergewichtigen Kinder, in der Oberstufe wird eine leichte Zunahme verzeichnet. In der Basisstufe gibt es kaum Unterschiede zwischen den Mädchen und den Jungen. In der Oberstufe sind Jungs rund eineinhalbmals häufiger adipös als die Mädchen (vgl. ebd.: 3f). Gesundheitsförderung Schweiz veröffentlicht die Zahlen des Monitorings jährlich und veröffentlicht ein Faktenblatt mit dem Schwerpunkt zur Entwicklung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Der aktuelle Stand zum Untergewicht von Schüler:innen kann diesen Daten nicht entnommen werden (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz 0.J.: o.S.).

Die Prävalenz von negativen Einstellungen gegenüber Übergewichtigen ist gemäss Adebahr und Lehmann (2017: 1) in den letzten Jahrzehnten gestiegen. Diese negative Einstellung beinhaltet die Annahme, dass übergewichtige Menschen schwach, faul und erfolglos sind. Zudem wird ihr hohes Gewicht mit einer geringen Willenskraft assoziiert. Gesellschaftlich kann «Übergewicht» gemäss Adebahr und Lehmann (2017: 1) als sozial akzeptierte Form der Stigmatisierung eingestuft werden. Dadurch habe das Ausmass von offenen hemmungslosen Beleidigungen von übergewichtigen und adipösen Menschen stark zugenommen. Dieses Phänomen wird als «Fat Shaming» bezeichnet. Unter Fat Shaming werden diskreditierende, meist öffentliche Äusserungen gegenüber vermeintlich übergewichtigen Menschen verstanden, die in Form von konkreter Kritik aufgrund des Gewichts geäussert werden und als beleidigend gemeint oder verstanden werden (vgl. Adebahr/ Lehmann 2017: 1f). Diese Stigmatisierung finde in allen Lebensbereichen statt, in sozialen Beziehungen, der Familie, der Erwerbsarbeit, im Bildungssystem und besonders stark im Gesundheitsbereich. Diese Stigmatisierung habe Folgen auf verschiedenen Ebenen, psychosoziale Folgen, Folgen für das Gesundheitsverhalten und physische Folgen.

Auf der psychosozialen Ebene kann die Stigmatisierung zu verringertem Selbstwert und erhöhtem Schamgefühl führen, zu sozialer Ausgrenzung beitragen und das Risiko für psychische Erkrankungen wie Depressionen und Essstörungen erhöhen (vgl. ebd.: 1). Bei Kindern und Jugendlichen erhöhen gemäss Voges, Legenbauer und Vocks (2022: 176) aussehens- und gewichtsbezogene Hänseleien unter Gleichaltrigen, die Vulnerabilität für späteres restriktives Essen und emotionale Probleme. Dies führt wiederum zum Hauptthema dieser Arbeit.

Zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Anorexia nervosa gibt es verschiedene Theorien. In den letzten Jahren hat sich besonders das multifaktorielle Modell durchgesetzt (vgl. Herpertz-Dahlmann 2022: 26). Dabei geht man davon aus, dass verschiedenste Faktoren zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Anorexia nervosa beitragen. Im Besonderen werden genetische Faktoren, nicht-genetische prä- und perinatale Faktoren, Einfluss des Mikrobioms und entzündliche Veränderungen, hormonelle Faktoren, familiäre Faktoren, soziokulturelle Faktoren sowie negative Kindheitserfahrungen und Trauma genannt (vgl. ebd.: 26ff). Für diese MAS Thesis sind innerhalb des multifaktoriellen Modelles für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Anorexia nervosa vordergründig die soziokulturellen Faktoren relevant. Als Risikofaktor für die Entstehung einer Essstörung zählt gemäss Herpertz-Dahlmann (2022: 30) besonders das westliche Schönheitsideal. Klotter (2015: 90) bezeichnet das vorherrschende Schönheitsideal als gesellschaftlichen Auslöser einer Anorexia nervosa. In entsprechenden Nationen, wie den USA, Europa, Japan und China ist die Prävalenz für Anorexia nervosa daher häufiger. In Lateinamerika und Afrika lässt sich häufiger eine Binge-Eating-Störung beobachten. Aufgrund der Globalisierung lassen sich kulturelle Normen kaum noch auf einen Kontinent beschränken.

Auch die Zugehörigkeit zu bestimmten Gruppen bedingt häufig eng definierte körperliche Normen, wie beispielsweise in Tanz- oder Sportgruppen (vgl. Herpertz-Dahlmann 2022: 30). Gemäss einer internationalen Studie fühlt sich in Deutschland jedes zweite Mädchen im Alter von 11 bzw. 15 Jahren zu dick. Bei den Jungen ist es etwa ein Drittel. Mit dieser Zahl liegt Deutschland in weltweiten Vergleich an der Spitze, und dies obwohl sich Jugendliche in Deutschland mit ihrem BMI im Mittelfeld bewegen würden. 78% der Kinder und Jugendlichen zwischen 6 bis 19 Jahren sind im Normalgewicht (vgl. Götz/Mendel 2015: 54f). Nach Götz und Mendel (2015: 55) fühlen sich trotzdem bei den 17-jährigen weiblichen Jugendlichen 79% zu dick. Dass die Prävalenz beim weiblichen Geschlecht höher liegt, als beim männlichen, wird gemäss Herperzt-Dahlmann (2022: 30f) oft als Beweis für die Bedeutung des Schlankheitsideales angesehen. Die Differenzierung von kulturellen und biologischen Faktoren ist komplex und es gibt wenige Studien, die sich spezifisch mit den soziokulturellen Risikofaktoren beim männlichen Geschlecht auseinandersetzen (vgl. ebd.: 30f).

Dass Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, Gewichtssorgen und ein kulturell bedingter «Schlankheitsdruck» zur Entstehung einer Essstörung beitragen kann, wird in verschiedenen Analysen bestätigt. Ungeklärt bleibt laut Herpertz-Dahlmann (2022: 31), ob das Schlankheitsideal ein ursächlicher oder auslösender Faktor für eine Anorexia nervosa ist.

Im Jahr 2015 fanden in der Schweiz erstmals Befragungen statt, bei denen Jugendliche selbst Auskunft zur Selbsteinschätzung ihres Körperbildes Auskunft geben konnten (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz 2017: 2). Bis zu diesem Zeitpunkt wurden Mädchen und Jungen nur explizit zu ihrem Körpergewicht und ihrer Körperform befragt, nicht zusätzlich zu ihrer Muskelmasse und ihrem Körperbild. Befragt wurden 2015 371 Jugendliche in der Deutschschweiz im Alter zwischen 13 und 16 Jahren. 2016 wurde der Fragebogen auf die Romandie adaptiert, dort wurden 652 Jugendliche befragt. Junge Frauen wurden in der Deutschschweiz nicht zur Muskelmasse befragt, dies wurde im Fragebogen der Romandie angepasst (vgl. ebd.: 2). Gesundheitsförderung Schweiz (2017: 4) hält aus verschiedenen Studien fest, dass eine Mehrheit der Frauen und Mädchen ein negatives Körperbild aufweist.

Jüngere Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass auch Jungen immer unzufriedener mit ihrem Körper werden. Als Faktoren für ein negatives Körperbild beschreibt Gesundheitsförderung Schweiz (2017: 4) eine starke Unzufriedenheit, negative Gefühle sowie negative Gedanken gegenüber dem eigenen Körper, sowie ein starker Druck aufgrund des kulturellen Schönheitsideals, der sozialen Botschaften sowie der individuellen Persönlichkeitsmerkmale. Problematisch ist ein negatives Körperbild dann, wenn der Wunsch, seinen Körper zu verändern, zu einem gesundheitsgefährdenden Verhalten führt oder wenn es die psychische Gesundheit ernsthaft beeinträchtigt (vgl. ebd.: 4). Gemäss Gesundheitsförderung Schweiz (2017: 4) sehen die aktuellen Trends des Schönheitsideales für junge Frauen, wie bei Männern, vor, schlank und gleichzeitig muskulös zu sein.

Dies kann sich langfristig negativ auf die weibliche Gesundheit auswirken. Denn damit beim weiblichen Körper am Bauch ein Sixpack sichtbar wird, muss eine Frau einen Körperfettanteil von unter 10% aufweisen, jedoch ist für Frauen ein Körperfettanteil von mindestens 10-13% lebensnotwendig (vgl. ebd.: 4).

Personen mit einem positiven Körperbild sind laut Gesundheitsförderung Schweiz (2017: 5) zufriedener mit ihrem Körper, können sorgsam mit ihrem Körper umgehen und können die gesellschaftlich vorherrschenden Schönheitsideale kritisch reflektieren. Gesundheitsförderung Schweiz (2017: 5) sieht verschiedene Faktoren zur Stärkung des positiven Körperbildes beitragen können.

Explizit nennen sie, die Anerkennung der Diversität, einen sorgsamem Umgang mit dem eigenen Körper, die Stärkung der Medienkompetenzen, die Stärkung der Lebenskompetenzen (wie Selbstwahrnehmung/Achtsamkeit, Problemlösefähigkeiten/ Stressbewältigung, Emotionsregulation, kritisches Denken) und soziale Unterstützung. In beiden Sprachregionen korreliert ein positives Körperbild signifikant positiv mit der psychischen Gesundheit und signifikant negativ mit dem Einfluss der Medien.

Im Schnitt gaben 46% der jungen Männer sowie rund 38% der jungen Frauen an, ihr Wunschgewicht zu haben. Dabei ergibt sich bei den jungen Männern in der Deutschschweiz eine auffallend bessere Körperzufriedenheit als in der Romandie. Während sich in der Deutschschweiz gleichsam 22% zu dick und 22% zu dünn fühlen, geben 56% an, ihr Wunschgewicht zu haben. In der Romandie geben dies nur 37% der jungen Männer an, dort fühlen sich 40% der jungen Männer zu dick und 23% zu schlank (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz 2017: 6). Bei den jungen Frauen geben in der Deutschschweiz 59% an, sich zu dick zu fühlen, in der Romandie sind es 49%. Nur 35% der jungen Frauen in der Deutschschweiz und 39% in der Romandie geben bei der Befragung an, ihr Wunschgewicht zu haben. Gesundheitsförderung Schweiz (2017: 6) gibt an, dass die Ursache für die grosse Diskrepanz bei jungen Männern in einer weiteren Studie genauer erforscht werden müsste. Da die Umfrage in der Romandie gegen Ende der Fussball-Europameisterschaft 2016 stattfand und diese der Deutschschweiz während der Wintermonate 2015, geht Gesundheitsförderung Schweiz (2017: 6) von der These aus, dass ein aktueller Fitnesstrend und ein sportliches Grossereignis sich stark auf die Wahrnehmung des eigenen Körperbildes auswirken. Die Jugendlichen wurden befragt, welche Bezugspersonen sie auf ihre Körperform ansprechen würden (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz 2017: 7).

Der grösste Teil der Jugendlichen in beiden Sprachregionen geben an, dass sie nicht von anderen Personen auf ihre Körperform angesprochen werden. Deutlich fällt auf, dass junge Männer in der Romandie stark häufiger von Trainer:innen und Sportlehrpersonen auf ihre Körperform angesprochen werden als in der Deutschschweiz (12.2% zu 7.7%). Junge Frauen werden in beiden Sprachregionen insbesondere vom Hausärzt:innen, darauf hingewiesen, wie ihre Körper sein müssten (8.0% in der Deutschschweiz, 5.6% in der Romandie) (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz 2017: 7). Die Tatsache, dass junge Männer besonders von Vertrauenspersonen im Sportbereich auf ihre Körperform angesprochen werden, führt Gesundheitsförderung Schweiz (2017: 7) auf das neue Schlankheitsideal des Mannes zurück, schlank und zugleich muskulös.

Weiter wurden die Jugendlichen dazu befragt, welche Verhaltensstrategien sie anwenden, um ihre Körper gemäss ihrer Vorstellung von Schönheit zu verändern (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz 2017: 8). In der Deutschschweiz sind 89% der jungen Männer bereit, Krafttraining für Muskelaufbau zu betreiben, in der Romandie geben dies nur 56% der jungen Männer an. Ebenso ist die Bereitschaft der jungen Männer in der Deutschschweiz für andere Massnahmen zum Muskelaufbau bedeutend höher, vermehrte Kalorienzufuhr (24% zu 7%), Nahrungsergänzungsmittel (13% zu 5%), Keratin (0.9% zu 0.6%) sowie Anabolika (4% zu 0.6%). Gemäss der Befragung wären junge Männer zufriedener mit ihrem Körper, wenn sie mehr Muskeln hätten, junge Frauen würden sich hingegen wünschen weniger Gewicht zu haben (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz 2017: 8). Junge Frauen in der Deutschschweiz weisen in der Kategorie «Abnehmen» die höchste Bereitschaft auf, 34.7% sind bereit für Diäten, bei den jungen Männern in der Deutschschweiz sind es 21.6%, in der Romandie 6.8% bei den jungen Männern und 12.3% bei den jungen Frauen. Bereit zu Erbrechen, um abzunehmen sind 7.6% der jungen Frauen in der Deutschschweiz und 5.8% sind bereit, sich einer Schönheitsoperation zu unterziehen (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz 2017: 8). Aus der Befragung, der Jugendlichen in der Deutschschweiz, kann darauf geschlossen werden, dass Jugendliche, die wenige dafür tun um ihren Körper zu verändern, ein positiveres Selbstbild ihres Körpers haben, als Jugendliche, die viel dafür tun, ihren Körper zu verändern (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz 2016: 3).

Gemäss Klotter (2015: 76) würden schlanke Menschen in unserer Gesellschaft Attraktivität, Fitness, Flexibilität, Dynamik, beruflichen Erfolg und Stil repräsentieren. Dies spiegelt sich in der Befragung der Gesundheitsförderung Schweiz (2017: 9), demnach korreliert die Hoffnung auf persönliche und gesellschaftliche Akzeptanz sowie der Einfluss der Medien, sehr stark mit einem positiven Körperbild. Mehr als die Hälfte der Jugendlichen in der Befragung in der Deutschschweiz konnten benennen, dass ein veränderter, idealer Körper nicht unbedingt zu mehr Selbstwert, Erfolg und Glück führt (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz 2016: 3). Aus ihrer Befragung leitet Gesundheitsförderung Schweiz (2017: 10) Handlungsempfehlungen ab, diese beziehen sich auf die Forschung, so halten sie es für relevant, dass die Forschung sich nicht mehr ausschliesslich mit der Frage nach Grösse und Gewicht, somit dem BMI, sondern mit einem umfassenderen Verständnis befassen müsse. Forschung müsse sich aus ihrer Sicht mit den Faktoren befassen, die das Schönheitsideal und dadurch auch das Körperbild der jungen Menschen beeinflussten (vgl. ebd. 10).

Da neben dem Untergewicht viele weitere Faktoren, wie das eigene Körperbild und ein kulturell geprägtes Schönheitsideal, eine Essstörung begünstigen, plädiert Habermas (1994: 90) dafür, dass die Anorexia nervosa als kulturtypische Störung begriffen wird. Ohne das vorherrschende Schlankheitsideal und die Kulturtechnik des Diätens sei die Anorexia nervosa nicht denkbar.

Habermas (1994: 90) sowie Pauli (2018:14ff) verweisen darauf, dass heute bereits Eltern der Jugendlichen mit dem vorherrschenden Schlankheitsideal aufgewachsen sind. Am Familientisch werde dadurch schlankheitsbewusste Ernährung oft Thema. Laut Pauli (2018: 16ff) würden Essstörungen bei Jugendlichen nicht selten mit gemeinsamen Diäten im familiären Umfeld anfangen. Sie verweist dabei nicht auf eine (Mit-)Schuld der Eltern, sondern auf ein gesellschaftliches Problem. Voges, Legenbauer und Vocks (2022: 175) sehen zwei Möglichkeiten, wie ein gestörtes Körperbild von Eltern auf ihre Kinder übergehen kann. Einerseits können dysfunktionale körperbezogene Einstellungen durch Lernen am Modell von den Kindern verinnerlicht werden oder Eltern wirken mit direkten negativen Äusserungen zu Körpergewicht oder aussehen auf ihre Kinder ein (vgl. ebd.: 175).

Auch das psychische Wohlbefinden der Jugendlichen wirkt sich auf das eigene Körperbild aus. Jugendliche, die ein positiveres Selbstbild ihres Körpers haben, unternehmen weniger dafür, ihren Körper zu verändern (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz 2016: 3). Jugendliche mit einem negativen Körperbild weisen eine starke Unzufriedenheit sowie negative Gefühle und Gedanken gegenüber dem eigenen Körper auf. Ein negatives Körperbild kann zu gesundheitsgefährdendem Verhalten führen oder die psychische Gesundheit ernsthaft gefährden (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz 2017: 4).

Mit der Diagnose Anorexia nervosa geht, wie in Kapitel 2.1 beschrieben, eine hohe Komorbidität einher (vgl. Steinhausen 2002: 1248ff). Daraus kann geschlossen werden, dass die psychische Gesundheit für die Entstehung, die Aufrechterhaltung und die Behandlung von Anorexia nervosa eine hohe Relevanz hat. Bigler, Pita und Amacker (2024: 3) befassten sich mit der psychischen Gesundheit von jungen Frauen in der Schweiz. Da davon ausgegangen werden kann, dass neun von zehn Betroffenen von Anorexia nervosa weiblich sind, wird sich diese MAS Thesis, in Bezug auf die psychische Gesundheit, auf eine Arbeit beziehen, die sich alleine mit dem weiblichen Geschlecht befasst hat (vgl. Wunderer 2015: 39). Sie gehen von einem Verständnis von psychischer Gesundheit aus, das mehr ist als das Fehlen einer psychischen Störung, sie gehen davon aus, dass psychische Gesundheit ein integraler Bestandteil von Gesundheit und Wohlbefinden ist (vgl. ebd.: 3). Sie beziehen sich auf verschiedene Studien und gehen davon aus, dass weltweit 20% der Jugendlichen von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, vor allem von Angststörungen und Depressionen. Bereits im Kinds- und Jugendalter würden Mädchen tendenziell von schlechterer psychischer Gesundheit berichten als Jungen, dieser geschlechterspezifische Unterschied nimmt mit dem Alter zu (vgl. Bigler et al. 2024: 3f). Die Anzahl junger Menschen, welche an psychischen Erkrankungen leiden, hat sich in der Schweiz zwischen 2017 und 2020/2021 mehr als verdoppelt, wobei bei jungen Mädchen ein stärkerer Anstieg festgestellt wird (vgl. Bigler et al. 2024: 4).

Es wird davon ausgegangen, dass strukturelle und soziokulturelle Faktoren tendenziell das Risiko von Depressionen bei Mädchen und Frauen erhöhen. Zu diesen Faktoren zählen niedriges Bildungsniveau, Armut, häusliche Gewalt, sexueller Missbrauch und geringe Selbstbestimmung (vgl. ebd.: 4).

Bigler et al. (2024: 6) verweisen darauf, dass psychische Gesundheit sowohl von persönlichen Fähigkeiten, wie dem Umgang mit Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Interaktionen beeinflusst wird, wie auch von sozialen, kulturellen, wirtschaftlichen, politischen und umweltbedingten Faktoren. Psychische Gesundheit würde eng in Zusammenhang mit der Gesellschaft stehen und soziale Determinanten können sich positiv oder negativ auf die psychische Gesundheit auswirken. Eine gute psychische Gesundheit trägt zum Wohlbefinden der einzelnen Person, der Familie, der Gemeinschaft sowie der Gesellschaft als Ganzes bei. Daher sollte die Förderung der psychischen Gesundheit sowohl auf individueller, sozialer wie gesellschaftlicher Ebene stattfinden (vgl. ebd.: 6f). Jugendliche und junge Erwachsene sehen sich gemäss Bigler et al. (2024: 10) in einem immer komplexeren sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Umfeld, das sie vor zunehmend grössere Herausforderungen stellt. Der United Nations Children's Fund (UNICEF) (2023: 5f) stellt fest, dass sich die Welt, somit auch die Kinder und Jugendlichen, gegenwärtig in einer Zeit der multiplen Krisen befindet. Für Europa wird dabei auf die Pandemie, die Klima- und Energiekrise, sowie Krieg und Inflation verwiesen. Kumulativ wirken sich diese Krisen negativ auf das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit der jungen Menschen aus (vgl. Bigler et al. 2024: 10).

Aus Expert:inneninterviews, die Bigler et al. (2024: 11) geführt haben, geht hervor, dass die psychische Gesundheit junger Frauen in der Schweiz, vor allem durch drei Faktoren beeinflusst wird. Diese setzen sich zusammen aus Leistungsdruck und Stress, dem Einfluss der sozialen Medien sowie dem Geschlecht und Geschlechterrollen. Der Einfluss der (sozialen) Medien, wird in Kapitel 3.2.3. dieser Arbeit genauer beleuchtet. Im Bereich Leistungsdruck und Stress nehmen die Expert:innen wahr, dass sich junge Frauen heute in verschiedenen Lebensbereichen einem enormen Leistungsdruck ausgesetzt fühlen (vgl. Bigler et al. 2024: 12). So stellen die jungen Frauen hohe Ansprüche an sich selbst und spüren einen Erwartungsdruck seitens der Schule und der Gesellschaft. Dem Körperbild und Aussehen wird grosse Bedeutung beigemessen. Auch die Wahl des Lebensstils einschliesslich Sport, Kochen, Ernährung, kann zum Druck beitragen ein perfektes Leben führen zu müssen. Dieser Druck wird durch die sozialen Medien verstärkt (vgl. ebd.: 13).

Der dritte Faktor, der laut den Expertinnen:interviews von Bigler et al. (2024: 14) zu einer schlechteren psychischen Gesundheit bei jungen Frauen führt ist Geschlecht und Geschlechterrollen.

Demzufolge wirkt sich das Festhalten an traditionellen Geschlechterrollen, insbesondere an unrealistischen Vorstellungen von Weiblichkeit und Männlichkeit, als negative Belastung auf die Jugendlichen aus (vgl. ebd.: 14). Dabei verweisen Bigler et. al. (2024: 14) auf eine Studie, die aufzeigt, dass Mädchen und junge Frauen, die in Ländern mit grösserer geschlechtsspezifischer Ungleichheit leben, häufiger unzufrieden mit ihrem Körperbild sind. Zudem weisen sie einen tieferen Gesundheitsstatus sowie eine geringere Lebenszufriedenheit auf. Bigler et al. (2024: 15) gehen davon aus, dass geschlechtsspezifische Unterschiede einen erheblichen Einfluss auf die Entwicklung depressiver Symptome bei Frauen haben.

Weiter ist die Wahrscheinlichkeit bei Frauen erhöht, dass ihr psychisches Wohlbefinden durch soziale Normen wie Weiblichkeit, körperliche Attraktivität und das Bedürfnis, es anderen recht zu machen, negativ beeinflusst wird (vgl. ebd.: 15). Gemäss den Ergebnissen aus den Expert:inneninterviews werde in Herkunftsfamilien oft noch ein traditionelles Rollenbild vertreten, das sich stark von den in Bezug auf Geschlecht egalitären Rollenbildern in den sozialen Medien unterscheidet, dies kann zu Stress und Spannungen führen (vgl. Bigler et al. 2024: 15). Als notwendige geschlechtsspezifische Massnahme sehen sie die Schaffung von sicheren Räumen, für die Auseinandersetzung mit dem Körperbild und die Förderung des Selbstbewusstseins. Auch die psychische Gesundheit von jungen Männern und nicht-binären Jugendlichen sollte nicht ausser Acht gelassen werden (vgl. ebd.: 16).

Bigler et al. (2024: 16ff) schlagen unter anderem folgende gesundheitsfördernden Massnahmen für die psychische Gesundheit der jungen Frauen vor:

- Die Vermittlung von Wissen zu psychischer Gesundheit im Allgemeinen, ohne sich dabei auf psychische Störungen zu konzentrieren. Der Fokus soll vielmehr bei den Themen Stress, Stressbewältigung, Emotionsregulation, Mobbingprävention, Arbeitsorganisation, Körperbild, Selbstwahrnehmung, Selbstbild und Medienkompetenz liegen.
- Bei der Vermittlung von Medienkompetenzen soll das Erkennen und der Umgang mit «Fake News» einbezogen werden, respektive thematisiert werden, wie man vertrauenswürdige Quellen identifiziert.

Weiter sollen Strategien zum Umgang mit der Informationsflut in den sozialen Medien vermittelt werden und es soll Raum geschaffen werden, in dem junge Frauen über die Inhalte und deren Wirkung unter anderem auf das Körperbild diskutiert werden können.

- Der digitale Raum soll zur Förderung der psychischen Gesundheit junger Frauen genutzt werden, beispielsweise durch die Bereitstellung digitaler Selbsthilfegruppen, Peer-Unterstützung und das Bereitstellen von Wissen zu psychischer Gesundheit.

- Dem grossen Bedürfnis junger Frauen nach Autonomie kann begegnet werden, in dem ihre Ressourcen genutzt werden, zu Themen wie Rollenbilder, Körperbild und psychischer Gesundheit, können im geschützten Rahmen moderierte Peerguppen angeboten werden, face-to-face oder im digitalen Raum.
- Eine Ressource junger Frauen auf individueller Ebene, ist die Fähigkeit, offen über psychische Gesundheit und Geschlechterrollen zu sprechen. Diese Ressource sollte bei der Entwicklung von Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit genutzt werden.

Aus diesen Handlungsempfehlungen und den vorherigen Kapiteln wird ersichtlich, dass die (sozialen) Medien einen erheblichen Einfluss auf die Jugendlichen und jungen Erwachsenen haben. Daher wird der Einfluss der Medien im nächsten Kapitel spezifisch beleuchtet.

### **3.2.3 Einfluss der Medien auf Schönheitsideal und Körperbild**

Bereits länger ist bekannt, dass die in den Medien verbreiteten Bilder Einfluss auf die Körperzufriedenheit der Menschen sowie Essstörungssymptome haben (vgl. Wunderer 2015: 95ff). Bereits Kinder und Jugendliche verbringen heute mehrere Stunden täglich online, Medien sind daher nicht mehr wegzudenken (vgl. Wunderer 2015: 96f). Ein Grossteil der für diese Arbeit verwendeten Literatur geht davon aus, dass der Umgang mit (sozialen) Medien Bestandteil jeder Behandlung von Essstörungen sein sollte (vgl. Herpertz-Dahlmann 2022: 31; Götz/ Mendel 2015: 57; Bauer/ Stadler/ Mössner 2022: 185ff). Auch der Einbezug von Medien in die Behandlung als Medium wird empfohlen (vgl. Bauer et al. 2022: 185ff; Bigler et al. 2024: 16ff).

Gemäss Bigler et al. (2014: 13ff) belegen verschiedene Studien, dass ein Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen, wie Depressionen, Angst und Stress und dem Medienkonsum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen besteht. Einer Studie von Blanchard et al. (2024: 13) zufolge besteht ebenfalls ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Nutzung von sozialen Medien und Symptomen wie Essstörungen, Körperunzufriedenheit und Angst. Den Expert:inneninterviews, auf die sich Bigler et al. (2024: 14) beziehen zufolge, fördern die sozialen Medien den ständigen Vergleich zwischen dem eigenen Leben und den auf den sozialen Plattformen dargestellten Leben. Auf das Körperbild, die Identität sowie das Selbstwertgefühl kann sich dieser soziale Vergleich sowohl positiv als auch negativ auswirken. Das Belohnungssystem der sozialen Medien, mit dem schnelles Feedback auf hochgeladene Beiträge möglich ist, kann Emotionen positiv oder negativ verstärken. Weitere negative Auswirkungen können durch Cybermobbing, Schlaf- und Bewegungsmangel verstärkt werden (vgl. Bigler et al. 2024: 13ff).

Nach Wunderer (2015: 96) transportieren Massenmedien Inhalte, die den Wert von Schönheit überhöhen und Schönheit mit Schlankheit gleichsetzen. Bei vielen Menschen wird der Druck, schlank sein zu müssen, durch die Medien verstärkt, dies ist ein Risikofaktor, insbesondere für die Körperzufriedenheit. Schlanke Menschen sind in den Medien im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung überrepräsentiert. Auch die Darstellung und die Rollenzuteilung der schlanken Charaktere unterscheidet sich von denen ihrer übergewichtigeren Kolleg:innen.

Wunderer (2015: 96f) gibt zu bedenken, dass Massenmedien von praktisch allen Altersgruppen ausreichend konsumiert werden. Bei den Jugendlichen geht sie davon aus, dass das Internet die zentralste Rolle spielt, da Heranwachsende täglich mehrere Stunden online verbringen, der Einfluss von Fernsehen, Radio und Printmedien gerate dadurch etwas in den Hintergrund. Weiter verweist sie darauf, dass Querschnittstudien sowie experimentelle Studien belegen, dass ein geringer bis mittleren Zusammenhang zwischen dem Ausmass des Medienkonsums und dem Ausmass an Körperzufriedenheit, Idealisierung eines schlanken Körpers und gestörtem Essverhalten bestehen. Medienkompetenzen im Sinne von kritischer Reflexion der in den Massenmedien verbreiteten Inhalte, kann gemäss ersten Studien, die schädliche Wirkung abmildern, auch wenn es dazu noch mehr Forschung benötigt (vgl. Wunderer 2015: 98).

Das vorherrschende Schlankheitsideal wird von verschiedenen Medien vermittelt, bei Jugendlichen hauptsächlich durch das Internet (Instagram, TikTok, Musikvideos etc.), gegebenenfalls auch durch das Fernsehen (vgl. Herpertz-Dahlmann 2022: 31; Voges, Legenbauer, Vocks 2022: 176). Einer Untersuchung von Götz und Mendel (2015: 56) zufolge schauen bereits mehr als 25% der 7-jährigen Mädchen Germany's Next Topmodel (GNTM), bei den 16-jährigen sind es 92%. Der Gedanke zu dick zu sein, ist bei den Zuschauerinnen von Germany's next Topmodel signifikant häufiger, als bei den Mädchen, die nicht schauen. So geben im Durchschnitt 64% der jungen Zuschauerinnen an, zu dick zu sein, während es bei den Nicht-Zuschauerinnen nur 41% sind. Besonders bei denen, die angeben «immer» GNTM zu schauen, ist die Ausprägung besonders stark, dort geben 69% an, sich zu dick zu fühlen. Sehr stark sei der Unterschied bei den 13-jährigen, dort fühlen sich unter den Zuschauerinnen rund drei Viertel (73%) zu dick, bei den Nicht-Zuschauerinnen seien es nur 45%. Deutlich fällt auf, dass sich untergewichtige Mädchen rund 5x öfter für zu dick halten, wenn Sie GNTM schauen, im Vergleich zu den untergewichtigen Mädchen, die nicht schauen (vgl. ebd.: 56). Daraus schliessen Götz und Mendel (2015: 57) auf eine Gefährdung der Mädchen mit einer Prädisposition für Essstörungen.

Gemäss Herpertz-Dahlmann (2022: 31) zeigen experimentelle Untersuchungen auf, dass die Konfrontation mit Bildern, von Frauen mit sehr schlanken Körpern, zu einer Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper führt, besonders bei denjenigen, die bereits vorher mit ihrem Körper unzufrieden waren. Neben Kritik und Bemerkungen in der Familie spielen auch die Peers eine wichtige Rolle, besonders, wenn eigene Fotos, die im Internet hochgeladen werden, von Gleichaltrigen kommentiert werden. Figurbedingtes Mobbing scheint bei Betroffenen von Anorexia nervosa im Vergleich zu anderen Essstörungen eher selten der Fall zu sein (vgl. Herpertz-Dahlmann 2022: 31). Im Bereich des Übergewichts werden Frauen gemäss Adebahr und Lehmann (2017: 3) aufgrund des gesellschaftlichen und medialen Drucks, die Schlankheitsnorm einzuhalten, häufiger diskreditiert als Männer.

Nicht nur in den sozialen Medien und in Unterhaltungsshows werden Kinder und Jugendliche mit verzerrten Körperrealitäten konfrontiert, dieses Narrativ wird auch in Kinderbüchern und Zeichentrickfilmen bedient. So etwa mit: „Spieglein, Spieglein an der Wand, wer ist die schönste im ganzen Land?“ Original ein Zitat aus einem Märchen der Gebrüder Grimm (1812), aktueller zitiert nach Folke (2012: o.S.), die sich in der Sendung Treffpunkt auf Radio DRS mit der Frage beschäftigte, „Was ist schön?“. Folke (2012: o.S.) geht davon aus, dass die Gesellschaft in allen Bereichen des Lebens einem schier unerreichbaren Schönheitsideal naheifert. Auch Schutzbach (2021: 146) nimmt dieses Narrativ auf, sie beschreibt, dass der Körper von Schneewittchen, der Dreh- und Angelpunkt der Geschichte sei. Ihr Äusseres löst die Handlung aus und treibt sie voran. In der Populärkultur finden sich zahlreiche weitere Beispiele dafür, dass der Wert einer Frau von ihrem äusseren Erscheinungsbild abhängt (vgl. Lavoyer 2024: 220). So wird in folgenden Filmen im Verlaufe der Handlung erkannt, dass die Hauptperson „schön“ ist und die Situation verändert sich für die betroffene Person zum besseren: Aschenputtel (1950), Pretty Woman (1990), Clueless (1995), Plötzlich Prinzessin (2001), Harry Potter und der Feuerkelch (2005), die Tribute von Panem (2012) (vgl. ebd. 2024: 220).

Wunderer (2015: 95ff) fasst den Einfluss der Medien aus verschiedenen Studien zusammen. Demnach ist bereits länger bekannt, dass Massenmedien Einfluss auf die Körperzufriedenheit und Essstörungssymptome haben. Neuer ist die Entwicklung der Internetforen, bei denen sich Betroffene gegenseitig in ihrem gestörten Essverhalten bestärken. Sie spricht dabei von Pro-ANA-Foren (Anorexia nervosa) beziehungsweise Pro-MIA-Foren (Bulimia nervosa). Die Verbreitung von solchen Pro-ANA- und Pro-MIA-Inhalten nimmt zu (vgl. Wunderer 2015: 95ff). Inhalte solcher Seiten, Foren oder Filme, sind Tipps zum Abnehmen, Erbrechen, Verheimlichen der Symptome, persönliche Briefe an die vermeintliche «Freundin» ANA oder MIA, sowie Fotos von abgemagerten Models und anorektischen Menschen, als Inspiration (auch «Thinspiration»).

Gemäss Wunderer (2015: 99) bilden die Nutzer:innen dieser Seiten eine eingeschworene und abgegrenzte Gemeinschaft, sie bestärken sich gegenseitig in ihren destruktiven Mustern. Sie erleben vordergründig soziale Unterstützung, Hilfe zu suchen kommt für viele nicht in Frage, einige Internetseiten stellen dies teilweise als bedrohlich oder als Irrweg dar, da die Essstörung nicht als Krankheit oder Problem aufgefasst wird.

Die Zielgruppe dieser Seiten sind hauptsächlich junge Menschen mit Essstörungen. Laut Herpertz-Dahlmann (2022: 31) gibt es unzählige solcher Webseiten, die Anleitungen für exzessive Gewichtsabnahme und körperliches Training geben, fast alle ihrer Patientinnen berichten, diese Webseiten intensiv konsumiert zu haben. Aufgrund der grossen Verbreitung weist Wunderer (2015: 100) darauf hin, dass dies in der Beratungsarbeit berücksichtigt werden muss.

Auch Kampagnen und Werbung in den Medien können Einfluss nehmen auf die Einschätzung junger Menschen, beispielsweise darauf, wie gesund einzelne Nahrungsmittelgruppen und Ernährungsempfehlungen sind. In einer amerikanischen Untersuchung bei Sechst- und Siebtklässler:innen wurde bei der Hälfte ein dichotomes Denken in Bezug auf Nahrungsmittel festgestellt. Nahrungsmittel in «gut» und «schlecht» einzuteilen, ist für Menschen mit Essstörungen ein typisches Verhalten. Weiter gaben 16% der Jugendlichen an, eine fettfreie Ernährung sei die gesündeste; fettarme oder fettfreie Ernährung wurde hauptsächlich von denjenigen Jugendlichen bevorzugt, die bereits ein auffälliges Essverhalten zeigten. Daher warnen die Autor:innen dieser Befragung davor, in Kampagnen undifferenziert vor Fett in der Nahrung zu warnen (vgl. ebd.: 98).

Wunderer (2015: 97f) hält aus Studien fest, dass nicht nur das Ausmass des Medienkonsums relevant ist, sondern vielmehr die Inhalte und die Konsummotivation. Besonders hoch ist der Einfluss, wenn der Inhalt einer Sendung vermeintlich nahe am «echten Leben» ist. Die Chance, sich mit diesen Inhalten zu identifizieren, ist grösser und die Reflexion entsprechend kleiner. Der Zusammenhang mit der Körperunzufriedenheit ist dann besonders gross, wenn Medien konsumiert werden, um negativen Gefühlen zu entkommen oder um etwas für sein Leben zu lernen (vgl. ebd.: 98). Bei einer Befragung der Gesundheitsförderung Schweiz (2016: 3) von Jugendlichen in der Deutschschweiz gaben diese an, dass das eigene Körperbild davon beeinflusst werde, wie die Fähigkeit ist, unrealistische Fremdbilder von sich zu weisen. Aus den Daten kann darauf geschlossen werden, dass den Jugendlichen bewusst ist, dass die Medien unrealistische Bilder von Körpern vermitteln. Je weniger die Jugendlichen angeben, sich davon beeinflussen zu lassen, und je weniger sie davon ausgehen, dass Selbstwert und Glück von einem «schönen» Körper abhängen, desto stärker kann dies als Hinweis für ein positives Körperbild gewertet werden (vgl. ebd.: 3).

Gesundheitsförderung Schweiz (2017: 9) konnte sowohl in der Deutschschweiz, als auch in der Romandie feststellen, dass die psychische Gesundheit der Jugendlichen signifikant besser ist, wenn es den Jugendlichen gelingt, den Einfluss der Medien gering zu halten. Voges et al. (2022: 177) bestätigen diese Perspektive. Trotz zahlreicher Studien zu den negativen Effekten der Präsentation von Schönheitsidealen in den Medien muss berücksichtigt werden, dass viele Personen trotz Medienkonsum keine Körperbildstörung entwickeln. Eine Metaanalyse stellt den Effekt von Medien auf das Körperbild als sehr klein dar und verweisen darauf, dass primär vulnerable Personen, wie Frauen mit bereits bestehender Körperunzufriedenheit, durch Medien negativ beeinflusst werden können. Welche Faktoren dazu beitragen, dass sich Medien negativ auf das Körperbild auswirken und wie dem entgegengewirkt werden kann, muss aber noch genauer erforscht werden (vgl. ebd. 177).

Eine Anorexia nervosa geht oft mit einer Körperbildstörung (oben auch Körperschemastörung) einher, daher sollen Interventionen zur Verbesserung des Körperbildes in die Behandlung von Essstörungen integriert werden (vgl. Voges et al. 2022: 179). Als solche Interventionen empfehlen Voges et al. (2022: 179) die Erarbeitung eines Störungsmodells, die Modifikation dysfunktionaler körperbezogener Kognitionen, Körperkonfrontation (bzw. Spiegelexposition), die Reduktion körperbezogener Vermeidungs- und Kontrollverhaltens sowie den Aufbau positiver körperbezogener Aktivitäten. Die Gesundheitsförderung Schweiz (2017: 9) verweist an dieser Stelle auf den Nutzen der sozialen Medien, sie sind starke Meinungsbildner:innen, nicht zuletzt in Bezug auf das Körperbild. So setzen sich viele Influencer:innen bereits heute für den Begriff «Body-Positivity» und ein positives Körperbild ein. Sie sensibilisieren und stellen die bestehenden Schönheitsideale in Frage. Sie setzen damit ein wichtiges Zeichen innerhalb der Community und können als Peers andere junge Menschen motivieren, die umgebenden Normen kritisch zu reflektieren (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz 2017: 9). Weitere Aspekte der sozialen Medien, die sich positiv auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden auswirken können sind gemäss Bigler et al. (2024: 13ff) beispielsweise die Möglichkeit sich austauschen zu können, sich kreativ ausdrücken zu können und in Kontakt treten zu können. Solche Vorteile können in der Behandlung von Anorexia nervosa genutzt werden.

### 3.3 Zwischenfazit

Mit dem erarbeiteten Wissen aus diesem Kapitel können zwei der Unterfragen, der Fragestellung beantwortet werden:

- Wie wirkt sich das System Gesellschaft auf das Schönheitsideal und das Körperbild der Jugendlichen aus?
- Welche gesellschaftlichen Einflussfaktoren sind relevant für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Anorexia nervosa?

Zur Frage, wie sich das System Gesellschaft auf das Schönheitsideal und das Körperbild der Jugendlichen auswirkt, kann zusammengefasst werden, dass das System Gesellschaft sehr divers auf das Schönheitsideal und das Körperbild von Jugendlichen einwirkt. Klotter (2015: 76) geht beispielsweise davon aus, dass schlanke Menschen in der westlichen Gesellschaft Attraktivität, Fitness, Flexibilität, Dynamik, beruflichen Erfolg und Stil repräsentieren. Der aktuelle Trend beim Schönheitsideal sieht schlanke und gleichzeitig muskulöse Körper vor (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz 2017: 4). Dieses gesellschaftlich verbreitete Schönheitsideal sowie die verbreitete Stigmatisierung von Übergewicht kann bei Jugendlichen zu Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper sowie einem internalisierten „Schlankheitsdruck“ führen (vgl. Adebahr/ Lehmann 2017: 1f; Herpertz-Dahlmann 2022: 31). Gesundheitsförderung Schweiz (2017: 6) stellt weiter die These auf, dass sich aktuelle Fitnesstrends und sportliche Grossereignisse auf das Körperbild der Jugendlichen auswirken. Bigler et al. (2024: 10) stellen fest, dass sich Jugendliche und junge Erwachsene in einem zunehmend komplexeren sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Umfeld sehen, das immer grössere Herausforderungen an sie stellt. Der United Nations Children's Fund (UNICEF) (2023: 5f) beschreibt, dass sich die Welt, und damit auch die Kinder und Jugendliche, gegenwärtig in einer Zeit der multiplen Krisen befindet. Für Europa wird dabei auf die Pandemie, die Klima- und Energiekrise sowie auf Inflation und Krieg verwiesen. Zusammen können sich diese Krisen negativ auf das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit der jungen Menschen auswirken (vgl. Bigler et al. 2024: 10).

Auch in den Entwicklungsmodellen gibt es verschiedene Anhaltspunkte dafür, dass die gesamtgesellschaftlichen Bedingungen und kulturelle Prozesse einen grossen Einfluss auf die Jugendlichen, und somit die Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz, haben (vgl. Rothgang/ Bach 2021: 104; Erikson 1988: 88; Havighurst 1976: 97; Scherr 2009: 16).

Aus den Expert:inneninterviews, die Bigler et al. (2024: 11) geführt haben, geht hervor, dass sich drei Faktoren wesentlich auf das psychische Wohlbefinden von jungen Frauen auswirken, diese sind Leistungsdruck und Stress, der Einfluss der sozialen Medien sowie das Geschlecht und Geschlechterrollen. Werte einer Gesellschaft spiegeln sich in den Medien wider, das darin vermittelte Schönheitsideal und weitere Darstellungen beeinflussen Jugendliche stark in ihrem Körperbild und ihren Schönheitsidealen (vgl. Wunderer 2015: 96ff; Götz/ Mendel 2015: 56ff; Herpertz-Dahlmann 2022: 31; Voges et al. 2022: 176). Da mit Anorexia nervosa diverse Komorbiditäten im Bereich der psychischen Gesundheit einhergehen, kann davon ausgegangen werden, dass sich diese Faktoren, die als gesellschaftlich betrachtet werden können, ebenfalls auf die Essstörung auswirken.

Zur zweiten dieser Unterfragen, welche dieser gesellschaftlichen Einflussfaktoren relevant sind für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Anorexia nervosa, zeigt sich, dass der Einflussfaktor, der bereits in der Hauptfragestellung als Annahme enthalten ist, die Schönheitsideale, sich wesentlich auf die Entstehung und die Aufrechterhaltung auswirkt. Generell wird bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Anorexia nervosa von einem multifaktoriellen Modell ausgegangen, das sich zusammensetzt aus neurobiologischen, genetischen, (entwicklungs-)psychologischen und sozialen (gesellschaftlichen, familiären) Faktoren (vgl. Herzog et al. 2004: 70). Für diese Arbeit wird der Fokus auf die sozialen/ gesellschaftlichen Faktoren gelegt. Mehrere Autor:innen, die für diese Arbeit beigezogen werden, benennen das westliche Schönheitsideal als soziokulturellen Einflussfaktor für die Entstehung einer Essstörung (vgl. Herpertz-Dahlmann: 2022: 30; Klotter 2015: 90). Habermas (1994: 90) sieht Anorexia nervosa sogar als eine kulturtypische Störung an, ohne das vorherrschende Schönheitsideal und die Kulturtechnik des Diätens ist diese Erkrankung aus seiner Sicht nicht denkbar. Weiter kann Stigmatisierung von Übergewicht zur Entstehung einer Essstörung beitragen (vgl. Adebahr/ Lehmann 2017: 1f).

Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen kann durch Stigmatisierung zu einem tieferen Selbstwertgefühl, einem höheren Schamgefühl sowie zu Ausgrenzung führen, was das Risiko für psychische Erkrankungen wie Depressionen und Essstörungen erhöht (vgl. Adebahr/ Lehmann 2017: 1f). Ähnliches beschreiben Fredrickson und Roberts (1997: 173ff) mit ihrer Objektifizierungstheorie, sie gehen davon aus, dass die verinnerlichte Selbstobjektivierung in unserer Gesellschaft zu negativen psychologischen Konsequenzen führen. Sie sprechen dabei unter anderem vom Körperscham und dem verminderten Bewusstsein für innere Körperzustände, wie Hunger, Sättigung, Müdigkeit oder Emotionen.

Das psychische Wohlbefinden der Jugendlichen kann sich auf das eigene Körperbild auswirken (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz 2016: 3). Ein negatives Körperbild kann wiederum die psychische Gesundheit beeinflussen, es kann zu gesundheitsgefährdendem Verhalten führen, was wiederum zu einer Essstörung führen kann (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz 2017: 4; Steinhausen 2002: 1248ff). Weiter gehen Bigler et al. (2024: 4) davon aus, dass strukturelle und soziokulturelle Faktoren das Risiko für Depressionen von Mädchen und jungen Frauen erhöht. Als Beispiele dafür nennen sie niedriges Bildungsniveau, Armut, häusliche Gewalt, sexueller Missbrauch und geringe Selbstbestimmung. Da Anorexia nervosa häufig mit depressiven Störungen auftritt kann vermutet werden, dass dieselben strukturellen und soziokulturellen Einflussfaktoren ebenso das Risiko für eine Essstörung erhöhen. Weiter sind Medien in der heutigen Gesellschaft nicht mehr wegzudenken, Kinder und Jugendliche verbringen mehrere Stunden täglich online (vgl. Wunderer 2015: 96f). Verschiedene Studien belegen einen Zusammenhang von Medienkonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen und psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angst, Stress und Essstörungen (vgl. Bigler et al. 2014: 13ff; Blanchard et al. 2024: 13).

Der in diesem Kapitel aufgeführte Teil zur Beratung in Bezug auf das System der Gesellschaft wird im nächsten Kapitel weiter ausgeführt.

#### **4. Schlussfolgerungen**

Aus den vorherigen Kapiteln und den bislang beantworteten Unterfragen werden in diesem Kapitel Schlussfolgerungen abgeleitet. In den bisherigen Kapiteln wird mehrmals der Aspekt der Ressource «Gruppe» hervorgehoben. Aus diesem Grund wird dieses Kapitel unterteilt in 4.1 Einzelsetting und 4.2 Gruppenangebote. Zuletzt gibt es ein Fazit, in dem die Hauptfragestellung beantwortet wird.

##### **4.1 Einzelsetting**

Als Erstes ist die ausgeführte Thematik dieser Arbeit im Beratungsprozess zu verorten. Bei Klient:innen, die sich aktuell in einem gefährlich tiefen Gewicht befinden und die stark unter den somatischen Folgen, wie der veränderten Hirnfunktion leiden, soll die Priorität zunächst auf die Behandlungsziele somatische Rehabilitation und Normalisierung des Essverhaltens gelegt werden. Die Verortung des Ansatzes dieser Arbeit befindet sich am ehesten in der sekundär und tertiär Prävention. Im Rahmen der Beratungstätigkeit werden viele Beratende an Betroffene gelangen, bei denen erst Warnzeichen für die Entstehung einer Anorexia nervosa vorhanden sind, bei denen mit einer Früherkennung ein Fortschreiten oder ein Manifestieren der Problematik verhindert werden kann. Die tertiäre Prävention richtet sich in der Beratung dann an Klient:innen, die bereits erkrankt sind, oft dienen Interventionen hier der Rehabilitation oder der Rückfallprophylaxe (vgl. Wunderer 2015: 294).

Im Kapitel 3.1.2, der Beratung im System Gesellschaft, wurde das professionelle Beratungsverständnis nach Petersen et al. (2014: 6) festgehalten. Demnach agiert eine Beratungsperson professionell, wenn sie sich an Rahmenbedingungen hält, wie beispielsweise Rahmung des Beratungssettings, Auftragsklärung und Transparenz. Petersen et al. (2014: 6) gehen weiter davon aus, dass es sich bei einer Beratung in der Regel um eine freiwillige, zeitlich umrissene, prozesshafte, interessensensible und ergebnisoffene Interaktion zwischen ratsuchender Person und Beratungsperson handelt. Sie schliessen Zwangskontext nicht aus. Dies ist für den Kontext der Beratung bei Anorexia nervosa zentral. Denn wie in Kapitel 2.2 ausgeführt, sind Betroffene oft schwer für eine Behandlung zu gewinnen (vgl. Wunderer 2015: 149).

Bei Jugendlichen ist es zudem typisch, dass sie nicht selbst die Behandlung initiieren, sondern der Anstoss von Eltern oder anderen involvierten Personen kommt (vgl. Liechti/ Liechti-Darbellay 2020: 70). Trotzdem soll die betroffene Person im Zentrum stehen mit ihren Interessen, Ressourcen und Lebensumständen.

Die Interaktion im Beratungsprozess, zwischen Beratungsperson und ratsuchender Person, geht über eine Informationsvermittlung hinaus. Eine Beratung umfasst eine subjektiv relevante Reflexion von Sachverhalten, die unter anderem eine begründete Entscheidungsfindung seitens ratsuchender Person ermöglicht (vgl. Petersen et al. 2014: 6). Um die Systemtheorie aufzugreifen, auf die im Kapitel 3.1.1. eingegangen wird, dort wird davon ausgegangen, dass jedes System „sein“ Problem nur selbst lösen kann, Beratung kann dabei als Versuch gewertet werden, Lösungen wahrscheinlicher zu machen (vgl. Hafen 2023: 298). Durch diese Prämissen ist davon auszugehen, dass ein rein psychoedukativer Ansatz für die Vermittlung des in dieser Arbeit gesammelten Wissens nicht ausreichend oder nachhaltig wäre. Es ist notwendig, die Klientel in der systemischen Beratung zu einer Selbstorganisation anzuregen (vgl. Barthelmess 2016: 24).

Ein wichtiger Kompetenzindikator für die Berücksichtigung gesellschaftlicher Ziele in der Beratung nach Petersen et al. (2014: 18) ist, dass Beratende die Ratsuchenden dabei unterstützen, ihre individuellen Ziele in einen sinnvollen Zusammenhang mit gesellschaftlichen Zielvorstellungen zu bringen. Dafür werden drei kognitive Ressourcen für Beratungspersonen vorausgesetzt:

- Beratende sollen die mit dem Kontext ihrer Beratung verbundenen gesellschaftlichen Ziele kennen;
- Ansätze zur Förderung der Selbstorganisationsfähigkeit sowie gesellschaftlicher Teilhabe und sozialen Inklusion kennen;

- und Beratende kennen die Problemfelder des Kontextes ihrer Beratung sowie Massnahmen zu deren Bewältigung (vgl. Petersen et al. 2014: 18f).

Es wurde in mehreren Kapiteln bereits ausgeführt, dass Behandlungen durch Fachpersonen mit Expertise anzustreben sind (vgl. Hay/ Claudino 2010: 452ff; Le Grange/ Locke 2005: 79ff; Treasure/ Claudino/Zucker 2010: 583ff; Watson/ Bulik 2013: 2477ff; Zeeck et al. 2011: 47ff).

Weiter ist relevant, dass die Beratungspersonen im Bereich der Essstörungen die gesellschaftlichen Einflussfaktoren, die in dieser MAS Thesis erarbeitet wurden, kennen, allem voran den Einfluss des vorherrschenden Schönheitsideals. Auch halten Petersen et al. (2014: 18) es für eine wichtige gesellschaftsbezogene Kompetenz, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen mit einzubeziehen. So sollen Beratende, die für ihren Kontext, relevanten gesellschaftsbezogenen Wissensbereiche kennen und die gesellschaftliche Entwicklung verfolgen. Über Wissensbestände zum Kontext der eigenen Beratung zu verfügen ist unabdingbar. Zentral ist jedoch, dies als Beratungsperson stets zu reflektieren und zu vermeiden, in eine reine Informationsvermittlung überzugehen.

Daher wird hier ein Bezug zur systemischen Haltung geschaffen. „Wissen“ ist grundsätzlich relativ. Wissen kann dazu verleiten, Klient:innen schnell mit einem Rat abzuspeisen, die Haltung des Nichtwissens, von systemischen Prozessberatenden plädiert für ein anderes Vorgehen. Durch diese Haltung können Klient:innen angeregt werden, in der Beratung, selbst neues Wissen zur Problemlösung, für ihre individuelle Lebenssituation, zu erarbeiten (vgl. Barthelmess 2016: 34). Dies schliesst professionelles Wissen nicht aus, sondern ist notwendiger Bestandteil davon. Statt direkte Wissensangebote zu bieten, hält die systemische Beratungsperson ihr professionelles Hintergrundwissen zurück und versucht mittels systemischer Fragetechniken eine Reflexion im Klient:innensystem anzuregen. Die Beratungsperson kann mittels gezielter Fragen steuern, in welche Richtung die Klientel neu nachdenken soll um neues, eigenes Wissen zu generieren.

Barthelmess (2016: 90) definiert den Erfolg eines systemischen Beratungsprozesses, wie folgt: „Systemische Prozessberatung ist dann erfolgreich, wenn sie das Adressatensystem so begleitet, dass es für sich zu neuem Wissen findet, was eine neuartige Bewältigung der Herausforderungen ermöglicht. Dies kann auf der Basis neuer Denk- und Sichtweisen passieren oder auf Basis von neuen Handlungsoptionen“. Es geht in der Beratung darum, bestehendes Wissen zu dekonstruieren, altes Wissen loszulassen und Raum für neue Sichtweisen und Veränderung zu machen. Systemische Beratungspersonen unterstützen die Klient:innen bei einer neuen Wissenskonstruktion. Wichtig ist dabei, sich als Beratungsperson bewusst zu sein, dass auch eigenes Wissen immer eine Wirklichkeitskonstruktion ist, die es zu relativieren gilt (vgl. Barthelmess 2016: 90ff).

Im Kern kann somit darauf geschlossen werden, dass Beratungspersonen über Wissen zu gesellschaftlichen Einflussfaktoren im jeweiligen Kontext verfügen sollten, und versuchen sollten, dieses Wissen durch gezielte systemische Reflexionsfragen in die Beratung einzubringen. Die relevanten Wissensbestände dazu, die in dieser Arbeit hervorgebracht wurden, sind dem Kapitel 3.3 zu entnehmen. Kurz zusammengefasst geht es um Wissen über das vorherrschende Schönheitsideal, aktuelle Fitnesstrends, die psychische Gesundheit der Jugend, den Umgang mit Leistungsdruck, Stress und Emotionen, Geschlecht sowie Geschlechterrollen, (sozialen) Medien aber auch zur aktuellen Weltlage generell, da Kinder und Jugendlichen von Krisen (mit)betroffen sind und sich dies auf ihr psychisches Wohlbefinden auswirkt.

Um dies mit den gesundheitsfördernden Massnahmen aus den Empfehlungen von Bigler et al. (2014: 16ff) zu verknüpfen, wird empfohlen, die oben erwähnten Themen nicht als Wissensvermittlung zu präsentieren, sondern im Sinne der systemischen Haltung zu den Themen eine Reflexion bei Klient:innen mit Anorexia nervosa anzustreben. In einem ersten Schritt ist zu erfahren, wie die Wissenskonstruktion der Klient:innen zu den einzelnen Themen aussieht, bevor eine Wissensdekonstruktion durch gezielte Fragetechniken stattfinden kann. Zusätzlich zu den bereits aufgeführten Themen, sind wie von Bigler et al. (2024: 16ff) empfohlen, auch die Themen Körperbild, Selbstwahrnehmung, Selbstbild und Medienkompetenzen aufzunehmen. Im Rahmen der Medienkompetenzen soll eine Reflexion sowie die Erarbeitung von Strategien angeregt werden, welche Inhalte in den Medien vermittelt werden, wie mit der Informationsflut und der permanenten Zugänglichkeit umgegangen werden kann.

Aus Kapitel 2.2 wird deutlich, dass Behandlungen durch Fachpersonen stattfinden sollten, die auf Essstörungen spezialisiert sind (vgl. Hay/ Claudino 2010: 452ff; Le Grange/ Locke 2005: 79ff; Treasure et al. 2010: 583ff; Watson/ Bulik 2013: 2477ff; Zeeck et al. 2011: 47ff). Weiter ist ein multiprofessioneller Ansatz sowie der Einbezug der Eltern oder weiteren Angehörigen, bei jungen Klient:innen, zu empfehlen (vgl. Treasure et al. 2010: o.S.; Yager et al. 2010: 11; Zeeck et al. 2011: 47ff; Häffner/ Erbas 2022: 7; Liechti/ Liechti-Darbellay 2020: 94). Im Rahmen des multiprofessionellen Ansatzes ist neben der Sozialen Arbeit ein Einbezug verschiedener Fachpersonen sinnvoll, wie (somatischen) Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen, Ernährungsberater:innen, oder auch Kunst- und Körpertherapeut:innen.

Durch diese Kombination von Fachpersonen kann an verschiedenen Behandlungszielen, die im Kapitel 2 aufgeführt werden, zeitgleich gearbeitet werden. Während die somatische Rehabilitation sicherlich bei allen Fachpersonen in der Zielsetzung ist, kann die Normalisierung des Essverhaltens, eher in der Ernährungsberatung angesiedelt werden, während Sozialarbeitende und Psychotherapeut:innen an individuellen Themen arbeiten können. Beispielsweise an der Veränderung dysfunktionaler Gedanken, der Rückfallprophylaxe, dem Selbstwert, oder auch dem Umgang mit den gesellschaftlichen Einflussfaktoren. Relevant für interdisziplinäre Zusammenarbeit ist eine gute Vernetzung und eine transparente Kommunikation (vgl. Treasure et al. 2010: o.S.; Yager et al. 2010: 11; Zeeck et al. 2011: 47ff). Vor allem in Bereichen, die eine grosse Überschneidung der Thematiken haben können, ist eine Absprache zentral, beispielsweise zwischen Psychotherapie und Beratung.

In der Vernetzung kommt eine Kernkompetenz der systemischen Sozialen Arbeit zum Tragen. Vernetzungsarbeit und der Einbezug aller im System beteiligten Personen ist Teil von Sozialer Arbeit. Viele im medizinischen Bereich Tätige, wie Psychotherapeut:innen und Ernährungsberater:innen, können Leistungen in der Vernetzung, wie Standortgespräche, nicht abrechnen, in der Sozialen Arbeit ist dies oft Teil der Leistung. So kann eine Beratungsperson in der Sozialen Arbeit als Bindeglied in der Vernetzung dienen (vgl. Wunderer 2015: 210ff). Die Arbeit mit Angehörigen ist oft Teil eines Beratungsauftrags in der Sozialen Arbeit, somit kann der empfohlene Einbezug, von Eltern oder nahen Bezugspersonen in die Beratung gewährleistet werden (vgl. Wunderer 2015: 264ff). Eltern und andere Angehörigen sind mit den gesellschaftlichen Einflussfaktoren auf die Erkrankung, wie dem gängigen Schönheitsideal, konfrontiert (vgl. Habermas 1994: 90; Pauli 2018: 14ff). Daher erscheint es sinnvoll, sie ebenfalls im Ansatz dieser Arbeit mitzudenken.

Angehörige können in vielen Beratungsstellen unabhängig von einer Behandlung der Betroffenen Beratung in Anspruch nehmen. In einer solchen Angehörigenberatung können solche gesellschaftlichen Einflussfaktoren, unabhängig vom Gesundheitszustand der/ des Jugendlichen, thematisiert und reflektiert werden. Weiter können die gesellschaftlichen Einflussfaktoren in die laufende Beratung einer Betroffenen mit den Angehörigen eingebunden werden.

Im Kapitel 2 wurden bereits Gruppenangebote erwähnt, die gesellschaftlichen Einflussfaktoren können in solche Gruppen integriert werden, in Gruppen mit Betroffenen, Gruppen mit Angehörigen oder gemischten Gruppen. Daher wird im nächsten Unterkapitel spezifischer auf die Möglichkeiten in Gruppenangeboten eingegangen.

## 4.2 Gruppenangebote

In der Entwicklungsphase des Jugendalters sind Gleichaltrige und andere Gruppen von zentraler Bedeutung (vgl. Erikson 1988: 89). Petersen et al. (2014: 6) sehen in ihrem Verständnis von professioneller Beratung vor, dass Beratung aus einer Vielzahl teilweise ineinander übergehender Aktivitäten und Formen bestehen kann. So können neben individueller Beratung auch Gruppen-, Online- oder aufsuchende Angebote sinnvoll sein um möglichst alle Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Im Bereich der Essstörungen lässt sich die Wirksamkeit einzelner gruppenbasierter Ansätze empirisch belegen. So sind beispielsweise familienbasierte Gruppenangebote, wie in Maudsley-Ansatz oder in der Multifamilientherapie empirisch belegt (vgl. Scholz/ Weiss 2013: 28ff; Couturier et al. 2013: 3ff; Wunderer 2015: 152; Liechti/ Liechti-Darbellay 2020: 95f).

Als Selbsthilfe für Betroffene von Anorexia nervosa gelten Gruppenangebote nach aktuellem Forschungsstand als nützlicher erster Schritt (vgl. Wunderer 2015: 239). Wenn von dieser Prämisse ausgegangen wird, kann das in dieser Arbeit gewonnene Wissen, in ein Gruppenangebot in der sekundär Prävention, mit Betroffenen, die erst Warnzeichen für die Entstehung einer Anorexia nervosa zeigen, genutzt werden. Gegebenenfalls können auch bereits Betroffene in der tertiären Prävention berücksichtigt werden. Wenn sie nicht mehr in einem akut lebensbedrohlichen Untergewicht sind, kann dieser Ansatz der Rehabilitation oder Rückfallprophylaxe dienen.

Gruppenangebote haben verschiedene Vorteile. Beispielsweise können Gruppen emotionale Unterstützung bieten, da die anderen Teilnehmenden mit ähnlichen Schwierigkeiten zu kämpfen haben und unterschiedlich weit sind auf ihrem Weg zur konstruktiven Bewältigung.

Weiter können solche Gruppen beitragen Probleme zu lösen, sie ermöglichen eine Reflexion aus verschiedenen Perspektiven, die Teilnehmenden können durch Selbsterfahrung und Selbsterkenntnisse anderer lernen und ihr Wissen erweitern (vgl. Wunderer 2015: 228f). Auch bergen Gruppenangebote gewisse Risiken. So kann beispielsweise die (zeitliche) Ressource für Einzelne oder spezifische Problemsituationen eingeschränkt sein. Daher macht es Sinn, wenn Teilnehmende aus Gruppen auch in Einzelberatung sind. Dies kann auch vorteilhaft sein für hochgradig individuelle, sehr schambehaftete oder intime Themen. Weiter besteht das Risiko, dass Teilnehmende sich gegenseitig negativ beeinflussen und eine dysfunktionale soziale Lernspirale entsteht oder sich die Teilnehmenden stark vergleichen. Es ist Aufgabe der sozialarbeiterischen Gruppenleitung, dies zu berücksichtigen und gegebenenfalls zu intervenieren (vgl. Wunderer 2015: 230ff).

Für den Aufbau eines Beratungsangebotes in Form einer Gruppe sind verschiedene Aspekte zentral. Für die organisatorischen Aspekte sind einige Entscheidungen notwendig. Unter anderem zum Setting, zur Gruppengrösse, zur Durchmischung der Gruppe, zum zeitlichen Rahmen und dazu ob die Gruppe offen, halboffen oder geschlossen gestaltet wird (vgl. Wunderer 2015: 233ff). Wunderer (2015: 228ff) geht von einem bewährten Setting aus, das 9 bis maximal 12 Teilnehmende zulässt, in der Regel einmal die Woche stattfindet und ca. 90 Minuten dauert. Weiter empfiehlt sie, dass eine Gruppe von zwei Sozialarbeitenden geleitet wird, die Erfahrung in der Arbeit mit Essstörungen haben. Im Essstörungenbereich werden häufig ehemalige Betroffene als Gruppenleitende eingesetzt, da deren Sichtweise von den Teilnehmenden meist in besonders hohem Mass akzeptiert wird (vgl. ebd.: 228ff). Verschiedene Settings haben verschiedene Vor- und Nachteile. So kann in geschlossenen Gruppen stärker ein Gemeinschaftsgefühl ausgebildet werden, das ein Umfeld fördert in dem auch intimere Themen besprochen werden können. Halboffene Gruppen verhindern längere Wartezeiten und ermöglichen den Teilnehmenden höhere Flexibilität. Für altershomogene Gruppen spricht, dass die unterschiedlichen Phasen der Lebensspanne unterschiedliche Entwicklungsanforderungen mit sich bringen.

Unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen können beispielsweise Themen wie die Veränderung des Körpers in der Pubertät, die ersten Liebesbeziehungen oder die Ablösung vom Elternhaus aktuell sein.

Bei Frauen in der Lebensmitte, bei denen eine Essstörung oft bereits chronifiziert ist, sind andere Themen aktuell, wie die Abgrenzung und der Wunsch besser auf sich zu achten (vgl. ebd. 242). Das spricht dafür die Entwicklungsaspekte, die weiter oben aufgeführt sind, in einem Gruppenangebot für Jugendliche und junge Erwachsene zu berücksichtigen. Dafür Männer und Frauen in Gruppen zu mischen spricht einerseits, dass es oft eine reine Männergruppe in der Praxis aufgrund einer geringen Anzahl möglicher Teilnehmenden oft nicht umsetzbar ist und das gemischte Gruppen andere Dynamiken mit sich bringen. So kann es für Teilnehmende durchaus interessant sein, wo die Unterschiede und wo die Gemeinsamkeiten liegen. Wichtig ist hier zu berücksichtigen, dass von Anfang an kommuniziert wird, dass es sich um eine geschlechtergemischte Gruppe handelt, da dies beispielsweise bei Missbrauchserfahrungen kontraindiziert sein kann (vgl. Wunderer 242ff).

Bei den Methoden gibt es eine grosse Vielfalt. Neben den oben bereits erwähnten und empirisch belegten, übergeordneten Methoden wird einzelnes von Wunderer (2015: 236ff) für die Arbeit mit Gruppen spezifisch empfohlen. So empfiehlt sie Gruppen jeweils mit einem „Blitzlicht“ oder „Wetterbericht“ zu eröffnen, „Brainstorming“ um Themen fest zu legen, Gruppendiskussionen um Perspektiven zu erweitern (evtl. mit vorgängigen theoretischen Inputs), Feedback durch die Gruppe, Rollenspiele, kreative und erlebnispädagogische Methoden, Genogramme (mit Fotos), Biographiearbeit, Netzwerkkarten, die fünf Säulen der Identität, Entspannungs- und Körperübungen und weiteres.

Folgend wesentliche Aspekte, die ein Gruppenberatungsangebot im Bereich Anorexia nervosa beinhalten sollte:

- Psychoedukation und moderierter Austausch zu psychischer Gesundheit allgemein, insbesondere zu Themen wie, Stress, Stressbewältigung, Emotionsregulation, Mobbingprävention, Arbeitsorganisation, Körperbild, Selbstwahrnehmung, Selbstbild, Geschlechterrollen und Medienkompetenzen;
- Interventionen zur Verbesserung des Körperbildes sowie Aufbau positiver körperbezogener Aktivitäten;
- Soziales Lernen im Sinne von Modellvorgaben und Erfahrungslernen, Nutzen der Ressourcen der einzelnen Teilnehmenden, Stärkung der Autonomie, und eventuell Einsatz von Peer-Beratung;
- Auseinandersetzung mit Werten, Zielen und Überzeugungen sowie Erzeugen von Dissonanz, in Bezug auf gängige Einstellungen und Verhaltensweisen oder widersprüchlich präsentierten Inhalten;
- Medienkompetenzen im Sinne von Reflexion und kritischer Prüfung von gezeigten Inhalten sowie den Gründen für Konsum.

(vgl. Wunderer 2015: 97ff; Bigler et al. 2014: 16ff; Voges et al. 2022: 179; Rothgang/Bach 2021: 92; Havighurst 1976: 97)

Diese Komponenten können als Leitlinie für ein Gruppenangebot genutzt werden. In allen einzelnen Bereichen können gesellschaftliche Einflussfaktoren berücksichtigt werden. Um einen nachhaltigen Behandlungserfolg zu erzielen, kann die sinnvolle Kombination von Angeboten angezeigt sein. Neben einem solchen Gruppenangebot kann Einzelberatung weiterhin zielführend sein, um an individuellen Themen, wie beispielsweise dysfunktionalen körperbezogenen Kognitionen und körperbezogenen Vermeidungs- und Kontrollverhalten zu arbeiten. Für Gruppenangebote kann eine Kombination von face-to-face und Online-Angeboten, Blended Treatment, in Betracht gezogen werden (vgl. Bigler et al. 2024: 13ff; Bauer et al. 2022: 192ff).

Zum Einstieg in Gruppentreffen oder einzelne Themen können Videos oder Videoausschnitte genutzt werden. Dies bietet auch die Möglichkeit Peers einzubinden, wie beispielsweise mit dem Dokumentarfilm „Spiegelbilder“ vom gemeinnützigen Verein Familien- und Frauengesundheit (vgl. Meyer/ Lanfranconi 2024: o.S.). Konkreter können die gesellschaftlichen Einflussfaktoren mit Leitfragen für die jeweiligen Gruppengespräche mit einbezogen werden. Diese können sich beispielsweise darauf beziehen, was die Teilnehmenden „schön“ finden oder was ihnen die (sozialen) Medien präsentieren.

Wie bereits erwähnt haben sich Gruppenangebote in familienbasierten Ansätzen bereits bewährt (vgl. Scholz/ Weiss 2013: 28ff; Couturier et al. 2013: 3ff; Wunderer 2015: 152; Liechti/ Liechti-Darbellay 2020: 95f). Auch in solchen Settings ist ein Einbezug der gesellschaftlichen Einflussfaktoren denkbar. Dies ist insbesondere wichtig, wenn davon ausgegangen wird, dass die Entwicklung in Familien ein systemisch, transaktionales Geschehen ist, in dem jedes Familienmitglied von anderen beeinflusst wird und diese wiederum beeinflusst (vgl. Wunderer 2015: 86ff).

Familien sehen sich, wie unter Kapitel 3.2.2 bereits ausgeführt, denselben gesellschaftlichen Einflussfaktoren ausgesetzt, sind teilweise bereits damit aufgewachsen und können diese an die nächste Generation weitergeben. Weitere Vorteile des Einbezuges der Familie als Ressource wurden unter Kapitel 2.2. ausgeführt. Nachdem nun Handlungsempfehlungen für Einzelberatung und Gruppenangebote zusammengetragen wurden, wird im Fazit die letzte Unterfragestellung sowie die Hauptfragestellung beantwortet.

#### **4.3 Fazit**

Vier der Unterfragen konnten bereits beantwortet werden:

- Welche Beratungsansätze erweisen sich, gemäss Empirie, als wirksam in der Beratung von Anorexia nervosa? Beantwortung in Kapitel 2.4.
- Welche Besonderheiten sind bei der Erkrankung Anorexia nervosa im Jugendalter zu berücksichtigen? Beantwortung in Kapitel 2.4.
- Wie wirkt sich das System Gesellschaft auf das Schönheitsideal und Körperbild der Jugendlichen aus? Beantwortung in Kapitel 3.3.
- Welche gesellschaftlichen Einflussfaktoren sind relevant für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Anorexia nervosa? Beantwortung in Kapitel 3.3.

Die letzte Unterfragestellung dieser Arbeit konnte nicht beantwortet werden:

- Wie können die relevanten gesellschaftlichen Einflussfaktoren, wie Schönheitsideale, mit den wirksamen Beratungsansätzen in Bezug gesetzt werden, um die Jugendlichen in der Beratung gewinnbringend unterstützen zu können?

Im Rahmen dieser MAS Thesis kann diese Unterfrage nicht beantwortet werden. Die wirksamen Beratungsansätze, wie motivierende Gesprächsführung (MI), Motivational Enhancement Therapie (MET), Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) oder familienbasierte Ansätze, konkreter mit den gesellschaftlichen Einflussfaktoren in Bezug zu setzen würde einen grösseren Rahmen bedingen. Die einzelnen Ansätze müssten genauer ausgeführt werden. Da sie sich im Spektrum der kognitiven Verhaltenstherapie befinden, ist dies im Rahmen dieser Arbeit nicht zielführend. Obwohl eine Gegenüberstellung dieser Ansätze und der systemischen Beratung durchaus interessant sein könnte.

Dieser Bezug könnte zu einem konkreten Konzept für den Einsatz der gesellschaftlichen Einflussfaktoren mit empirisch belegten Ansätzen führen. Ohne die Beantwortung der letzten Unterfragestellung wird nun die Hauptfragestellung, unter Einbezug der Unterfragen, beantwortet.

Die Hauptfragestellung dieser Arbeit ist folgende:

Wie können gesellschaftliche Einflussfaktoren, wie Schönheitsideale, in der Beratung von Jugendlichen mit Anorexia nervosa gewinnbringend berücksichtigt werden?

In der ersten Unterfrage, die in Kapitel 2.4 beantwortet wird, wurden die empirisch belegten Beratungsansätze herausgearbeitet. Nach dem aktuellen Stand der Therapieforschung konnte sich kein einzelner Therapieansatz durchsetzen, zentral ist allerdings eine Behandlung durch Fachpersonen, die auf Essstörungen spezialisiert sind (vgl. Hay/ Claudino 2010: 452ff; Le Grange/ Locke 2005: 79ff; Treasure et al. 2010: 583ff; Watson/ Bulik 2013: 2477ff; Zeeck et al. 2011: 47ff). Zu den Beratungsansätzen, deren Wirkung empirisch belegt sind gehört die motivierende Gesprächsführung (MI), das transtheoretische Modell der Motivational Enhancement Therapie (MET) sowie die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT). Weiter sind die Effekte von familienbasierten Behandlungsansätzen bei Kindern und Jugendlichen mit Anorexia nervosa belegt (vgl. Wunderer 2015: 152ff).

Ebenfalls in Kapitel 2.4, wurde die zweite Unterfrage beantwortet, die sich mit den Besonderheiten der Erkrankung Anorexia nervosa im Jugendalter befasst. Charakteristisch für das Jugendalter ist, dass ein Grossteil der psychischen Störungen und Risikoverhalten in dieser Zeitspanne erstmals auftreten (vgl. Bigler et al. 2024: 5). So beginnt auch die Anorexia nervosa, die bei bis zu 40% der Betroffenen im Jugendalter erstmals auf (vgl. Liechti/ Liechti-Darbellay 2020: 70). Die körperliche Entwicklung befindet sich in der Adoleszenz im Umbruch und auch die Entwicklungsaufgaben dieser Altersstufe stellen eine Herausforderung dar (vgl. Rothgang/ Bach 2021: 92). Zusammengefasst geht es um die Identitätsentwicklung und damit verbunden den neuen Stellenwert von Peers und Gruppen sowie das Akzeptieren der eigenen körperlichen Erscheinung und der Nutzung des Körpers.

In der dritten Unterfrage, die in Kapitel 3.3 beantwortet wird, wird der Einfluss vom System Gesellschaft auf das Schönheitsideal und Körperbild der Jugend aufgezeigt.

Zusammenfassend kann von einem Einfluss auf verschiedenen Ebenen ausgegangen werden. Beispielsweise können sich Trends im Bereich Schönheit und Fitness auf das Schönheitsideal und Körperbild der Jugendlichen auswirken, aktuell geht der Trend in Richtung schlanke und zugleich muskulöse Körper. Schlanke Körper repräsentieren in der westlichen Gesellschaft, Attraktivität, Fitness, Flexibilität, Dynamik, beruflichen Erfolg und Stil (vgl. Klotter 2015: 76). Dem gegenüber steht die Stigmatisierung von Übergewicht in der Gesellschaft. Dies kann zu Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper sowie einem internalisierten «Schlankheitsdruck» führen. Auch die psychische Gesundheit, die sich auf die Entstehung einer Essstörung auswirken kann, wird von der gesamtgesellschaftlichen Lage geprägt. So wirkt sich die aktuelle Zeit der multiplen Krisen negativ auf das psychische Wohlbefinden und das Körperbild der Jugendlichen aus (vgl. Bigler et al. 2024: 10; Gesundheitsförderung Schweiz 2016: 3).

In der Beantwortung der vierten Unterfrage, in Kapitel 3.3, werden die relevanten gesellschaftlichen Einflussfaktoren ausgeführt. Zusammenfassend handelt es sich dabei um ein Zusammenspiel aus dem westlichen Schönheitsideal, der Stigmatisierung von Übergewicht, (Selbst-)Objektifizierung, Leistungsdruck und Stress, Geschlecht und vorherrschenden Geschlechterrollen, den (sozialen) Medien sowie dem psychischen Wohlbefinden der Jugend.

Somit wurde mit der Beantwortung der Unterfragen bislang aufgezeigt, dass es gesellschaftliche Einflussfaktoren gibt, wie das vorherrschende Schönheitsideal, welche die Entstehung und Aufrechterhaltung der Krankheit Anorexia nervosa begünstigen. Weiter wurden Besonderheiten des Jugendalters hervorgehoben und empirisch belegte Beratungsansätze aufgezeigt. In Kapitel 4.1 und 4.2 wurde diese mit Handlungsempfehlungen für Einzel- und Gruppensettings verknüpft. Als erstes scheint für einen gewinnbringenden Einbezug, der Zeitpunkt im Beratungsprozess wichtig. Anorexia nervosa kann lebensbedrohliche Folgen haben, die sich auf somatischer und psychischer Ebene äussern. Die gesellschaftlichen Einflussfaktoren, werden daher am besten bei ersten Warnzeichen oder in der Rehabilitation einbezogen. Der Ansatz dieser Arbeit kann sowohl im freiwilligen Kontext als auch im Zwangskontext angewendet werden. Um dabei die empirisch belegten Beratungsansätze beizuziehen, könnte sich für eine freiwillige Beratung die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) als Methode eignen.

Für den Zwangskontext die motivierende Gesprächsführung (MI), die Motivational Enhancement Therapie (MET) oder familienbasierte Ansätze. Jeder dieser Ansätze geht individuell auf das Charakteristika der Anorexia nervosa ein, dass Klient:innen Ambivalenzen mitbringen (vgl. Timko et al. 2013: 47f; Miller/ Rollnick 2015: 44). Wichtiger als der Beratungsansatz scheint, dass deine Beratung durch Fachpersonen durchgeführt werden, die auf Essstörungen spezialisiert sind (vgl. Hay/ Claudino 2010: 452ff; Le Grange/ Locke 2005: 79ff; Treasure et al. 2010: 583ff; Watson/ Bulik 2013: 2477ff; Zeeck et al. 2011: 47ff).

Weiter ist für eine professionelle Beratung wichtig, gesellschaftliche Ziele und Rahmenbedingungen zu kennen, die Einfluss auf den jeweiligen Beratungskontext haben (vgl. Petersen et al. 2014: 18ff). Für die Beratung von Jugendlichen mit Anorexia nervosa sind dies, wie in dieser Arbeit abgebildet, die Besonderheiten der Entwicklungsstufe Jugendalter, sowie die gesellschaftlichen Einflussfaktoren, wie das westliche Schönheitsideal.

Wie im Kapitel 4.1 ausgeführt, scheint in Bezug auf die Systemtheorie und generell die systemische Beratung, ein rein psychoedukativer Ansatz für die Vermittlung der gesellschaftlichen Einflussfaktoren nicht zielführend. Vielmehr ist systemische Beratung dann erfolgreich, wenn die Klient:innen so begleitet werden, dass sie durch Wissensdekonstruktion und Wissenskonstruktion zu neuen Handlungsoptionen gelangen, die ihnen bei der Bewältigung ihres individuellen Problems helfen. Die Beratungsperson benötigt für eine nachhaltige Unterstützung der Klientel somit die Haltung des Nichtwissens, um mit gezielten (systemischen) Fragen die Klientel dazu anzuregen, eigenes Wissen zu generieren. Wenn es ihr gelingt, die gesellschaftlichen Einflussfaktoren auf die Erkrankung in der Beratung durch Fragestellungen zum konstruierten Wissen der Klientel einzubringen, und die Klientel somit selbst ihr Wissen dekonstruiert, kann von einem gewinnbringenden Einbezug der gesellschaftlichen Einflüsse ausgegangen werden.

Weiter kann es der Beratung und dem Einbezug der gesellschaftlichen Einflussfaktoren dienen, wenn ein multiprofessionelles Behandlungsteam besteht, mit guter Vernetzung und klarer Aufgabenteilung. Empfehlenswert ist der Einbezug von Angehörigen, spezifischer der Familie, in die Behandlung von Personen mit Anorexia nervosa.

Dies ist Teil von systemischer Beratung, dabei kann berücksichtigt werden, dass die gesellschaftlichen Einflussfaktoren alle Familienmitglieder beeinflussen und sich die Familienmitglieder wiederum alle gegenseitig beeinflussen. Dadurch, und da Peers und Gruppen im Jugendalter an Bedeutung gewinnen, kann es sinnvoll sein, den Ansatz dieser Arbeit in verschiedene Settings einzuflechten, auch in Gruppenangebote. In Kapitel 4.2 werden wichtige Aspekte für ein Gruppenangebot für betroffene Jugendliche aufgezeigt. Jugendliche können dadurch von den Ressourcen ihrer Peers profitieren und die Gruppe kann

emotionale Unterstützung bieten. Es kann sinnvoll sein, eine ehemals betroffene Person als Gruppenleitende beizuziehen, da deren Sichtweise von Teilnehmenden oft in besonders hohem Mass akzeptiert wird (vgl. Wunderer 2015.: 228ff). Unter 4.2 werden verschiedene Komponenten aus der beigezogenen Literatur zu Leitlinien für ein Gruppenangebot für betroffene Jugendliche zusammengestellt.

Zusammenfassend kann die Fragestellung damit beantwortet werden, dass oben aufgeführtes Wissen zu den gesellschaftlichen Einflussfaktoren einerseits vorhanden sein muss, andererseits durch gezielte Methoden, wie den empirisch belegten Ansätzen oder Fragetechniken der systemischen Beratung, eingebracht werden muss. Dieses Einbringen muss durch spezialisierte Fachpersonen stattfinden und über eine reine Wissensvermittlung hinausgehen, die jeweiligen Ressourcen der Jugendlichen müssen mit einbezogen werden und die Besonderheiten ihres Entwicklungsstandes berücksichtigt werden.

## **5. Reflexion und Ausblick**

Das in dieser Arbeit gewonnene Wissen kann der Berufspraxis in spezialisierten Beratungsstellen, wie beispielsweise der Suchtberatung dienen, sofern Betroffene von Essstörungen beraten werden. Spezifisch können die Empfehlungen unter Kapitel 4 der Professionalisierung der Angebote im Essstörungsbereich beitragen, auch kann dieses Fachwissen zur Positionierung der Sozialen Arbeit in interdisziplinären Behandlungsteams dienen. Auf der Basis der Empfehlungen für Gruppenangebote unter Kapitel 4.2 könnte ein Gruppenangebot für Jugendliche mit einer Essstörung erstellt werden. Die Autorin ist zufrieden mit dem Ergebnis ihrer Arbeit, die Fragestellung konnte beantwortet werden, der Einfluss von gesellschaftlichen Aspekten konnte herausgearbeitet und belegt werden. Es gibt sicherlich weitere relevante gesellschaftliche Aspekte, die in die Erkrankung einfließen, die in einer Arbeit im grösseren Rahmen hätten beleuchtet werden können. Die Eingrenzung der Thematik war für die Autorin an verschiedenen Stellen eine Herausforderung. Die Schlussfolgerungen im Gruppen- und Einzelsetting hätten spezifischer mit den empirisch belegten Beratungsansätzen, wie ACT oder MI verknüpft werden können. Dafür hätten die einzelnen Beratungsansätze weiter ausgeführt werden müssen, was im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich war. Auch wenn der Rahmen gereicht hätte um die Ansätze ausführen zu können, hätte noch ein zielführender Bezug oder Vergleich von diesen Ansätzen aus der kognitiven Verhaltenstherapie zur systemischen Beratung hergestellt werden müssen, um Fachrichtung dieser MAS Thesis gerecht zu werden. Dies könnte interessant sein für eine weitere wissenschaftliche Arbeit.

Die Autorin nimmt den Gedanken MI und ACT mit den gesellschaftlichen Einflüssen zu verknüpfen mit in ihre Berufspraxis. Sie wird voraussichtlich ein Gruppenangebot für Essstörungen ausarbeiten und möchte dort, neben systemischen Ansätzen, die Beratungsansätze ACT und MI einbinden. Ein weiterer interessanter Aspekt kam bei der Bearbeitung des Kompetenzprofiles von Petersen et al. (2014: 8ff) auf. Sie gehen davon aus, dass Beratende Erfahrungen und Erkenntnisse aus der Beratung in gesellschaftliche Prozesse (z.B. auf der lokalen Ebene, in Berufsverbänden) einbringen (vgl. Petersen et al. 2014: 18). Hier könnte beispielsweise ein Konzept für Schulungen von Fachpersonen wie Sozialpädagog:innen aus Institutionen mit Jugendlichen, Hausärzt:innen und Weiteren erarbeitet werden. Weiter könnte in Berufsverbänden auf die Thematik aufmerksam gemacht werden, beispielsweise mit einem Artikel in der jeweiligen Zeitschrift des Berufsverbandes oder mit einem Inputreferat an einer Veranstaltung. Aus dieser Arbeit entstehen für die Autorin diverse Anregungen für ihre berufliche Tätigkeit und ihr politisches Engagement.

Vom Konzept zur fertigen MAS Thesis wurden einige Anpassungen an der Fragestellung unternommen. So war im Konzept in der Hauptfragestellung der gesellschaftliche Einflussfaktor «Essverhalten» aufgeführt. Im Verlaufe der Arbeit kristallisierte sich heraus, dass sich das Essverhalten erst aufgrund der gesellschaftlichen Einflussfaktoren verändert. Zudem wäre eine Arbeit mit dem Fokus auf Essverhalten eher in die Richtung einer anderen Fachrichtung, wie der Ernährungsberatung, zu verorten. Im Verlauf wurde eine Unterfragestellung zu den Besonderheiten im Jugendalter ergänzt, dies war notwendig um in der Hauptfragestellung den Bezug auf die Jugend herzuleiten. Die Unterfrage zum gewinnbringenden Einbezug der empirisch belegten Beratungsansätze konnte in dieser Arbeit, wie bereits unter Kapitel 4.3 erwähnt, nicht beantwortet werden.

Die Autorin sieht in ihrer Arbeit eine Wissenslücke. Aufgrund des Umfangs dieser Arbeit wurde an verschiedenen Stellen mehr oder ausschliesslich auf die Perspektive von Mädchen und jungen Frauen eingegangen, beispielsweise wurde nur eine Arbeit zur psychischen Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen beigezogen. Personen des männlichen Geschlechts machen ca. 10% der Betroffenen von Anorexia nervosa aus (vgl. Wunderer 2015: 39). Um sie besser zu repräsentieren, hätte eine Studie oder Arbeit beigezogen werden können, die sich mit der psychischen Gesundheit von Jungen und jungen Männern befasst. Auch ein Einbezug der sexuellen Orientierung wäre interessant gewesen, männliche Jugendliche, die sich als homosexuell definieren, fasten deutlich häufiger, als männliche Jugendliche, die sich als heterosexuell identifizieren. Sie greifen häufiger zu Diätpillen, zeigen mehr Purging-Verhalten und nehmen mehr Anabolika/Androgene zu sich. Bei lesbischen Jugendlichen würden ähnliche Beobachtungen gemacht (vgl. Herpertz-Dahlmann 2022: 22).

Mit diesem Kapitel endet für die Autorin eine lange und intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Anorexia nervosa, gesellschaftlichen Einflussfaktoren und Beratung. Es war ein spannender Prozess, der zur professionellen Weiterentwicklung beiträgt. Dieser Prozess gibt Inspiration, sich weiter fachlich mit der Thematik auseinanderzusetzen, um dies in der beruflichen Praxis nachhaltig einbringen zu können.

## Literaturverzeichnis

Adebahr, Philip/ Lehmann, Judith (2017). Die soziale Akzeptanz von 'Fat Shaming' als Akt der Stigmatisierung von Übergewichtigen. Essen: Deutsche Gesellschaft für Soziologie.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) (2022). S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen. Version 2.2. 25.2.2022. URL: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-026>, [Zugriffsdatum: 15.04.2024].

Archonti, Christina/ Roediger, Eckard/ de Zwaan Martina (Hrsg.) (2016). Schematherapie bei Essstörungen. Mit Arbeitsmaterial. 1. Auflage. Weinheim Basel: Beltz Verlag.

Baeschlin, Marianne/ Baeschlin, Kaspar (2008). Einfach, aber nicht leicht. Leitfaden für lösungsorientiertes Arbeiten in sozialpädagogischen Organisationen. Winterthur: ZLB.

Barthelmess, Manuel (2016). Die systemische Haltung. Was systemisches Arbeiten im Kern ausmacht. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

Bauer, Stephanie/ Stadler, Johanna/ Mössner, Markus (2022). Internetbasierte Prävention und Behandlung. In: Herpertz-Dahlmann / Hilbert, Anja (Hrsg.) (2022), Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein klinisches Handbuch. 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. S. 185-200.

Bigler, Christine/ Pita, Yamila/ Amacker, Michèle (2024). Psychische Gesundheit von jungen Frauen. Mandat für die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz. Bern: Interdisziplinäres Zentrum für Geschlechterforschung der Universität Bern.

Blanchard, Laurence/ Conway-Moor, Kaitlin/ Aguiar, Anaely/ Önal, Furkan/ Rutter, Harry/ Helleve, Arnfinn et. al. (2023). Association between social media, adolescent mental health, and diet. A systematic review. In : Bigler, Christine/ Pita, Yamila/ Amacker, Michèle (2024). Psychische Gesundheit von jungen Frauen. Mandat für die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz. Bern: Interdisziplinäres Zentrum für Geschlechterforschung der Universität Bern.

Brown, Tiffany/ Holland, Lauren/ Keel, Pamela (2014). Comparing operational definitions of DSM-5 anorexia nervosa for research contexts. In: International Journal of Eating Disorders. 47. Jg. (1). S. 76-84.

Bundesamt für Statistik (2024). Übergewicht. Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB). URL: [Zugriffsdatum 12.08.2024].

Couturier, Jennifer/ Kimber, Melissa/ Szatmari, Peter (2013). Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders. A systematic review and meta-analysis. In: International Journal of Eating Disorders. 46. Jg. (1). S. 3-11.

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (o.J.). ICD-10-GM Version 2020. URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/> [Zugriffsdatum 20.05.2024].

Devoe, Daniel/ Han, Angela/ Anderson, Alida/ Katzman, Debra/ Patten, Scott/ Soumbasis, Andrea/ Flanagan, Jordyn/ Paslakis, Georgios/ Vyver, Ellie/ Marcoux, Gisele/ Dimitropoulos, Gina (2023). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders. A systematic review. In: International Journal of Eating Disorders. 56. Jg. (1). S. 5–25.

Elias, Norbert (1978). In: Klotter, Christoph (2015). Fragmente einer Sprache des Essens. Ein Rundgang durch eine essgestörte Gesellschaft. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 86.

Erikson, Erik (1988). Der vollständige Lebenszyklus. In: Rothgang, Georg-Wilhelm/ Bach, Johannes (2021). Entwicklungspsychologie. 4. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Fredrickson, Barbara/ Roberts, Tomi-Ann (1997). Objectification theory: Towards understanding women's lived experiences and mental health risk. URL: <https://psycnet.apa.org/record/1997-04768-001> [Zugriffsdatum: 29.07.2024].

Folke, Pascale (2012). Sendung Treffpunkt. Spieglein, Spieglein an der Wand... . URL: <https://www.srf.ch/audio/treffpunkt/spieglein-spieglein-an-der-wand?id=10248049> [Zugriffsdatum: 29.07.2024].

Gesundheitsförderung Schweiz/ Fachstelle PEP (2016). Faktenblatt 16. Das Körperbild von Jugendlichen in der Deutschschweiz. Ergebnisse der Befragung von 2015. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.

Gesundheitsförderung Schweiz (2017). Faktenblatt 25. Positives Körperbild bei Jugendlichen in der Schweiz. Ein Vergleich zwischen der Deutschschweiz (2015) und der Romandie (2016). Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.

Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.) (2024). Faktenblatt 103. Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich. Entwicklung von Übergewicht/ Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2022/23 mit Sonderfokus «Adipositas». Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.

Gesundheitsförderung Schweiz (o.J.). Publikationen. Gesundes Körpergewicht. URL: <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen> [Zugriffsdatum 05.08.2024].

Götz, Maya/ Mendel, Caroline (2015). Der Gedanke «zu dick zu sein» und Germany's next Topmodel. Eine repräsentative Studie mit 6- bis 19-jährigen. In: *Televizion*. 28. Jg. (1). S. 54-57.

Guyot, Gary/ Fairchild, Louis/ Hill, Mary (1981). Physical fitness, sport participation, body build, and self-concept of elementary school children. In: *International Journal of Sport Psychologie*. 12. Jg. (2). S. 105-116.

Habermas, Tilmann (1994). Zur Geschichte der Magersucht. In: Klotter, Christoph (2015). *Fragmente einer Sprache des Essens. Ein Rundgang durch eine essgestörte Gesellschaft*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 90.

Hach, Isabelle/ Ruhl, Uwe/ Rentsch, Anke/ Becker, Eni/ Türke, Veneta/ Margraf, Jürgen/ Kirch, Wilhelm (2005). Recognition and therapy of eating disorders in young women in primary care. In: *Journal of Public Health*. 13. Jg. (3). 160-165.

Haddad, Joyce/ Bez, Natalie/ van der Horst, Klazine (2022). *The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa and Binge-Eating*. Bern: University of Applied Sciences, Insel Gruppe AG.

Hafen, Martin (2023). Lösung. In: Wirth, Jan/ Kleves, Heiko (2023). *Lexikon des systemischen Arbeitens. Grundbegriffe der systemischen Praxis, Methodik und Theorie*. Zweite, vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg: Carl-Auer Verlag GmbH. S. 251-253.

Häffner, Laura/ Erbas, Beate (2022). *Informationspapier Essstörungen*. Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen. 2. überarbeitete und ergänzte Auflage. München: Bayrische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen.

Hart, Laura/ Granillo, Teresa/ Jorm, Antony/ Paxton, Susan (2011). Unmet need for treatment in the eating disorders. A systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. In: *Clinical Psychology Review*. 31. Jg. (5). S. 727-735.

Havighurst, Robert James (1976). Developmental tasks and education. In: Rothgang, Georg-Wilhelm/ Bach, Johannes (2021). *Entwicklungspsychologie*. 4. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. S. 97-106.

Hay, Phillipa/ Claudino, Angélica (2010). Evidence-Based Treatment for Eating Disorders. In: Agras, W. Stewart (Hg.) (2010). *The Oxford handbook of eating disorders*. New York: Oxford University Press. S. 452-479.

Herpertz-Dahlmann, Beate (2021). Essstörungen. Neue Wege aus der Magersucht. Heidelberg: Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft mbH. URL: <https://www.spektrum.de/news/essstoerungen-neue-wege-aus-der-magersucht/1812539> [Zugriffsdatum: 11.06.2024].

Herpertz-Dahlmann, Beate (2022). Anorexia Nervosa. In: Herpertz-Dahlmann / Hilbert, Anja (Hrsg.) (2022), Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein klinisches Handbuch. 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. S. 13-61.

Herzog, Thomas/ Stiewe, Maren/ Sandholz, Angelika/ Hartmann, Armin (1995). Borderline-Syndrom und Essstörungen. In: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie. 45. S. 97-108.

Herzog, Wolfgang/ Munz, Dietrich/ Kächele, Horst (Hrsg.) (2004) Essstörungen. Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer.

Holtkamp, Kristian / Herpertz-Dahlmann, Beate (2005). Anorexie und Bulimie nervosa im Kindes- und Jugendalter. In: Deutsches Ärzteblatt. 102. Jg. (1-2). S. 50-58.

Hsu, L. K. G. / Lee, S. (1993). Ist weight phobia always necessary for a diagnosis of anorexia nervosa? In: American Journal of Psychiatry. 150. S. 1466-1471.

Hurrelmann, Klaus (2005). Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung (8. Auflage). Weinheim/München: Juventa.

Jacobi, Corinna/ Paul, Thomas/ Thiel, Andreas (2004). Essstörungen. In Liechti, Jürg/ Liechti-Darbellay, Monique (2020). Anorexia nervosa. Verzehrende Suche nach Sicherheit. Wege zur Veränderung im Kontext naher Beziehungen. 1. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer Verlag. S. 68.

Jacobi, Corinna/ Hayward, Chris/ de Zwaan, Martina/ Kraemer, Helena/ Agras, W. Stewart (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. In: Psychological Bulletin. 130. Jg. (1). S. 19-65.

Keski-Rahkonen, Anna/ Hoek, Hans/ Susser, Ezra/ Linna, Milla/ Sihvola, Elina/ Raevuori, Anu (2007). Epidemiology and Courses of Anorexia Nervosa in the Community. In: American Journal of Psychiatry. 164. S. 1259-1265.

Klotter, Christoph (2015). Fragmente einer Sprache des Essens. Ein Rundgang durch eine essgestörte Gesellschaft. Wiesbaden: Springer VS.

Lavoyer, Agota (2024). Jede\_ Frau. Über eine Gesellschaft, die sexualisierte Gewalt verharmlost und normalisiert. München: Yes Publishing.

Le Grange, Daniel/ Lock, James (2005). The dearth of psychological treatment studies for anorexia nervosa. In: International Journal of Eating Disorders. 37. Jg. (2). S. 79-91.

Liechti, Jürg / Liechti-Darbellay, Monique (2020). Anorexia nervosa. Verzehrende Suche nach Sicherheit. Wege zur Veränderung im Kontext naher Beziehungen. 1. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Luhmann, Niklaus (1997b). Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt: Suhrkamp.

Manlick, Christopher/ Cochran, Sam/ Koon, Jerrod (2013). Acceptance and commitment therapy for eating disorders. Rationale and literature review. In: Journal of Contemporary Psychotherapie. 43. Jg. (2). S. 115-122.

Meyer, Alexa/ Lanfranconi, Ramona (2024). Spiegelbilder. Ein Projekt zur Stärkung junger Frauen\*. Luzern: Familien- und Frauengesundheit, FFG-Videoproduktion. URL: <https://www.spiegelbilder.ch/> [Zugriffsdatum: 11.10.2024].

Miller, William/ Rollnick, Stephen (2009). Motivierende Gesprächsführung. 3., unveränderte Auflage. Freiburg: Lambertus.

Pauli, Dagmar (2018). SIZEZERO. Essstörungen verstehen, erkennen und behandeln. München: C.H. Beck oHG.

Petersen, Crina/ Schiersmann, Christiane/ Weber, Peter (2014). Beratungsqualität in Bildung, Beruf & Beschäftigung. Professionell beraten: Kompetenzprofil für Beratende in Bildung, Beruf und Beschäftigung. Berlin/ Heidelberg: W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG.

Reich, Günter/ Cierpka, Manfred (Hrsg.) (1997, 2001). Psychotherapie der Essstörung. In Liechti, Jürg / Liechti-Darbellay, Monique (2020). Anorexia nervosa – Verzehrende Suche nach Sicherheit. Wege zur Veränderung im Kontext naher Beziehungen. 1. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer Verlag. S. 68.

Reich, Günter/ Witte-Lakemann, Gabriele/ Kilius, Uta (2005). Qualitätssicherung in der Beratung und ambulanten Therapie von Frauen und Mädchen mit Essstörungen. Eine Praxisstudie. Göttingen: V6R unipress.

Rothgang, Georg-Wilhelm/ Bach, Johannes (2021). Entwicklungspsychologie. 4. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Scherr, Albert (2009). Jugendsoziologie. Einführung in Grundlagen und Theorien. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schiersmann, Christiane/ Weber, Peter (Hg.) (2013) Beratung in Bildung, Beruf und Beschäftigung. Eckpunkte und Erprobung eines integrierten Qualitätskonzepts. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag.

Schnyder, Ulrich/ Milos, Gabriella/ Mohler-Kuo, Meichun/ Dermota, Petra (2012). Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Schlussbericht. Zürich: Universitätsspital / Universität.

Scholz, Katja/ Weiss, Jessika (2013). Multifamilientherapie bei Patienten mit Essstörungen. Die Ressource Familie nutzen. In: Psychotherapie im Dialog. 14. Jg. (4). S. 28-31.

Schutzbach, Franziska (2021). Die Erschöpfung der Frauen. Wider die weibliche Verfügbarkeit. München: Droemer Knauer GmbH & Co. KG.

Shisslak, Catherine/ Crago, Marjorie/ McKnight, Katherine/ Estes, Linda/ Gray, Norma/ Parnaby, Ori (1998). Potential risk factors associated with weight controll behaviors in elementary and middle school girls. In: Journal of Psychosomatic Reserch. 44. S. 301-313.

Simon, Fritz B. (2015). Einführung in Systemtheorie und Konstruktivismus. 7. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer Verlag GmbH.

Sommerfeld, Peter/ Dällenbach, Regula/ Rüeegger, Cornelia/ Hollenstein, Lea (2016). Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Steinhausen, Hans-Christoph (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. In: American Journal of Psychiatry. 159. S. 1248-1293.

Stice, Eric (2002a). Risk and maintanance factors for eating pathology. A meta-analytic review. In: Psychological Bulletin. 128. S. 825-848.

Stice, Eric (2002b). Sociocultural influences on body image and eating disturbance. In Fairburn, Christopher/ Brownell, Kelly (2002). Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook. 2. Version. New York / London: The Guilford Press. S. 103-107.

Stice, Eric/ Whitenton, Kathryn (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls. A longitudinal investigation. In: Development Psychologie. 38. Jg. (5). S. 669-678.

Striegel-Moore, Ruth/ Bulik, Cynthia (2007) Risk factors for eating disorders. In: American Psychologist. 62. Jg. (3). S. 181-198.

Thomas, Jennifer/ Roberto, C.A./ Brownell, Kelly (2009). Eigthy-five per cent of what? Discrepancies in the weight cut-off for anorexia nervosa substantially affect the prevvalence of underweight. In: Psychological Medicine. 39. Jg. (5). S. 833-843.

Timko, C. Alix / Eifert, Georg H. / Harres, Annette (2013). Akzeptanz- und Commitmenttherapie bei Anorexia nervosa. Ein Leitfaden für die Behandlung mit ACT. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Treasure, Janet/ Claudino, Angélica/ Zucker, Nancy (2010). Eating disorders. In : The Lancet. 375. S. 583-593.

United Nations Children's Fund (2023). Prospects for Children in the Polycrisis. A 2023 Global Outlook. Florence: United Nations Children's Fund.

Voderholzer, Ulrich/ Haas, Verena/ Correl, Christoph/ Körner, Thorsten (2020). Medical management of eating disorders. An update. In: Current Opinion in Psychiatry. 33. Jg. (6). S. 542-553.

Voges, Mona/ Legenbauer, Tanja/ Vocks, Silja (2022). Körperbildstörung. In: Herpertz-Dahlmann / Hilbert, Anja (Hrsg.) (2022), Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein klinisches Handbuch. 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. S. 172-184.

Von Schlippe, Arist/ Schweitzer, Jochen (2019). Systemische Interventionen. 4. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

Watson, Hunna/ Bulik, Cynthia (2013). Update on the treatment of anorexia nervosa. Review clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. In: Psychological Medicine. 43. Jg. (12). S. 2477-2500.

Weitkamp, Katharina/ Strauss, Bernhard/ Berger, Uwe (2010). Empirical validation of a model for the etiology of eating disorders in adolescent girls. which role play the results of body comparisons? In : Psychother Psychosom Med Psychol. 60. S. 44-51.

Widulle, Wolfgang (2011/2012). Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen. 2., durchgesehene Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien.

Wunderer, Eva/ Borse, Sigrid/ Schnebe, Andreas (2012). Essstörungen. In: Deutsche Hautfachstelle für Suchtfragen (Hrsg.). Suchtjahrbuch 2013. Lengerich: Pabst Science Publisher. S. 135-143.

Wunderer, Eva (2015). Praxisbuch Soziale Arbeit mit Menschen mit Essstörungen. Weinheim Basel: Beltz Juventa.

Yager, Joel/ Devlin, Michael/ Halmi, Kathrine/ Herzog, David/ Mitchel, James/ Powers, Pauline/ Zerbe, Kathryn (2010). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. 3. Edition. American Psychiatric Association. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc.

Zeeck, Almut/ Cuntz, Ulrich/ Hartmann, Armin/ Hagenah, Ulrich/ Friedrich, Hans-Christopher/ Gross, Gaby (2011). Anorexia nervosa. In: Herpertz, Stephan / Herpertz-Dahlmann, Beate/ Fiechter, Manfred/ Tuschen-Caffier, Brunna/ Zeeck, Almut (2011). S3-Leitlinien Diagnostik und Behandlung der Essstörungen. Heidelberg: Springer. S. 47-155.

Zeeck, Almut/ Herpertz-Dahlmann, Beate/ Friederich, Hans-Christoph/ Brockmeyer, Timo/ Resmark, Gaby/ Hagenah, Ulrich/ Ehrlich, Stefan/ Cuntz, Ulrich/ Zipfel, Stephan/ Hartmann, Armin (2018). Psychotherapeutic Treatment for Anorexia Nervosa. A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2018.00158/full> [Zugriffsdatum 07.06.2024].

## HSA FHNW Eigenständigkeitserklärung für Leistungsnachweise

Ich erkläre hiermit, dass ich den vorliegenden Leistungsnachweis selber und selbständig verfasst habe,

- dass ich sämtliche nicht von mir selbst stammenden Textstellen und anderen Quellen wie Bilder etc. gemäss gängigen wissenschaftlichen Zitierregeln [z.B. gem. Wegleitung zur Gestaltung wissenschaftlicher Arbeiten an der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW] korrekt zitiert und die verwendeten Quellen klar sichtbar ausgewiesen habe;
- dass ich in einer Fussnote oder einem Hilfsmittelverzeichnis alle verwendeten Hilfsmittel (KI-Assistenzsysteme wie Chatbots [z.B. ChatGPT], Übersetzungs- [z.B. DeepL], Paraphrasier- [z.B. Quillbot]) oder Programmierapplikationen [z.B. Github Copilot] deklariert und ihre Verwendung bei den entsprechenden Textstellen angegeben habe;
- dass ich sämtliche immateriellen Rechte an von mir allfällig verwendeten Materialien wie Bilder oder Grafiken erworben habe oder dass diese Materialien von mir selbst erstellt wurden;
- dass das Thema, die Arbeit oder Teile davon nicht bei einem Leistungsnachweis eines anderen Moduls verwendet wurden, sofern dies nicht ausdrücklich mit der Dozentin oder dem Dozenten im Voraus vereinbart wurde und in der Arbeit ausgewiesen wird;
- dass ich mir bewusst bin, dass meine Arbeit auf Plagiate und auf Drittauthorschaft menschlichen oder technischen Ursprungs (Künstliche Intelligenz) überprüft werden kann;
- dass ich mir bewusst bin, dass die Hochschule für Soziale Arbeit FHNW einen Verstoss gegen diese Eigenständigkeitserklärung bzw. die ihr zugrundeliegenden Teilnehmendenpflichten gemäss Reglementen der Hochschule für Soziale Arbeit verfolgt und dass daraus disziplinarische Folgen (Verweis oder Ausschluss aus dem Programm) resultieren können.

Ort/Datum: 08.11.2024

Name:

Unterschrift: