

Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit
Institut Beratung, Coaching und Sozialmanagement
MAS Systemisch-lösungsorientierte Kurzzeitberatung und -therapie

Externalisierung in der systemisch- lösungsorientierten Ernährungsberatung

MAS Thesis

eingereicht im Mai 2013 bei Prof. Dr. Martina Hörmann
zum Erwerb des MAS Systemisch-lösungsorientierte
Kurzzeitberatung und -therapie

Annemarie Anderes-Fleischli

Abstract

Ausgangslage: Ein Ziel der Ernährungsberatung ist es, die Klientinnen und Klienten im Prozess der Ernährungsverhaltensänderung zu unterstützen. Da dieses Verhalten nicht nur kognitiv gesteuert ist, sondern durch weitere Faktoren mitbeeinflusst wird, gelingt es nicht allen Menschen zu jedem Zeitpunkt, ihr Ernährungsverhalten ihren Zielen entsprechend zu gestalten. Somit hat die systemisch-lösungsorientierte Ernährungsberatung Bedarf an Methoden, die Betroffene darin unterstützt, Lösungsmöglichkeiten zu entdecken, wenn für jene ihr Ernährungsverhalten ein Problem darstellt.

Fragestellung: Kann die Externalisierung als Methode in der systemisch-lösungsorientierten Ernährungsberatung eingesetzt werden und was kann damit erreicht werden? Die zugeordneten Fragen beziehen sich darauf, welche Probleme externalisiert werden können und welche Externalisierungsarten bei den verschiedenen Altersgruppen angewendet werden können. Weiter soll untersucht werden, bei welchen Kategorien von Klientinnen und Klienten die besprochene Arbeitsweise eingesetzt werden kann und wann und aus welchen Gründen das externalisierende Verfahren nicht angewendet werden soll.

Methode: Da zur Fragestellung keine Literatur vorhanden ist, wurde zu deren Beantwortung der qualitative Forschungsansatz mit Expertinneninterview als Methode bestimmt. In Anlehnung an die Thesisfragen wurde ein Leitfaden für die Interviews erstellt. Zur Auswertung der Befragungen wurden acht Themenkomplexe definiert, die sich an der Fragestellung dieser Arbeit orientieren. Aufgrund des thematischen Vergleichs der Aussagen können die Fragen dieser Arbeit beantwortet werden.

Ergebnisse: Die Externalisierung ist eine geeignete Methode, die in der systemisch-lösungsorientierten Ernährungsberatung eingesetzt werden kann. Es können Symptome oder Diagnosen externalisiert werden, wenn diese für die Betroffenen ein belastendes Problem darstellen. Durch die neugewonnene Sichtweise auf ihr Problem können jene neue Denk- und Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit der Schwierigkeit entdecken.

Schlussfolgerungen: Ressourcenaktivierung ist ein relevanter Wirkfaktor der Psychotherapie und kann als solcher in die Ernährungsberatung übertragen werden. Folglich kann das externalisierende Verfahren eine hilfreiche Methode darstellen, die Klientinnen und Klienten der Ernährungsberatung darin unterstützen kann, vermehrt Kontrolle über ihr Ernährungsverhalten zu gewinnen und so ihre individuellen Ziele zu erreichen.

Danksagung

Ein erster und besonderer Dank gilt den Ernährungsberaterinnen, die sich als Expertinnen zu Verfügung gestellt haben. Sie gewährten mir mit ihren offenen und konkreten Aussagen einen Einblick in ihr Wissen und ihre reflektierten Erfahrungen im Umgang mit der Externalisierung in der Ernährungsberatung. Da zu diesem Thema kaum Publikationen vorhanden sind, leisten sie alle Pionierarbeit in diesem Bereich. Ohne ihre wertvollen Antworten hätten die Fragen der Thesis nicht so praxisgestützt beantwortet werden können.

Der wissenschaftlichen Begleiterin dieser Arbeit, Frau Dr. Martina Hörmann gilt ein Dank für ihre präzisen Rückmeldungen zu meinen Fragen, diese zeigten immer wieder den weiteren Weg dieser Arbeit auf. Ihr Anstoss zur Feldforschung mit Expertinneninterviews zur Beantwortung der Thesisfragen und die entsprechenden Literaturhinweise waren sehr hilfreich.

Meinen Klientinnen und Klienten möchte ich für ihre Rückmeldungen zur Externalisierung danken. Diese sind nicht in diese Arbeit eingeflossen, motivierten mich aber immer wieder, dieses Thema zu erforschen.

Ein grosser Dank geht auch an meine Familie, insbesondere an Dominique und Fabienne für ihre computertechnische Unterstützung und das kritische Lesen der Arbeit.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	6
1.1 Begründung der Themenwahl	6
1.2 Fragestellung und Zielsetzungen	7
1.3 Eingrenzung des Themas	8
1.4 Angaben zu den Methoden des Erkenntnisgewinns	8
1.5 Begriffserklärung	8
1.6 Anmerkungen zur Sprache in dieser Arbeit	9
2. Grundlagen	10
2.1 Definition und Ziele der Ernährungsberatung	10
2.1.1 Definition	10
2.1.2 Ziel	11
2.2 Systemisch-lösungsorientierte Kurzzeitberatung	12
2.2.1 System, Kybernetik, Zirkularität und Konstruktivismus	12
2.2.2 Die Entwicklung der systemisch-lösungsorientierten Kurzzeittherapie	13
2.2.3 Die lösungsorientierte Haltung der Beratenden und lösungsorientierte Fragen	14
2.2.4 Komplimente und Lösungsinterventionen	15
2.2.5 Unterscheidung von Klientinnen und Klienten	16
2.2.6 Der systemisch-lösungsorientierte Beratungsansatz in der Ernährungsberatung ...	17
2.3. Einflussfaktoren auf das menschliche Ernährungsverhalten	18
2.3.1 Definition des Ernährungsverhaltens	18
2.3.2 Physiologische Regulation der Nahrungsaufnahme	18
2.3.3 Prägung des Ernährungsverhaltens	19
2.3.4 Sensorische Einflüsse	20
2.3.5 Essen und Emotionen	21
2.3.6 Soziale und Umweltfaktoren	21
3. Die Externalisierung in der Beratung	23
3.1 Die Externalisierung nach Michael White	23
3.1.1 Leitgedanken und Ziel der Externalisierung	23
3.1.2 Vorgehen bei der Externalisierung	24
3.1.3 Die doppelte Externalisierung	26
3.1.4 Die therapeutische Haltung	27
3.1.5 Die Externalisierung aus systemisch-konstruktivistischer Sicht	27
3.2. In der Fachliteratur beschriebene Fallbeispiele zur Externalisierung	28
3.2.1. Die Literaturrecherche	28
3.2.2 Probleme, die in den Fallbeispielen externalisiert werden	28
3.2.3 Ziele der Externalisierung in den Fallbeispielen	31
3.2.4 Art und Weise der Externalisierung in den Fallbeispielen	32
3.2.5 Setting der Fallbeispiele und Klientenkategorien	33
3.3 Erkenntnisse zu möglichen Wirkungen der Externalisierung	34

4. Externalisierung in der Ernährungsberatung	36
4.1 Ausgangslage	36
4.2 Begründung des Forschungsansatzes	36
4.2.1 Qualitative Forschung	36
4.2.2 Interviewtechniken	36
4.2.3 Das Expertinneninterview	37
4.2.4 Der Leitfaden für die Interviews	38
4.3 Vorgehen zur Datenerhebung.....	39
4.3.1 Definition und Bestimmung der Expertinnen	39
4.3.2 Der Leitfaden für die Expertinneninterviews.....	40
4.3.3 Vorgehen bei den Expertinneninterviews	41
4.3 Die Auswertung der Interviews.....	41
4.4 Resultate der Expertinneninterviews.....	42
4.4.1 Externalisierte Probleme	42
4.4.2 Ziele der Externalisierung	43
4.4.3 Art und Weise der Externalisierung.....	43
4.4.4 Effekte der Externalisierung.....	45
4.4.5 Klientenkategorien und Setting der Beratungen	47
4.4.6 Alltagserfahrungen	47
4.4.7 Kontraindikationen.....	48
4.4.8 Potential der Externalisierung	48
5. Schlussbetrachtungen	51
5.1. Zusammenfassung der Ergebnisse	51
5.1.1 Probleme, die externalisiert werden können	51
5.1.2 Geeignete Externalisierungsarten für verschiedene Altersgruppen	51
5.1.3 Externalisierung bei verschiedenen Kategorien von Klientinnen und Klienten und Situationen, in denen die Methode nicht angewendet werden soll	53
5.1.4 Anwendungsmöglichkeiten der Externalisierung in der systemisch-lösungsorientierten Ernährungsberatung und was damit erreicht werden kann.....	53
5.2 Ausblick	54
5.3 Kritische Würdigung.....	55
5.4 Schlussfolgerungen für die Berufspraxis	57
5.5 Reflexion des persönlichen Erkenntnisprozesses.....	58
6. Literatur- und Quellenverzeichnis	60
7. Anhang	65

1. Einleitung

1.1 Begründung der Themenwahl

Ernährungsberatung beinhaltet nicht nur Wissensvermittlung, sondern Klientinnen und Klienten sollen darin unterstützt werden, zu einem den persönlichen Zielen entsprechenden gesundheitsfördernden Handeln zu gelangen (vgl. Dolder / Honigmann / Jacobs et al. 2013). Mit einer präventiven Ernährung kann das Risiko bestimmter chronischer Erkrankungen, die eine hohe Prävalenz aufweisen, vermindert werden. Verschiedenste Krankheiten können durch eine mehr oder weniger strikt einzuhaltende Ernährungstherapie positiv beeinflusst werden. Kinder, Jugendliche und Erwachsene können unter einer solchen Krankheit leiden und oft muss die entsprechende Ernährungsform ein ganzes Leben lang beibehalten werden.

Das Ernährungsverhalten ist nie nur kognitiv gesteuert, sondern wird vielfältig beeinflusst. So haben neben biologischen Faktoren Erfahrungen in frühen Lebensphasen, Emotionen und aktuelle Lebensbedingungen einen relevanten Einfluss auf das menschliche Ernährungsverhalten (vgl. Contento 2011). Daraus lässt sich ableiten, dass alle Menschen ihr Ernährungsverhalten nicht zu jedem Zeitpunkt nur verstandesmässig zu steuern vermögen, dies unabhängig davon, ob bei ihnen eine spezifische Ernährungstherapie induziert ist oder nicht. So essen Menschen in gewissen Situationen unkontrolliert zuviel, zu oft, wählen für sie ungeeignete Nahrungsmittel oder sie ernähren sich restriktiv und essen zuwenig. Erreicht dieses für die Person ungeeignete Ernährungsverhalten eine hohe Frequenz und widerspricht den individuellen Zielen, so entsteht aus der Diskrepanz zwischen dem erwünschten und dem aktuellen Verhalten für die Betroffenen ein Problem. Manchmal ist das problematische Verhalten selbst ein Lösungsversuch der jeweiligen Personen, das sich dann zu einem eigenständigen Problem entwickelt. Dessen ungeachtet wiederholen sie diesen Lösungsversuch immer wieder. So kann sich ein Verhalten, zum Beispiel das zuviel oder zuwenig essen, das ursprünglich für einen kurzen Moment hilfreich war, längerfristig zu einem selbständigen Problem, einem „Problem zweiter Ordnung“ (Bamberger 2010: 84) entwickeln (vgl. ebd. 84). Lösungsorientiert betrachtet sind Probleme etwas normales, sie gehören zum Leben und können einen Impuls für eine persönliche Weiterentwicklung bedeuten (vgl. ebd.: 41-42).

Dieser Sachverhalt macht deutlich, dass die systemisch-lösungsorientierte Ernährungsberatung Bedarf hat an Methoden, welche Klientinnen und Klienten darin unterstützen, ihr Ernährungsverhalten mit ihrem Wissen und ihren Zielen in Einklang zu bringen, also Lösungen ihres Problems zu entdecken. In der systemisch-lösungsorientierten Beratung wird weniger

nach den Ursachen des Problems geforscht, als vielmehr nach Lösungsvisionen. Die Externalisierung ist möglicherweise eine Methode, die Betroffenen, welche Schwierigkeiten mit ihrem Ernährungsverhalten haben, neue Denk- und Handlungsmöglichkeiten eröffnen kann.

Somit manifestiert sich die Relevanz dieser Master of Advanced Studies (MAS) Thesis auf zwei Ebenen. Einerseits wird untersucht, ob die Externalisierung in die Ernährungsberatung eingesetzt werden kann und inwiefern diese Methode für die Betroffenen hilfreich ist, andererseits kann diese Arbeit einen Beitrag zur Erweiterung des Methodendiskurses in der Ernährungsberatung leisten, denn es gibt kaum Literatur, welche die Externalisierung in diesem Beratungsfeld untersucht.

1.2 Fragestellung und Zielsetzungen

Hauptfrage

Kann die Externalisierung als Methode in der systemisch-lösungsorientierte Ernährungsberatung eingesetzt werden und was kann mit dieser Methode erreicht werden?

Zugeordnete Fragen

- Welche Probleme können externalisiert werden?
- Welche Externalisierungsarten können bei Erwachsenen, welche bei Kindern und welche bei Jugendlichen angewendet werden?
- Bei welcher Art von Klientinnen und Klienten kann die Externalisierung eingesetzt werden?
- Wann und aus welchen Gründen soll die Externalisierung nicht angewendet werden?

Mit dieser MAS Thesis sollen Aussagen darüber getroffen werden, ob beziehungsweise wie die Externalisierung als Methode in der Ernährungsberatung mit Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden kann und was mit dieser Arbeitsweise erreicht werden kann. De Shazer (vgl. 2008: 104-106) unterteilt die Klientinnen und Klienten in drei Kategorien, nämlich Besucherinnen und Besucher, Klagende und Kundinnen und Kunden. Die Arbeit soll aufzeigen, bei welchen dieser Klientinnen und Klienten eine Externalisation angezeigt ist, was für Probleme externalisiert werden können und in welchen Situationen die Methode nicht eingesetzt werden soll. Sollte sich erweisen, dass die Externalisierung eine sinnvolle Methode

für die Ernährungsberatung ist, so sollen verschiedene geeignete Methoden vorgestellt werden.

1.3 Eingrenzung des Themas

Die Fragestellung dieser Arbeit bezieht sich auf Beratungen im ambulanten Setting; es ist denkbar, dass die Externalisierung auch in der Ernährungstherapie bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten angewendet werden kann, dies wurde in dieser Arbeit jedoch nicht untersucht. Diese MAS Thesis fokussiert die systemisch-lösungsorientierte Ernährungsberatung; ob die Externalisierung als Methode ebenso in die Beratung mit anderen Beratungsansätzen integriert werden kann, darüber kann in dieser Thesis keine Aussage gemacht werden.

1.4 Angaben zu den Methoden des Erkenntnisgewinns

Mittels Literaturrecherche wird der aktuelle Wissensstand zu Ernährungsberatung, zur systemisch-lösungsorientierten Kurzzeitberatung, zu Einflussfaktoren auf das menschliche Ernährungsverhalten und zu Theorie und Anwendungsgebieten der Externalisation als Methode aufgearbeitet und einbezogen. Da zur Fragestellung dieser MAS Thesis, die Anwendung der Externalisierung in der systemisch-lösungsorientierten Ernährungsberatung, kaum Literatur vorhanden ist, wurde als Studiendesign die Feldforschung gewählt. Zur Erhebung der Daten wurde als Methode das Expertinnen-Interview (vgl. Meuser / Nagel 1997: 481) verwendet. Mit einem Leitfaden, dessen Fragen aus dem Erkenntnisinteresse dieser Arbeit abgeleitet sind, wurden halboffene Interviews mit Ernährungsberaterinnen, welche die Externalisierung in ihre Beratungen integrieren, durchgeführt. Dabei wurde deren praxisgesättigtes Wissen erfasst. Die digital aufgenommenen Interviews wurden transkribiert. Diese schriftlich erfassten Aussagen wurden den definierten Themenkomplexen zugeordnet, um sie so untereinander zu vergleichen und qualitativ auswerten zu können. Aufgrund der Ergebnisse werden die Fragen dieser MAS Thesis beantwortet.

1.5 Begriffserklärung

Die Externalisierung von Problemen ist eine systemische Arbeitsweise. Sie wurde vom australischen Therapeuten Michael White und seinem neuseeländischen Berufskollegen David Epston entwickelt. Es ist eine Methode, bei der mit sprachlichen Mitteln zwischen der Identität der Klientin oder des Klienten und ihrem oder seinem Problem unterschieden wird.

Diese Intervention eröffnet den Betroffenen andere Denk- und Handlungsweisen, um so den Einfluss des Problems auf ihr Leben zu reduzieren oder gänzlich zu verhindern (vgl. Tomm 2009: 215).

1.6 Anmerkungen zur Sprache in dieser Arbeit

Um bei Personenbezeichnungen darzustellen, dass Frauen und Männer gemeint sind, wird mehrheitlich die feminine und die maskuline Form verwendet oder eine geschlechtsneutrale Bezeichnung gewählt. Da sich für die Interviews ausschliesslich weibliche Fachpersonen zu Verfügung gestellt haben und mehrheitlich Frauen im Feld der Ernährungsberatung tätig sind, wird hier die weibliche Berufsbezeichnung verwendet, ebenso wird beim Begriff Expertinneninterview die weibliche Form gebraucht.

Im Bereich der lösungsorientiert ausgerichteten Beratungs- und Therapieansätze werden verschiedene Bezeichnungen verwendet. Da das Weiterbildungsstudium „Systemisch-lösungsorientierte Kurzzeitberatung und -therapie“ genannt wird und die Schreibende in einem Feld der Beratung tätig ist, wird in dieser Arbeit der Begriff „systemisch-lösungsorientierte Kurzzeitberatung“ (SLKB) verwendet und im Zusammenhang mit der Ernährungsberatung „systemisch-lösungsorientierte Ernährungsberatung“. Mit der Berufsbezeichnung Ernährungsberaterinnen sind dipl. Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater HF/FH mit einer drei- bis vierjährigen Ausbildung im Tertiärbereich gemeint.

2. Grundlagen

In diesem Kapitel werden Definition und Ziele der Ernährungsberatung vorgestellt und beschrieben was die systemisch-lösungsorientierte Kurzzeitberatung auszeichnet. Ebenso wird der aktuelle Wissensstand zu Einflussfaktoren auf das menschliche Ernährungsverhalten dargestellt.

2.1 Definition und Ziele der Ernährungsberatung

2.1.1 Definition

In der Literatur ist laut Honigmann keine zeitgemässe, umfassende und prägnante Definition der Ernährungsberatung zu finden (vgl. 2011: 13-14). Nach eingehender Recherche in Publikationen von Fachverbänden und nationaler und internationaler Literatur zu Ernährungsmedizin und Ernährungspsychologie formulierte Honigmann in Anlehnung an die Definition der Gesundheitsberatung von Faltermaier (2007: 1064-1065) Ernährungsberatung wie folgt (Honigmann 2011: 15):

Die Ernährungsberatung ist eine personenzentrierte, professionelle Beratung, die sich auf Ernährungsthemen und Ernährungsprobleme bezieht und das Ziel hat, über Ernährungsverhaltensänderungen die Gesundheit zu fördern, Krankheiten zu verhindern und die Behandlung einer Krankheit oder das Leben mit einer Krankheit positiv zu unterstützen. Ernährungsverhaltensveränderungen können nur mit den involvierten Menschen erfolgen. Die Partizipation der Betroffenen und die Motivation zur Ernährungsverhaltensveränderung sind daher zentrale Bestandteile der Ernährungsberatung und somit Begründung und Vorgabe für Beratungsansätze.

Ebenso wie viele andere professionelle Beratungsfelder ist die Ernährungsberatung in zwei Fachdiskurse eingebunden, nämlich in den handlungsfeldspezifischen und den feldunabhängigen beratungsspezifischen (vgl. Engel / Nestmann / Sickendick 2007: 35). Diese „Doppelverortung der Beratung“ (ebd. 2007: 35) bedingt, dass Ernährungsberaterinnen neben fundiertem und dem aktuellen wissenschaftlichen Stand entsprechendem Wissen in Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie, Biochemie, Lebensmittelrecht, -produktion und -verarbeitung und Diätetik, feldunabhängige Beratungskompetenzen besitzen müssen.

Aufgrund einer grossen Metaanalyse zur Effektivität psychotherapeutischer Verfahren definiert Grawe vier Wirkfaktoren. Er nennt „Ressourcenaktivierung“, „Problemaktivierung“, „Aktive Hilfe zur Problembewältigung“ und „Motivationale Klärung“ (1995: 130-145) als

Merkmale, die für den Therapieerfolg verantwortlich sind (vgl. ebd.: 130-145). Asay und Lambert unterteilen die gemeinsamen therapeutischen Faktoren unterschiedlicher Therapieansätze in vier Bereiche. Die relevantesten sind die „KlientInnenfaktoren und extratherapeutische Ereignisse“ und „Beziehungsfaktoren“. (2001 :49) Im Grundlagenpapier zum Beratungsverständnis der Ernährungsberatung zeigen Dolder / Honigmann / Jacobs et. al auf, dass diese Wirkfaktoren, insbesondere die „Ressourcenaktivierung“, die „Aktive Hilfe zur Problembewältigung“, die „Klärungsperspektive“, und „Klientin, Klient und Beratungsbeziehung“ auch für die Ernährungsberatung herangezogen werden können (vgl. 2013). Wie in der Psychotherapie soll auch in der Ernährungsberatung den Klientinnen und Klienten hilfreiche Unterstützung für Verhaltensänderungen geboten werden.

Diese Gemeinsamkeit begründet ebenso, dass in der Ernährungsberatung in eklektischer Haltung Werkzeuge und Techniken aus verschiedenen therapeutischen Ansätzen übernommen werden können, wenn dies zur Erreichung der individuellen Ziele der Beratenen dienlich ist. Neben dem personenzentrierten Beratungsansatz und der kognitiv-behavioralen Therapie ist der systemische Beratungsansatz eine in der Ernährungsberatung oft verwendete Arbeitsweise (vgl. ebd. 2013). Somit tragen neben ernährungswissenschaftlichem und ernährungsmedizinischem Wissen der Ernährungsberaterin deren vertieften Kenntnisse zu einem oder mehreren geeigneten Beratungsansätzen und dem Wissen, wie die Wirkfaktoren durch den Einsatz geeigneter Interventionen systematisch beeinflusst werden können, zu einer erfolgreichen Ernährungsberatung bei.

2.1.2 Ziel

Klientinnen und Klienten der Ernährungsberatung sind Menschen in allen Lebensphasen und reichen vom Neugeborenen mit einer angeborenen Stoffwechselstörung über Jugendliche mit Adipositas und Erwachsenen die unter Nahrungsmittelallergien leiden, bis zu Menschen im Seniorenalter mit Mangelernährung. Wie aus der Definition der Ernährungsberatung von Honigmann (vgl. 2011: 15) ersichtlich ist, bezieht sich Ernährungsberatung sowohl auf gesundheitsfördernde, präventive als auch therapeutisch ausgerichtete Ziele der Ernährungsverhaltensänderung.

Im medizinischen Kontext wird Gesundheit oft als Abwesenheit von Krankheit betrachtet. Gesundheit bedingt nicht nur die Absenz von organischen und psychischen Erkrankungen, sondern beinhaltet körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit. Ein breit abgestützter Konsens zur Definition von Gesundheit ist nicht vorhanden,

Faltermaier schlägt für den Bereich der Gesundheitsberatung das Salutogenesemodell von Antonovsky vor (vgl. Faltermaier 2007: 1067). In diesem Modell gibt es keine Dichotomie zwischen Krankheit und Gesundheit, sondern Gesundheit wird als multidimensionales Kontinuum konzipiert. Menschen bewegen sich zwischen den Polen der positiven, maximalen Gesundheit und dem der negativen, maximalen Krankheit. Der Mensch wird in diesem Konzept nicht auf die Krankheit reduziert, und alle, ob sie nun eine medizinische Diagnose haben oder nicht, sind mehr oder weniger gesund. Bei allen Menschen kann die Gesundheit positiv gefördert werden (vgl. Antonovsky 1997: 24-31, Faltermaier: 2007: 1067). Das Ziel der Ernährungsberatung, die Veränderung des Ernährungsverhaltens ausgerichtet auf individuelle Ziele im präventiven oder therapeutischen Sinne, ist eine Möglichkeit, wie sich die Klientinnen und Klienten in diesem Kontinuum Krankheit - Gesundheit in die Richtung des Pols der Gesundheit bewegen können.

2.2 Systemisch-lösungsorientierte Kurzzeitberatung

Systemische Therapie und Beratung ist ein Oberbegriff und beinhaltet eine Vielzahl von teilweise sehr heterogenen Modellen und Konzepten. Von Schlippe und Schweitzer unterteilen diese in „Klassische Modelle“, „Kybernetik 2. Ordnung“, und „Narrative Ansätze“. (2007: 24) Die SLKB wird dem narrativen Ansatz zugeordnet (vgl. ebd.). Da die Basis dieses Beratungsansatzes mit den allgemeinen Grundannahmen der systemischen Therapie und Beratung übereinstimmt, werden im Folgenden zuerst diese erläutert, und darauf aufbauend wird vorgestellt, was die SLKB im Besonderen auszeichnet.

2.2.1 System, Kybernetik, Zirkularität und Konstruktivismus

Ein System entsteht erst dadurch, dass ein Beobachter, eine Beobachterin eine Entscheidung darüber trifft, was er oder sie als System und was als Umwelt betrachtet. Dabei wird unterschieden zwischen Elementen, die zum System gehören, und solchen, die ausserhalb sein sollen. Lebende Systeme sind dynamisch und verfügen über eine unendliche grosse Bandbreite von Varianten, sich zu verhalten. Wilke definiert ein System als „einen ganzheitlichen Zusammenhang von Teilen, deren Beziehung untereinander quantitativ intensiver und qualitativ produktiver sind als ihre Beziehungen zu anderen Elementen. Diese Unterschiedlichkeit der Beziehungen konsistuiert eine Systemgrenze, die System und Umwelt trennt“. (Wilke 1993 zit. nach von Schlippe / Schweitzer 2007: 55) Zur Theorie von Systemen und deren Funktionieren gibt es verschiedene hochkomplexe Denkansätze (vgl. von Schlippe / Schweitzer 2007, Bamberger 2010).

Drei zentrale Grundannahmen der systemischen Theorie sind die Kybernetik, die Zirkularität und der Konstruktivismus. Die Kybernetik betrachtet aus systemischer Sicht das System „Klient und Klientin – Berater und Beraterin“. Die Kybernetik erster Ordnung sieht die beratende Person als aussenstehend, diese beobachtet das System der Klientinnen und Klienten aus neutraler Position. Aus Sicht der Kybernetik zweiter Ordnung wird die Beraterin, der Berater Teil des Systems der Klientinnen und Klienten, somit ist für Beratende keine Objektivität möglich. Diese Sichtweise bedeutet, dass Beratende nie wissen können, wie Klientinnen und Klienten tatsächlich sind, und was für sie objektiv gut ist.

Die Zirkularität besagt, dass ein Verhalten von einer Person immer durch Verhaltensweisen der andern Personen des Systems mitbedingt ist, die aber gleichzeitig auch deren Verhaltensweisen beeinflusst. Diese Zirkularität in Systemen lässt keine lineare und kausale Sichtweise zur Entstehung eines Problems zu.

Die systemische Perspektive des Konstruktivismus betrifft die Interaktion von Person und Umwelt. Die Wahrnehmungen der Umwelt werden über die verschiedenen Sinnesorgane an das Gehirn weitergeleitet, dort analysiert und aufgrund früherer Erfahrungen und aktueller Lebenssituation gedeutet und kategorisiert. Es gibt keine objektive Wahrheit, sondern die Realität konstruiert sich jeder Mensch sehr individuell aufgrund seiner Wahrnehmungen und seiner bisherigen Erfahrungen. Diese Wirklichkeitskonstruktionen bestimmen auch, wie sich eine Person darauf hin in der Kommunikation mit andern verhält, sie wird so zur Mitgestalterin der Wirklichkeitskonstruktion der andern Personen im System (vgl. Bamberger 2010, von Schlippe / Schweitzer 2007). Dies gilt es auch im System Beratende und Klientinnen und Klienten zu beachten. Die Externalisierung, das Hauptthema dieser Thesis, wie sie in den Kapiteln 3 – 5 dieser Arbeit vorgestellt und diskutiert wird, ist ein Angebot an Klientinnen und Klienten, das deren Interpretation eines Problems verändern und damit deren Sicht auf Lösungsmöglichkeiten erweitern kann.

2.2.2 Die Entwicklung der systemisch-lösungsorientierten Kurzzeittherapie

Das Konzept der Kurzzeittherapie geht auf den amerikanischen Psychiater Milton Erickson zurück. Kurztherapie heisst, dass Probleme nicht vertieft exploriert werden, sondern, dass möglichst bald die Ressourcen fokussiert und aktiviert werden, um so zu einer Lösung des Problems zu gelangen. Weiter gilt die Annahme, dass während der Beratung selbst nur Impulse gegeben werden, die eigentlichen Veränderungsprozesse finden im Alltag der Klientinnen und Klienten statt. Drei Gruppen nahmen diese Ideen auf, darunter Steve de Shazer

(1940-2005); er gründete 1978 in Milwaukee das Brief Family Therapy Center. Mit einer Gruppe gleichgesinnter Therapeutinnen und Therapeuten, unter anderem seiner Frau Insoo Kim Berg, entwickelte er lösungsorientierte kurzzeittherapeutische Verfahren. Neben Erikson beeinflussten ihn auch der Philosoph Wittgenstein und das buddhistische Denken. Am Anfang stand nicht die Theorie, sondern die Entwicklerinnen und Entwickler haben tausende von Therapiestunden beobachtet und dabei analysiert, welche Fragen und Interventionen für die Klientinnen und Klienten hilfreich waren, um im realen Leben angemessene Lösungen für ihre Probleme zu finden (vgl. Bamberger 2010, de Shazer / Dolan 2008).

2.2.3 Die lösungsorientierte Haltung der Beratenden und lösungsorientierte Fragen

Die SLKB orientiert sich an Grundlagen der allgemeinen systemischen Ansätze und der kurzzeittherapeutischen Interventionen, das dritte Merkmal ist die Lösungsorientierung. So werden nicht die Ursachen eines Probleme analysiert, sondern es werden Ziele formuliert, um konkrete Schritte darauf hin zu unternehmen. „Die Ursache des Problems mag in der Vergangenheit liegen, die Ursache für die Lösung liegt jedoch mit Sicherheit in der Zukunft“. (Bamberger 2010: 38) Dazu gibt es ein grosses Repertoire an lösungsorientierten Fragen, einige davon werden im folgenden Kapitel vorgestellt.

Fortschrittsfragen

Die Frage nach Veränderungen zwischen der Anmeldung und der ersten Beratung lenkt den Fokus gleich zu Beginn der Beratung weg vom Problem hin zu Lösungsperspektiven. Jede weitere Beratung beginnt ebenso mit der Frage, was besser geworden ist. Selbst kleinste Schritte der Veränderung stellen einen Lösungsprozess dar. Um die Ressourcen zu fokussieren, können Fragen dazu gestellt werden, was die Klientin, der Klient auf der Verhaltensebene anders gemacht hat, wie er das genau gemacht hat und was dabei besonders hilfreich war. So werden auch die Ressourcen sichtbar gemacht (vgl. Bamberger 2010).

Wunderfrage

Das Prinzip der Wunderfrage ist: „Ein Wunder geschieht, während Sie schlafen – und durch das Wunder verschwinden alle Probleme, derentwegen Sie hier sind. Da aber das Wunder geschieht, während Sie schlafen, können Sie nicht wissen, dass es geschehen ist.“ (de Shazer / Dolan 2008: 72) Daran anschliessend wird erfragt, woran die Klientin, der Klient und deren Umfeld bemerken, dass das Wunder geschehen ist. Dabei werden die Modalitäten auf der Handlungsebene ausgeleuchtet, also: Was tut die Person, wenn das Problem nicht mehr vorhanden ist? Woran merken Bezugspersonen, dass ein Wunder geschehen ist, und was können

diese beobachten? Die Wunderfrage ist eine Möglichkeit, Therapieziele zu entwickeln. Sie kann für die Betroffenen eine emotionale Erfahrung sein, denn ihre Gestik ist oft so, als würden sie das, was am Tag nach dem Wunder geschieht, real erleben. Mit der Wunderfrage kann das Gespräch auf die Ausnahmen vom Problem gelenkt werden und es kann sichtbar gemacht werden, dass die Betroffenen im Umgang mit dem Problem bereits Fortschritte erzielt haben (vgl. de Shazer / Dolan 2008).

Ausnahme-Fragen

Lösungsorientierte Beraterinnen und Berater interessieren sich für Situationen, in denen das Problem hätte da sein können, in der Tat aber weniger intensiv oder gar nicht vorhanden war. Die Ausnahme bezieht sich darauf, was dann anstelle des Problems geschieht – was die Klientin, der Klient dann tut, was sie oder er sonst nicht täte. In diesen Situationen werden Lösungsmöglichkeiten sichtbar (vgl. Bamberger 2010, de Shazer / Dolan 2008).

Skalierungsfragen

Sachverhalte, wie zum Beispiel kleinste Veränderungen oder komplexe Zusammenhänge, lassen sich bisweilen nur schwer in Worte fassen. Skalierungsfragen helfen, solche darzustellen. Mit den Skalierungsfragen können Veränderungen im Umgang mit einem Problem abgebildet werden, dies bezogen auf Fortschritte vor der ersten Konsultation oder zwischen den einzelnen Beratungen, als auch auf zukunftsgerichtete, handlungsbezogene Veränderungen. Ebenso können mit der Skala Gefühle und deren Veränderungen dargestellt werden, es kann danach gefragt werden, wie sich jemand bei der Anmeldung zur Beratung gefühlt hat, wie er oder sie sich in der aktuellen Beratung fühlt und wie er oder sie sich fühlen wird, wenn die Gespräche erfolgreich beendet sein werden. Die Motivation oder die Zuversicht für Veränderungen und viele andere Aspekte können gleichfalls mit der Skala ergründet werden (vgl. Bamberger 2010).

2.2.4 Komplimente und Lösungsinterventionen

Komplimente können sich auf das konkrete Verhalten der Klientin, des Klienten beziehen und auf das, was als Ressource darin sichtbar wird. Diese Anerkennung kann Betroffene dazu bringen, dass sie ihre Stärken und Fähigkeiten besser wahrnehmen und sich vom Problem weniger erdrücken lassen. Solche Komplimente sollen schon früh im Beratungsverlauf und insbesondere vor der Lösungsverschreibung gemacht werden.

Durch Hausaufgaben, diese können auch Experimente genannt werden, soll etwas Neues beginnen oder in Bewegung kommen. Die Klientinnen und Klienten sollen sich als erfolgreich Handelnde erleben. Im ersten Teil der lösungsorientierten Beratung geht es um die Suche von Potential und Lösungsmöglichkeiten, bei der anschliessenden Lösungsverschreibung wird konkret festgelegt, was Klientinnen und Klienten auf der Handlungsebene tun sollen. Dieser Übergang im Beratungsprozess kann durch eine Pause, in der die beratende Person den bisherigen Beratungsverlauf reflektiert und geeignete Interventionen sucht, hervorgehoben werden. Nennt die Klientin, der Klient selbst eine Hausaufgabe, so soll die beratende Person durch detailliertes Nachfragen diese darin unterstützen, dass sich aus der Idee ein konkreter Handlungsplan entwickelt. Betroffene können selbst am besten beurteilen, was zu tun ist und was für sie gut und richtig ist. Wenn die Beraterin, der Berater selber eine Hausaufgabe formuliert, sind vier Kategorien von Aufgaben möglich. Das Nachdenken darüber, was positiv verläuft und darum unverändert bleiben soll, oder das Beobachten, was in Zeiten der Ausnahme anders ist, sind zwei Möglichkeiten von Hausaufgaben. Bei Vorhersageaufgaben können Klientinnen und Klienten vorhersagen, ob und wie ausgeprägt das Problem am Folgetag sein wird und sich damit Richtung Lösung verändert. Handlungsaufgaben beziehen sich darauf, mehr von dem zu tun, was als Ausnahme vom Problem sichtbar geworden ist. Die Handlungsaufgabe kann auch lauten, dass Betroffene zu gewissen Zeiten so tun, als wäre das Wunder bereits geschehen (vgl. Bamberger 2010).

2.2.5 Unterscheidung von Klientinnen und Klienten

De Shazer unterteilt die Klientinnen und Klienten in drei verschiedene Kategorien. Eine erste Gruppe sind die Besucherinnen und Besucher, sie scheinen keine Probleme zu haben und kommen unfreiwillig zur Beratung. Der Grund, weshalb sie trotzdem zu einer Beratung erscheinen, ist, dass sie geschickt oder mitgenommen werden. Die Person mit der Beschwerde können Lehrpersonen, Arzt oder Ärztin, Eltern oder andere Personen sein. Auch wenn das Problem für aussenstehende Beobachtende offenkundig ist, soll die Beraterin, der Berater keine Interventionen vorschlagen, denn diese werden von den Klientinnen und Klienten in dieser Phase selten akzeptiert. De Shazer schlägt in solchen Situationen vor, möglichst freundlich zu sein, Ausschau zu halten, nach dem was gut funktioniert und die Sitzung mit Komplimenten abzuschliessen. Aufgaben sollen keine gestellt werden und es sollen auch keine weiteren Beratungstermine vereinbart werden.

Eine zweite Gruppe nennt der Autor die Klagenden. Diese haben oft ganz konkrete Probleme, aber sie sind vor allem die Leidtragenden der beklagenswerten Situation. Wenn andere Personen sich ändern würden, dann wäre alles gut, zwischen sich selbst und dem Problem sehen sie keine Beziehung. Bamberger schlägt in dieser Beratungskonstellation verschiedene Verhaltensmöglichkeiten für die Beratenden vor. Zuerst können die Klagen geduldig angehört werden, bis diese der klagenden Person ausgehen. Dann könnte gefragt werden, wie die Person das Problem besser ertragen könnte oder wie das Problem entschärft werden könnte. Eine weitere mögliche Frage geht dahin, wie sich die klagende Person konkret verhalten würde, wenn das beklagte Problem nicht mehr vorhanden wäre. De Shazer schlägt für Klagende Beobachtungsaufgaben oder Denkaufgaben vor.

Die dritte Gruppe von Klientinnen und Klienten nennt de Shazer Kundinnen und Kunden. Diese geben im Verlauf der Beratung deutlich zu erkennen, dass sie etwas unternehmen wollen gegen das Problem, sie sind für Veränderungen bei sich selbst bereit. In dieser Situation können Verhaltensaufgaben gegeben werden (vgl. Bamberger 2010, de Shazer 2008).

2.2.6 Der systemisch-lösungsorientierte Beratungsansatz in der Ernährungsberatung

Es konnte nur eine Studie identifiziert werden, die den systemisch-lösungsorientierten Beratungsansatz in der Ernährungsberatung untersucht. Der Titel dieser Untersuchung lautet „*Solution-Focused Counselling in Canadian Outpatient Dietetic Practice*“. (Wunsch / Vandenbussche 2006: 100-102) In dieser Studie wurden kanadische Ernährungsberaterinnen mit einer Weiterbildung in SLKB, die ambulante Beratungen durchführen, dazu befragt, welche Methoden aus diesem Beratungsansatz sie wie oft in den Beratungen einsetzen. Sehr häufig wird sowohl nach Verbesserungen vor der ersten Beratung gefragt, Ausnahmen vom Problem gesucht, konkrete Ziele vereinbart, Komplimente gemacht und Hausaufgaben gegeben, als auch die lösungsorientierte optimistische Grundhaltung gepflegt. Skalierungsfragen werden nicht so oft gestellt und die Unterbrechung der Beratung vor der Aufgabenstellung wird noch seltener als Methode eingesetzt. Über die Wirksamkeit der SLKB zur Veränderung des Ernährungsverhaltens wird in dieser Untersuchung keine Aussage gemacht; alle Teilnehmerinnen der Studie wünschen sich diesbezüglich zukünftige Untersuchungen (vgl. ebd.: 102).

Nebst den in der oben genannten Studie untersuchten Grundhaltung und Methoden der lösungsorientierten Beratung können ebenso die systemischen Grundannahmen - die Kybernetik, die Zirkularität und der Konstruktivismus - in die Ernährungsberatung mit einfließen. Aus dieser Perspektive wird die Ernährungsberaterin Teil des Systems der Klientinnen und

Klienten und kann somit nicht objektiv wissen, was für diese gut ist. Ursachen eines ungeeigneten Ernährungsverhaltens sind nicht kausal bestimmbar, sondern zirkulär bedingt. Mit ihren Aussagen und Interventionen kann die Ernährungsberaterin die Konstruktion der Wirklichkeit der Beratenen mit gestalten.

2.3. Einflussfaktoren auf das menschliche Ernährungsverhalten

2.3.1 Definition des Ernährungsverhaltens

Essen und Trinken sind menschliche Grundbedürfnisse. Die Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit ist notwendig, um dem Körper alle Substanzen zuzuführen, die für die funktionelle und anatomische Integrität des Organismus notwendig sind und aus denen Energie gewonnen werden kann. Von Natur aus ist der Mensch nur mit wenigen Instinkten ausgerüstet, die vorgeben, was, wie viel oder in welchen zeitlichen Abständen gegessen und getrunken werden soll, Essen muss vielmehr gelernt werden. (vgl. Brombach 2011: 318). Das Ernährungsverhalten beinhaltet nicht nur den eigentlichen Akt der Nahrungsaufnahme, sondern viele Modalitäten, wie was, in welchen Mengen, wo, wie und warum gegessen und getrunken wird. Eine einheitliche Definition von Ernährungsverhalten gibt es nicht, die hier verwendete Definition dazu ist von Leonhäuser / Meier-Gräve / Möser et al. (2009: 20-21):

Ernährungsverhalten ist eine Handlung, die willentlich oder gewohnheitsmässig abläuft. Sie umfasst die Nahrungsbeschaffung, Zubereitung, den Verzehr und die Nachbereitung von Lebensmitteln durch ein Individuum und/oder von sozialen Gruppen. (...) Das Ernährungshandeln bzw. Ernährungsverhalten ist immer eine Folge endogener und exogener Ursachen, deren Wirkungen können sowohl individueller als auch überindividueller Art sein.

Die Einflussfaktoren auf das menschliche Ernährungsverhalten sind nicht nur kognitiver Art, sie sind äusserst vielfältig. Die folgende Aufzählung kann keine vollständige sein, sondern soll aufzeigen, wie vielgestaltig die Nahrungsaufnahme des Menschen beeinflusst wird.

2.3.2 Physiologische Regulation der Nahrungsaufnahme

Die übergeordnete Regulierung der Hunger- und Sättigungssignale findet im Hypothalamus statt. Ein wichtiger Faktor zur Aktivierung des Sättigungsgefühls geschieht über die Füllung und Dehnung des Magens. Dieser Dehnungsreiz führt über die afferenten Vagusfasern zu einer Aktivierung anorektisch wirkender Neurotransmitter im Hypothalamus. Die Verzehrsmenge ist von grosser Bedeutung bei der Regulation der Sättigung, der unterschiedliche

Gehalt an Fett, Kohlenhydraten, Proteinen und der Energiegehalt haben hingegen keinen Einfluss auf die Sättigungssignale und damit auch nicht auf die Menge der verzehrten Mahlzeit (vgl. Schusdziarra / Erdmann 2010: 51). Intestinale Hormone sind weitere Übermittler von Sättigungseffekten zwischen dem Magendarmtrakt und Hypothalamus, deren Relevanz auf die Sättigung wird kontrovers diskutiert (vgl. ebd.: 52, Langhans 2010: 555).

Für die Hungersignale ist Ghrelin eine wichtige Komponente. Dieses Hormon wird im Magen gebildet und aktiviert orexigene, appetitstimulierende Neurotransmitter im Hypothalamus. Gleichzeitig stimuliert es kognitive Bereiche im Gehirn, die ein Nahrungssuchverhalten auslösen. Nach Nahrungsaufnahme wird die Ghrelinproduktion vorerst gehemmt und steigt dann parallel zum Hungergefühl wieder an (vgl. Berthoud 2010: 15).

Nebst der aktuellen Nahrungsaufnahme hat das Fettgewebe als Energiereserve des Körpers einen Einfluss auf die Regulierung der Hunger- und Sättigungssignale. Das bekannteste Hormon aus dem Fettgewebe ist Leptin. Es kann die Nahrungsaufnahme über verschiedene Mechanismen regulieren, insbesondere hemmt es orexigene Neurotransmitter und stimuliert die Freisetzung anorektischer Neurotransmitter. Gleichzeitig hemmt es die Bildung des appetitstimulierenden Hormons Ghrelin. Ab einem BMI ≥ 30 ¹ scheinen die hohen Leptinspiegel kein weiteres Absinken des Ghrelins zu bewirken, das heisst, bei Adipositas greift die hormonelle Regulation zur Reduktion der Hungergefühle trotz der Energiereserven in der Körperfettmasse nicht so deutlich, wie es zu erwarten wäre (vgl. Schusdziarra / Erdmann 2010: 55).

2.3.3 Prägung des Ernährungsverhaltens

Die Vorliebe für die Geschmacksrichtungen süss, salzig und umami² und ebenso die Abneigung gegen bitter und sauer sind angeboren. Präferenzen und Aversionen, welche die Nahrungsmittelauswahl steuern, sind aber primär erlernt (vgl. Junghans 2010: 552). Bereits das Essverhalten der Mutter während der Schwangerschaft beeinflusst die Geschmackspräferenzen des Neugeborenen. Über die Nabelschnur und das Fruchtwasser lernt das Kind im Mutterleib verschiedene Geschmacksrichtungen kennen, dieser Prozess setzt sich postnatal fort. Geschmacksstoffe aus der Ernährung der Mutter finden sich in der Muttermilch wieder und beeinflussen somit die weitere Prägung des Kindes. Die geschmacklichen Vorlieben der Mutter während diesen zwei Phasen beeinflussen Präferenzen des Kindes für gewisse

¹ Der BMI (Body Mass Index) ist eine Masszahl für die Beurteilung des Körpergewichts. Er wird errechnet aus dem Gewicht in Kilo dividiert durch die Körpergrösse in Meter im Quadrat. Ein BMI über 30 gilt als Adipositas.

² Geschmacksrichtung die mit herzhaft, fleischig, intensiv umschrieben werden kann.

Nahrungsmittel und Speisen (vgl. Ellrott 2007: 167 - 168). Wie lange diese Vorlieben im späteren Leben anhalten, ist nicht untersucht. Erste Interaktionen zwischen Mutter und Kind nach der Geburt werden als grundlegende gefühlsmässige Erfahrungen mit dem Essen verfestigt.

Undifferenzierte Zuwendungsreaktionen der Mutter können dazu beitragen, dass Kleinkinder nicht zwischen Hungersignalen und Emotionen unterscheiden können. Folglich werden negative Gefühlszustände wie Traurigkeit oder Wut als Hunger missinterpretiert. Dies kann dazu beitragen, dass in spätern Lebensphasen bei negativen Emotionen zu Nahrung gegriffen wird (vgl. Bruch 1973 und Selvini-Palazzoli 1982 zit. nach Pudel / Westenhöfer 2003: 39).

Das Lernen durch Nachahmung von Bezugspersonen ist eine wesentliche Quelle der Prägung des Ernährungsverhaltens während der Kindheitsphase. Gemeinsame Mahlzeiten am Familientisch oder im Hort initiieren Lernprozesse, welche durch die jahrelange Wiederholung zu einer Gewohnheit führen. Somit ist das Ernährungsverhalten ein sehr stabiles Verhalten, das sich im Erwachsenenalter nicht in kurzer Zeit verändern lässt (vgl. ebd.: 42-45). Untersuchungen zeigen aber, dass sich Erwachsene bei einer Ernährungsumstellung an ungewohnte Geschmacksrichtungen gewöhnen können und so bisher nicht gekannte oder selten gegessene Nahrungsmittel mit der Zeit gerne essen (vgl. Contento 2011: 29).

Die Lebensmittelauswahl, die Zubereitungsarten, die Portionengrössen, die Mahlzeitenfrequenz, die Art der Nahrungsaufnahme, aber auch die Situationen, in welchen gegessen und getrunken wird, also alles, was das Ernährungsverhalten beinhaltet, wird zu einem bedeutsamen Teil durch Erfahrungen in der Familie und im kulturellen Umfeld während den ersten Lebensjahren geprägt, ist aber auch im Erwachsenenalter noch veränderbar.

2.3.4 Sensorische Einflüsse

Der Geschmack einer Speise wird durch Geruch, Geschmack, Struktur und Temperatur beeinflusst. Die Schmackhaftigkeit einer Speise beeinflusst, wie viel davon gegessen wird. Die subjektive, positive Bewertung des Geschmacks verändert sich jedoch während dem Essen, dieser Effekt ist spezifisch für den Geschmack der jeweiligen Speise, und hat zur Folge, dass nicht übermässig viel davon gegessen wird. So wird bei einer Mahlzeit, die aus nur einem Gericht besteht, weniger gegessen, als wenn ein mehrgängiges Menu angeboten wird. Dieses Phänomen wird die sensorisch-spezifische Sättigung genannt (vgl. Langhans 2010: 552).

2.3.5 Essen und Emotionen

Die Beziehungen zwischen Emotionen und Ernährungsverhalten sind vielfältig und komplex, und sie beeinflussen sich gegenseitig. Nahrungsmittel können selbst ein Auslöser positiver wie negativer Gefühle sein. Eine wohlriechende Speise löst positive Gefühle aus und animiert zum Essen, während ein verschimmelter Nahrungsmittel eine Aversion verursacht (vgl. Macht 2005: 304). Sehr intensive Gefühle wie heftiger Ärger oder tiefe Traurigkeit hemmen die Nahrungsaufnahme. Die hormonellen Veränderungen bei Stress verzögern die Verdauung im Magendarmtrakt und sind somit nicht vereinbar mit der Nahrungsaufnahme (vgl. ebd.: 304).

In Experimenten konnte gezeigt werden, dass Menschen mit gezügelter Essverhalten bei positiven als auch bei negativen Emotionen mehr essen als Menschen mit nicht gezügelter Essverhalten. Gezügelter Essverhalten zeichnet sich dadurch aus, dass über lange Zeit durch kognitive Kontrolle und Übersteuerung physiologischer Hungersignale die Energiezufuhr tief gehalten wird, um so das Körpergewicht zu regulieren. Es gibt Hinweise darauf, dass die kognitive Kontrolle durch Emotionen vermindert wird und diese Situationen daher mit vermehrter Nahrungsaufnahme einhergehen (vgl. ebd.: 304 -305).

Bei freudiger Stimmung und positiven Emotionen schmeckt Nahrung besser, negative Gefühle reduzieren den Appetit und Lebensmittel schmecken weniger, die Essmotivation nimmt ab. Macht nennt diese Reaktion die „emotionskongruente Modulation“. (ebd.: 305) Untersuchungen zeigen aber, dass negative Gefühle und Stress die Nahrungsaufnahme bei einem Teil der Menschen erhöhen können. Essen hat dann die Funktion, die unerwünschten Emotionen zu vermindern, es dient zur Regulation des psychischen Befindens. Dieses Verhalten wird als „emotionales Essverhalten“ (ebd.) bezeichnet. Emotionale Esserinnen und Esser konsumieren bei negativen Emotionen mehr süsse oder fettreiche Speisen. Ob dieses Essverhalten die negativen Emotionen tatsächlich vermindert, ist nicht geklärt (vgl. ebd.: 305 - 306). Menschen mit einem gezügelter Essverhalten reagieren bei negativen als auch positiven Emotionen, Menschen mit emotionalem Essverhalten insbesondere bei negativen Emotionen mit vermehrter Nahrungsaufnahme.

2.3.6 Soziale und Umweltfaktoren

Nebst den oben genannten Faktoren beeinflussen desgleichen soziale und umweltbedingte Determinanten das Ernährungsverhalten. Die Verfügbarkeit von Nahrungsmitteln, dazu gehört das Angebot in Lebensmittelgeschäften, am Arbeitsplatz, im Restaurant oder in der

Schnellimbissbude, beeinflussen die Nahrungsmittelauswahl. Das soziale und kulturelle Umfeld, wie soziale Beziehungen, kulturelle Praktiken, soziale Strukturen und die öffentliche Gesundheitspolitik sind ebenso Einflussfaktoren. Zu den ökonomischen Bedingungen, welche die Art und Weise der Ernährung beeinflussen, gehören die finanziellen und zeitlichen Ressourcen einer Person sowie die Kosten der Nahrungsmittel. Ebenso beeinflussen Informationen über die Medien und Werbung die Essgewohnheiten (vgl. Contento 2011: 32-37).

Insgesamt wird die Nahrungsaufnahme nicht nur durch physiologische Hungersignale, sondern auch durch Umwelt- und sensorische Reize als auch durch psychosoziale Faktoren ausgelöst. Sättigung hingegen beruht vor allem auf physiologischen Signalen (vgl. Langhans 2010: 557).

Ernährungsberatung ist eine professionelle, personenzentrierte Beratung mit dem Ziel, dass sich Klientinnen und Klienten durch Ernährungsverhaltensänderung im Kontinuum Krankheit – Gesundheit nach dem Salutogenesemodell in die Richtung des Pols der Gesundheit bewegen können. Die Ernährungsberaterin benötigt neben dem fachspezifischen wissenschaftlich gesicherten Wissen feldunabhängige Beratungskompetenzen, die SLKB ist ein für die Ernährungsberatung geeigneter Beratungsansatz. Durch die lösungsorientierte Haltung der beratenden Person und die entsprechenden Fragen und Interventionen werden Klientinnen und Klienten darin unterstützt, ihre eigenen, individuellen Ziele zu erreichen. Ferner ist in der Ernährungsberatung zu beachten, dass das Ernährungsverhalten nicht nur kognitiv gesteuert ist, sondern vielgestaltig beeinflusst wird. Erfahrungen in frühen Lebensphasen, Emotionen und Umweltbedingungen sind Faktoren, die das Ernährungsverhalten mit beeinflussen.

3. Die Externalisierung in der Beratung

In diesem Kapitel wird die Externalisierung nach Michael White vorgestellt. Anhand von Fallbeispielen, die in der Fachliteratur publiziert wurden, wird dargestellt, in welchen Beratungssettings welche Probleme auf welche Art und Weise externalisiert werden können und was damit erreicht werden kann.

3.1 Die Externalisierung nach Michael White

3.1.1 Leitgedanken und Ziel der Externalisierung

Auf Deutsch ist die Externalisierung als Methode erstmals 1990 im Buch „*Die Zähmung der Monster – Ein narrativer Ansatz in der Familientherapie*“ von Michel White und David Epston beschrieben worden (vgl. White / Epston 2009), dabei ist zu beachten, dass das Kapitel zur Externalisierung von White (1948 – 2008) verfasst wurde. Mit seinem narrativen Therapieansatz wird White von von Schlippe und Schweitzer in ihrem systemtherapeutischen Modell innerhalb der narrativen Ansätze der Gruppe der „Therapie als Dekonstruktion“ (2007: 24) zugeordnet.

White beschäftigte sich bereits seit 1984 mit dem Externalisieren, dabei untersuchte er die Bedeutung der Methode in seiner Arbeit mit Familien, deren Kinder wegen unterschiedlichster Probleme an ihn überwiesen wurden (vgl. White / Epston 2009: 30). Der Leitgedanke für White ist, dass viele Menschen, die wegen einem Problem eine Beratung oder Therapie aufsuchen, der Ansicht sind, „dass ihre Lebensprobleme Spiegelbilder ihrer eigenen Identität oder der Identität anderer Menschen sind.“ (White 2010: 32) Sie glauben, dass ihre Probleme „bestimmte „Wahrheiten“ über ihr eigenes Wesen oder den Charakter anderer Menschen spiegeln – dass ihre Probleme in ihnen selbst oder in anderen Menschen begründet sind.“ (ebd.) Dieses Phänomen ist, so ist White überzeugt, ein kulturelles, dabei bezieht er sich auf den französischen Philosophen Michel Foucault. Dieser zeigte folgende drei Entwicklungen auf. Mit den „Ausschlusspraktiken“ schreibt man gewissen Gruppen von Menschen eine beschädigte Identität zu und trennt sie dadurch von der allgemeinen Bevölkerung. Ein zweiter Punkt ist die „Verobjektivierung des menschlichen Körpers durch die Lokalisierung und Klassifizierung von Störungen des Körpers“. Als dritter Punkt nach Foucault erwähnt White die „normierende Sanktion“ Dabei geben gewisse Professionen wie die Medizin oder Psychologie vor, was Standard ist, und animieren die Menschen, dass diese sowohl ihr Denken und Handeln, als auch das von anderen Menschen daran messen. Diese drei Punkte begünstigen

die „Verobjektivierung der menschlichen Identität“. Dies hat zur Folge, dass sowohl Betroffene als auch Beratende davon ausgehen, dass das Problem die Wirklichkeit über die Identität der Person darstellt (vgl. ebd.: 32-33). An diesem Punkt setzt White mit der Methode der Externalisierung an, dabei wird der Mensch vom beschriebenen Objekt zum handlungsfähigen Subjekt. Mit dieser Arbeitsmethode wird mit sprachlichen Mitteln zwischen der Identität der Klientin oder des Klienten und ihrem oder seinem Problem unterschieden. Diese Intervention eröffnet den Betroffenen andere Denk- und Handlungsweisen, um so den Einfluss des Problems auf ihr Leben zu reduzieren oder gänzlich zu verhindern (vgl. Tomm 2009: 215).

Das Ziel der Externalisierung umschreibt White (White / Epston 2009: 55) folgendermassen:

Die als bedrückend empfundenen Probleme zu objektivieren und manchmal auch zu „personifizieren“. Während dieses Prozesses verselbständigt sich das Problem und löst sich damit vom Menschen oder der Beziehung, die als Problem beschrieben wurde, ab. Die Probleme und Eigenschaften, die bislang an Personen oder Beziehungen festgemacht wurden, verselbständigen sich und werden dadurch weniger belastend und einschränkend.

3.1.2 Vorgehen bei der Externalisierung

Auf Deutsch sind von Michael White zwei Bücher publiziert, in denen er die Externalisierung beschreibt. Neben dem oben beschriebenen ersten Buch wurde 2010 das zweite „*Landkarten der narrativen Therapie*“ (vgl. White 2010) veröffentlicht. In der ersten Publikation zur Externalisierung schildert der Autor folgenden Ablauf. Zu Beginn wird der Einfluss des Problems auf das Leben und die Beziehungen der Betroffenen erfragt. Diese können dadurch reflektieren, welchen Einfluss das Problem auf ihr Verhalten, ihre Gefühle und Emotionen, ihren Körper und ihre Interaktionen mit andern Menschen ausübt. Dabei werden verschiedenste Interaktionen ausgeleuchtet, zum Beispiel auch die Beziehung zwischen dem Problem und verschiedenen anderen Bezugspersonen (vgl. White / Epston: 2009: 60-62). Die Fragen nach dem Einfluss des Problems auf das Leben unterstützen die Betroffenen darin, das Problem überhaupt definieren zu können. Diese Definition kann im Verlaufe des Gesprächs gleich bleiben oder sich verändern und weiterentwickeln. Bei sehr spezifischen Definitionen des Problems kann es manchmal hilfreich sein, eine breitere, allgemeine Definition zu suchen. Dies ermöglicht es, den Einfluss des Problems breiter zu beschreiben und mehr Ausnahmen des Problems zu identifizieren. Die Problemdefinition soll nicht den Fachausdrücken entsprechen, sondern soll die Erfahrungen der Betroffenen mit der Schwierigkeit spiegeln und in ihrer Sprache formuliert sein (vgl. ebd. 67-70).

In einem zweiten Schritt wird der Einfluss der Betroffenen auf das „Leben“ des Problems diskutiert. Dies fällt diesen leichter, nachdem sie sich durch die Fragen zum Einfluss des Problems auf ihr Leben von diesem Problem etwas lösen und eine neue Sicht darauf gewinnen konnten. Durch die neu gewonnene Distanz zum Problem kann sie dieses nicht mehr so bedrücken. Dieser neue Blickwinkel erleichtert auch das Entdecken einmaliger Ereignisfolgen. Ausnahmen des Problems werden ausgeleuchtet, und es wird erfragt, wie die Betroffenen es geschafft haben, gegen das Problem anzugehen, was sie genau gemacht haben und was dabei hilfreich war (vgl. ebd.: 62-66). Diese Suche nach Möglichkeiten der Beeinflussung des Problems ist auch eine Suche nach Ressourcen der Betroffenen und deren Familien, wie diese die Macht des Problems begrenzen können (vgl. Tomm 2009: 217). Daran anschliessend folgt der Blick in die Zukunft. So werden die Betroffenen gefragt, wie sie sich inskünftig dem Problem widersetzen können. Dabei zählt nicht die Grösse des Schrittes der Veränderung, sondern dessen Richtung (vgl. White / Epston: 2009: 64-66).

Im zweiten Buch (vgl. White 2010), in dem White die Externalisation vorstellt, stellt er den Gesprächsverlauf zusätzlich graphisch dar. Dazu entwickelte er „eine Landkarte der Positionsangabe“ (ebd.: 45) mit vier Fragekategorien für den Ablauf von externalisierenden Gesprächen. Ziel dieses Verfahrens ist für White, dass das Vorgehen bei der Externalisierung transparenter wird (vgl. ebd.). Diese vier oben genannten Fragekategorien lauten: (ebd.)

- Fragekategorie 1 Eine erfahrungsnahe, besondere Definition des Problems aushandeln
- Fragekategorie 2 Die Auswirkungen des Problems kartieren
- Fragekategorie 3 Die Auswirkungen des Problems beurteilen
- Fragekategorie 4 Die Beurteilung begründen

Mit diesen Fragekategorien unterteilt der Autor den ersten Schritt der Externalisierung, nämlich die Untersuchung der Auswirkungen des Problems auf das Leben der Betroffenen, wie er diese in seinem ersten Buch beschreibt, in vier Phasen. Zuerst wird eine Definition des Problems ausgehandelt. Dabei sollen die Sorgen und Nöte so beschrieben werden, wie die Betroffenen diese in ihrem Alltag erleben; das Problem wird in deren Sprache formuliert. Die Personifizierung des Problems kann hilfreich sein, um eine detaillierte Beschreibung zu erreichen (vgl. ebd.: 47).

Als zweiter Schritt werden die Auswirkungen und Einflüsse des Problems in den verschiedenen Lebensbereichen wie Familie, Schule, Arbeitsplatz oder Freundeskreis untersucht. Ein Aspekt kann auch sein, wie sich das Problem auf die Identität der betroffenen Person auswirkt, zum Beispiel auf ihre Ziele, Hoffnungen oder Wertevorstellungen (vgl. ebd.: 49).

Als nächster und dritter Schritt werden die im zweiten Schritt definierten Auswirkungen des Problems beurteilt. Der Autor schlägt dazu folgende Fragen vor: „Sind diese Aktivitäten für Sie in Ordnung? Wie schätzen Sie diese Entwicklungen ein? (...) Wie sehen Sie diese Auswirkungen? (...) Ist diese Entwicklung für Sie positiv oder negativ - oder beides oder weder noch?“ (ebd.: 51) Als vierte und letzte Fragekategorie folgt die Begründung der Beurteilung. White empfiehlt dazu Fragen wie „Warum ist das für Sie (nicht) in Ordnung? Weshalb sehen Sie diese Entwicklung auf diese Weise? Warum nehmen Sie diesen Standpunkt / diese Haltung zu der Entwicklung ein?“ (ebd.: 54).

In beiden Büchern beschreibt White insbesondere die sprachliche Externalisierung, in den konkreten Fallbeispielen zeigt er aber auch auf, wie er einen Jungen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) das Monster, das ihn zum Unfug machen anstiftet, zeichnen lässt. Er begründet dies dem Jungen gegenüber so, dass das „ADHS-Monster“ frei herumlaufen könne, weil er, der Junge, gar nicht wisse, wie sein Monster genau aussehe. Das vom Knaben gezeichnete Monster unterstützt den Prozess des Kindes und seiner ganzen Familie, erfolgreiche Strategien zu entwickeln, wie der Einfluss des Monsters geschmälert werden kann (vgl. White 2010: 24-27).

3.1.3 Die doppelte Externalisierung

Die Externalisierung kann nicht nur für Probleme eingesetzt werden, ebenso können mit dieser Methode die Stärken und Ressourcen von Menschen gesucht und entwickelt werden. White beschreibt, wie er bei einem Jungen mit Essproblemen zuerst die „ungezogene, kleine Phobie“ externalisierte. Da der Knabe sehr unter seiner physischen Zerbrechlichkeit litt, fragte er ihn, welche Kräfte er bräuchte, um die Aktivitäten, die er liebt auszuüben. Diese Kräfte wurden die „Bärenkräfte“ genannt und im Verlauf des weiteren Gesprächs mit der Familie wurden diese Kräfte auf eine Art beschrieben, die nicht möglich gewesen wäre, wenn dieses Phänomen den Status einer inneren Fähigkeit behalten hätte. Diese gleichzeitige Externalisierung des Problems und der Ressourcen nennt White die doppelte Externalisierung (vgl. White 2010: 44-45).

3.1.4 Die therapeutische Haltung

Zur Erkundung des Problems und seiner Auswirkungen bei der Externalisierung schlägt White den Beraterinnen und Beratern die Haltung des investigativen Journalismus vor. Ziel der Enthüllungsjournalisten ist es, durch umfassende Recherche Missstände in Politik und Wirtschaft aufzudecken. Zum Gegenstand ihrer Nachforschungen haben diese Journalisten in der Regel keine persönlichen Verbindungen, sondern sie verhalten sich distanziert beschreibend. Als Reaktion auf investigative Fragen der Beraterin, des Beraters, nehmen auch die Klientinnen und Klienten eine ähnliche Haltung wie Enthüllungsjournalistinnen und -journalisten ein. Dementsprechend können sie den Charakter, die Arbeitsweise und die Ziele des Problems aufdecken und beschreiben. In dieser ersten Gesprächsphase beschäftigen sich die Klientinnen und Klienten distanziert und mit wenigen Emotionen mit dem Problem und seinen Auswirkungen. Diese Haltung ermöglicht es ihnen, dass ihr Problem sie weniger niederdrückt, sie erleben eine gewisse Erleichterung.

Wenn die Betroffenen eine Distanz zwischen ihrer Identität und der Problemdefinition erfahren haben, beginnen sie, Ziele zu formulieren, die den Zielen und Werten, die mit dem Problem verbunden sind, widersprechen. In dieser Phase entwerfen sie Handlungspläne, wie sie den Einfluss des Problems mindern können, um das zu erreichen, was für sie wichtig ist. Sie sind nicht mehr Enthüllungsjournalistinnen und -journalisten, sondern sie nehmen eine zweite Perspektive, die der Direktbetroffenen, ein (vgl. White 2010: 35-37).

White betont die Wichtigkeit, dass Beratende die negative Pauschalisierung von Problemen vermeiden sollen. Unter Umständen können die Schwierigkeiten auch einen positiven Anteil haben, diesen zu entdecken und zu würdigen, kann für die Betroffenen hilfreich sein (vgl. ebd. 41-44).

3.1.5 Die Externalisierung aus systemisch-konstruktivistischer Sicht

Wie im Kapitel 2.2.2 beschrieben, ist die Wahrnehmung der Wirklichkeit ein subjektiver Prozess und es gibt dabei kein richtig oder falsch. Relevant ist, welche Bedeutung der Mensch dem zuschreibt, was er in der „Wirklichkeit“ erlebt oder beobachtet oder was andere über ihn aussagen. Beratende können als soziale Akteurinnen und Akteure mit spezifischen Methoden die Interpretation der Wirklichkeit eines Menschen beeinflussen. Die Externalisierung als Interpretation der Wirklichkeit ist eine Imagination, mit der ein neuer Lösungsraum konstruiert werden kann. In diesem Zusammenhang ist es bedeutsam, dass das Gehirn keine Unterscheidung zwischen real Erlebtem und Imaginiertem vornimmt. Diese neue Sichtweise auf

das Problem kann Betroffene darin unterstützen, dass sich deren Interpretation eines Problems verändern und somit auch deren Sicht auf Lösungsmöglichkeiten erweitern kann. (vgl. Ebel 2012: 101-103).

3.2. In der Fachliteratur beschriebene Fallbeispiele zur Externalisierung

3.2.1. Die Literaturrecherche

Um Artikel zum Thema Externalisierung in deutschsprachigen Fachzeitschriften zu finden, wurde mit den Stichwörtern Externalisierung (22 Treffer) und Externalisieren (19 Treffer) in der Datenbank von www.systemmagazin.de [abgerufen am 4. Dezember 2012] gesucht. In dieser Datenbank sind die Abstracts zu den Artikeln und Buchrezensionen aus den relevanten deutschsprachigen systemischen Zeitschriften wie „Familiendynamik. Systemische Forschung und Praxis“ (ab 2000 digital erfasst), „Kontext“ (ab 2002 digital erfasst), „Systeme“ (ab 1998 digital erfasst) und „Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung“ (ab 1991 digital erfasst) abrufbar.

Aus diesen Fachzeitschriften und zusätzlich aus Fachbüchern wurden Artikel ausgewählt, welche die Externalisierung nicht nur theoretisch abhandeln, sondern in denen diese Arbeitsmethode anhand praktischer Beispiele im Einzel-, Familien- oder Gruppenberatungssetting dargestellt und diskutiert wird. Wurden Artikel zuerst in einer Fachzeitschrift und später in einem Buch publiziert, so wurde die zweite Version ausgewählt. Eine Auswahl der Fallbeispiele ist in Abbildung 1 dargestellt. In Anlehnung an die zentrale Fragestellung dieser Arbeit werden diese Fallbeispiele darauf hin untersucht, welche Probleme externalisiert werden, bei welchen Klientenkategorien die Methode angewendet wird, welche Externalisierungsarten bei welchen Altersgruppen angewendet werden und was mit dieser Arbeitsweise erreicht werden kann. Die in Klammern eingefügten Zahlen in den folgenden Erläuterungen zu den Fallbeispielen beziehen sich auf die Nummerierung der Fallbeispiele in Abb. 1.

3.2.2 Probleme, die in den Fallbeispielen externalisiert werden

Die in Abb. 1 dargestellten Fallbeschreibungen weisen darauf hin, dass die Bandbreite der Probleme, die externalisiert werden können, sehr gross ist. Bei Problemen in Schule und Familie, wie Arbeitsverweigerung oder Stören im Schulunterricht, wird ein Saboteur oder Bösewicht externalisiert (4), bei Wutanfällen die Wut (1), bei Aggressionen die aggressiven Gefühle (14) und bei Antriebslosigkeit der „innere Schweinehund“ (15). Beim Bettnässen

Nr	Autoren	Titel	Setting	Externalisiertes Problem	Art und Weise der Externalisierung
1	Bareis 2005: 184-190	„Bevor es kracht...“-Lösungsorientierte Kindertherapie	6-jähriges Kind, ambulant, Familienberatung und Einzelberatungen mit Kind und Eltern	Wut	Visuell; Kind zeichnet Monster, dieses braucht einen neuen Wohnort, da es nicht mehr im Bauch des Kindes wohnen soll. Berater baut mit Kind ein Haus aus Sperrholz, Türe mit Vorhängeschloss
2	Beyebach 2008: 77-90	Lösungsorientiertes Externalisieren in der Psychotherapie für essgestörte Menschen	Einzel- und Familienberatung	Essstörung	Sprachlich; personifizierende Ausdrücke wie „die Unterdrückung der Magersucht“, um Opposition zwischen Person und externalisiertem Problem anzukurbeln
3	Geiken 2006: 247-269	Von der kognitiven Einfalt zur kognitiv-emotionalen Vielfalt. Stationäre systemisch lösungs- und ressourcenorientierte Behandlung der Magersucht	Stationäre Behandlung, Jugendliche und junge Erwachsene	Anorexia nervosa	Sprachlich; Klienten geben der Krankheit einen Namen und schreiben einen Brief an sie. Im Verlauf der Beratungen soll die innere positive Stimme gestärkt werden
4	Gross 2007: 179-184	Wenn Symptome auf den Tisch kommen – Portraits von Externalisierungen bei Time-Out-Interventionen	Jugendliche	diverse Probleme in Schule und Familie, z.B. Arbeitsverweigerung, Stören im Schulunterricht	Visuell; der Bösewicht, der die Betroffenen zu unerwünschtem Verhalten anstiftet, wird von Jugendlichen mit Knetmasse dargestellt, er erhält einen Namen und nimmt an den folgenden Beratungen teil
5	Häuser 1994: 33-43	Wer hat Angst ... vor Panikattacken? Reflexion über therapeutische Grundhaltungen und Techniken im medizinisch-psychotherapeutischen Kontext	Hospitalisierte Klienten mit Verdacht auf Angststörung, Einzelgespräch	Phobien und Angstattacken	Sprachlich; in metaphorischer Form wie Frosch, Flattermann, Angstmonster; bei Nichtakzeptanz der psychosomatischen Erklärung: konsensfähige Formulierungen wie „rätselhafte Anfälle“
6	Häuser 2008: 231-237	Systemische Familientherapie. Kooperation mit Patienten, Angehörigen und medizinischen Behandlern bei somatischer Fixierung	Erwachsene Person, ambulante Beratung	Zahlreiche körperliche Beschwerden, für die keine medizinische Ursache gefunden werden konnte	Sprachlich; die Auswirkungen des Problems, „die Tyrannei der körperlichen Beschwerden“, auf das Leben werden untersucht
7	Herrero deVega / Beyebach 2004: 239-246	Lösungsorientierte Selbstwertgefühl-Gruppen	Gruppenberatung, Erwachsene mit Drogen-erfahrung, ambulante Beratung	Geringes Selbstwertgefühl	Sprachlich; Personifizierung, die Teilnehmer setzen alle nacheinander ihr geringes Selbstwertgefühl auf einen Stuhl, der in der Mitte der Gruppe steht, und treten in Dialog mit ihm
8	Koch 1999: 38-42	Lösungsorientierte systemische Kurztherapie bei Bettnässen oder wie vertreibe ich ein Monster	7-jähriges Kind, ambulante Beratung	Bettnässen	Visuell; das Monster macht das Bett nass, Kind zeichnet Monster und gibt ihm einen Namen, dieses Monster soll verjagt werden; darum Türen und Fenster im Schlafzimmer gut verschliessen; bei Therapieende Zeichnung zerreißen und in Toilette geben

Abb. 1: Artikel aus systemischen Fachzeitschriften und Fachbüchern, in denen die Externalisierung anhand konkreter Beispiele beschrieben wird (eigene Darstellung)

Nr	Autoren	Titel	Setting	Externalisiertes Problem	Art und Weise der Externalisierung
9	Malinen 2010: 140-151	Blackhat und Twinkle – Narrative Therapie mit Kindern und Jugendlichen	Diverse Kinder, ambulante Beratung	Diverse: Sorgen nach Scheidung der Eltern, Schlafprobleme wegen Ängsten, „sich schlecht fühlen“	Sprachlich; dekonstruieren der Identität, die mit dem Problem verbunden ist, und alternative Geschichte konstruieren
10	Natho 2012: 142-153	Konflikte mit Tierfiguren explorieren, dynamisieren und lösen. Telearbeit mit Tierfiguren in der systemischen Beratung und Familientherapie	Erwachsene Person, Einzelberatung, ambulante Beratung	Innerer Konflikt der Entscheidungsfindung	Visuell; die verschiedenen innern Stimmen des Konflikts werden mit kleinen Kunststofffiguren als Skulptur dargestellt; im Verlauf der Beratungen entsteht neue Skulptur, welche die Lösung darstellt
11	Retzer / Simon 1999: 218-228	„Therapeutische Schnittmuster“ – Ein Projekt Schizophrenie-Therapie III	Klienten mit Schizophrenie, ambulante Beratung	Schizophrenie und die Gesundheit	Sprachlich; doppelte Externalisierung, d.h. die Erkrankung und die Gesundheit werden externalisiert, dadurch Konstruktion einer Dreiecksbeziehung Klient-Krankheit-Gesundheit
12	Schmitt 2004: 22-53	Magische Gestalten auf dem Familienbrett	Einzel-, Familien- oder Gruppenberatungssetting, mit Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen, ambulante Beratung	Diverse Probleme, z.B. Bettnässen, Angst, Essstörung	Visuell; Klient positioniert Personen seines Systems als Holzfiguren auf Familienbrett (FB); wählt für das Problem eine Fingerpuppe und stellt diese ebenso auf FB; Problem kann während Beratungsprozess Position wechseln oder schlussendlich sogar begraben werden; auch doppelte Externalisierung mit Darstellung der Ressourcen möglich
13	Schuhmacher 2008: 177-193	Systemische Angsttherapie – in einer Sitzung. Teil II	Erwachsene, ambulante Beratung	Ängste, Phobien	Sprachlich; Angst wird personifiziert; Opferhaltung gegenüber Angst in Täterschaft verwandeln
14	Sickinger 2010: 67-72	„Kan-No-Mushi“-Eine innere Externalisierung oder wie ein „ärgerlicher Wurm“ beruhigt werden kann	5-jähriges Kind, ambulante Beratung, Mutter und Kind, Kindergartenkinder werden miteinbezogen	Aggressionen	Sprachlich; innere Externalisierung; Wurm lebt im Bauch des Kindes; Hilfsmittel, um wütenden Wurm zu beruhigen: z.B. Eiswürfel, Kräuterbonbon
15	Vogt 2010: 167-177	Grosse Jungen spielen mit Puppen – Identitätsbildung mit Jugendlichen	Jugendliche, ambulante Beratung	Antriebslosigkeit, Ängste und die Ressourcen	Visuell; doppelte Externalisierung, Klient wählt passende Handpuppen: eine für das Problem (symptomatischer Persönlichkeitsanteil) und eine für das Gegenteil davon (Ressourcen); Berater stellt Fragen direkt an die Handpuppen
16	Winslade / Monk 2011: 206-213	Narrative Mediation: Ein besonderer Konfliktlösungsansatz	Zwei Konfliktparteien, ambulante Beratung	Der Konflikt	Sprachlich; Konflikt wird personifiziert und als dritte Partei ins Gespräch eingefügt

Abb. 1: Fortsetzung

wird ein Bettnässemonster (8), und bei psychosomatischen Erkrankungen werden die Symptome externalisiert (6). Bei Essstörungen wird diese Krankheit selbst externalisiert (2, 3, 12). Auch das geringe Selbstwertgefühl (7), die Ängste und Phobien (5, 12, 13) und die Schizophrenie (11) werden als solche externalisiert. Gefühle wie „sich sorgen“ oder „sich schlecht fühlen“ werden ebenso externalisiert (9). Bei internen Konflikten der Entscheidungsfindung werden die verschiedenen internen Stimmen, die gegeneinander ankämpfen, externalisiert (10). In der Mediation wird der Konflikt externalisiert (16). Wie die Beispiele aufzeigen, wird die Diagnose selbst oder aber ein Symptom als Problem externalisiert

3.2.3 Ziele der Externalisierung in den Fallbeispielen

Genau so wie die Probleme sind auch die Ziele der Externalisierung unterschiedlich geartet. Das Kind mit der Diagnose ADHS soll seine Wut kontrollieren können (1), ebenso der Junge mit den aggressiven Attacken (14). Auch der Jugendliche, der über Antriebslosigkeit klagt (15), und die Jugendlichen, die wegen Problemen in Schule oder Familie in einem Time-Out sind (4), sollen neue Möglichkeiten entdecken, wie sie ihr Verhalten adäquat steuern können. Bei den Essstörungen sollen die Betroffenen unterscheiden können zwischen dem, was die Essstörung und dem, was die innere gute Stimme sagt. Diese gute Stimme soll mit der Zeit die Oberhand gewinnen und die Essstörung wird bei Abschluss der Therapie mit einem Ritual verabschiedet (2). Hier ist das Ziel der Therapie ein vollständiges Verschwinden des Problems. Auch das Bettnässen soll ganz verschwinden (8). Bei körperlichen Symptomen mit Verdacht auf Angst oder Phobien kann die Externalisierung unterstützend sein, um ein Problembewusstsein anzustossen, damit die Betroffenen eine Psychotherapie beginnen (5). Ebenso kann die Externalisierung bei Ängsten dazu dienen, dass die Betroffenen nicht in der Opferhaltung verharren, sondern die Angst integrieren können (13), oder diese soll schlussendlich ganz aus dem Leben der Betroffenen verschwinden (12). Bei körperlichen Beschwerden ohne medizinischen Befund soll deren Einfluss auf das Alltagsleben der Betroffenen eingedämmt werden, damit diese wieder mehr Lebensqualität gewinnen (6). Menschen mit geringem Selbstwertgefühl sollen diesem immer häufiger mit guten Argumenten widersprechen und so seinen Einfluss auf ihr Leben verkleinern (7). Personen mit Schizophrenie sollen immer wieder neu entscheiden können zwischen Krankheit und Normalität und so ihre Autonomie zurückgewinnen (11). Durch das Dekonstruieren der Identität, die mit den Problemen wie Sorgen um die Eltern oder Schlafproblemen wegen Ängsten verbunden sind, und dem Konstruieren einer neuen Geschichte, soll die Beeinträchtigung der Betroffenen durch die Problem aufgehoben werden (9). Bei inneren Konflikten der Entscheidung sollen schlussendlich

stimmige Entscheidungen getroffen werden können (10), und in der Mediation soll der externalisierte Konflikt einen fairen Umgang der Konfliktparteien untereinander ermöglichen (16).

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Externalisierung in den aufgeführten Fallbeispielen unterschiedliche Ziele anstrebt. Häufig ist das Ziel, dass die Betroffenen mehr Selbstkontrolle über ihr Verhalten gewinnen, oder, dass sie mit einer Situation besser umgehen können und sich vom Problem nicht übermässig einschränken lassen. Teilweise wird ein vollständiges Verschwinden des Problems angestrebt.

3.2.4 Art und Weise der Externalisierung in den Fallbeispielen

Der Umgang mit dem externalisierten Problem kann sehr kreativ sein. So bekommt das Problem beschreibende Namen wie Flattermann (5), Monster (1) oder die hinterhältige Essstörung (2). Es werden Briefe an die Essstörung geschrieben (3). Das Problem kann einen neuen Wohnort bekommen. So soll die Wut nicht mehr im Bauch des Kindes leben, sondern sie wird in ein selbstgebautes Häuschen aus Sperrholz eingesperrt (1). Von Klienten und Klientinnen gezeichnete Monster werden nach Beendigung der Therapie zerrissen und in der Toilette weggespült (8). Symbole des Symptoms können mit Ton geformt werden, diese nehmen an den weiteren Beratungsgesprächen teil. Bei Bedarf können diese Bösewichte in ein Glas mit Schraubverschluss eingesperrt werden (4). Der wütende Wurm, der im Bauch des betroffenen Kindes sitzt, kann mit dem Lutschen von Eiswürfeln oder Kräuterbonbons beruhigt werden (14). Handpuppen können sowohl das Problem als auch die Ressourcen oder die Lösung darstellen, und diese Handpuppen können untereinander ins Gespräch kommen (15). Mit Kunststofftieren kann ein innerer Konflikt auf dem Familienbrett dargestellt und bearbeitet werden (10). Auf dem Familienbrett kann ebenso die Situation der betroffenen Person und deren Bezugspersonen dargestellt werden, das Problem und eventuell auch die Ressourcen werden mit Fingerpuppen wie eigenständige Personen eingefügt (12). Das niedere Selbstwertgefühl wird auf einen Stuhl neben die Betroffenen gesetzt (7).

Die doppelte Externalisierung (vgl. White 2010: 44-45) wird in zwei Fallbeispielen demonstriert. So wird die Krankheit, im Fallbeispiel die Schizophrenie, und ebenso die Gesundheit externalisiert und dadurch eine Dreiecksbeziehung Klient-Krankheit-Gesundheit konstruiert. Die Betroffenen sollen so immer wieder entscheiden können, wie sie sich zwischen Krankheit und Normalität bewegen (11). Die Externalisierung mit zwei Handpuppen, eine für das Problem und eine für das Gegenteil davon (15), ist ebenso eine doppelte Externalisierung.

Eine innere Externalisierung ist die aus Japan stammende traditionelle Erziehungsmethode von Kan-No-Mushi. Bei unangemessenem Verhalten des Kindes wird nicht dieses beschuldigt, die Schuld wird vielmehr seinem im Bauch lebenden Wurm gegeben. Dem Kind werden Möglichkeiten zur Beruhigung dieses Wurms angeboten, er soll aber nicht bekämpft oder beseitigt werden. Das Kind soll lernen mit ihm zu leben, da er weiter im Innern des Kindes bleibt (vgl. Sickinger 2010: 68).

Wie aus diesen Beispielen ersichtlich ist, können die Probleme sprachlich mit Worten und auch visuell als reale Objekte oder Personen dargestellt werden. Bei Kindern und Jugendlichen wird die Externalisierung oft nicht nur verbal gemacht, sondern das Problem kann von den Betroffenen visualisiert werden, sei dies durch das Zeichnen des Monsters oder das Formen mit Ton. Ebenso ist die Unterstützung mit vorgegebenen Gegenständen wie Handpuppen, Fingerpuppen oder kleinen Tierfiguren beschrieben. In der Arbeit mit Erwachsenen wird die Externalisierung mehrheitlich sprachlich gemacht, aber auch die Arbeit mit Tierfiguren und Fingerpuppen auf dem Familienbrett ist beschrieben.

3.2.5 Setting der Fallbeispiele und Klientenkategorien

Das Setting ist sehr unterschiedlich, die Beratungen finden im ambulanten und ebenso im stationären Bereich statt, es werden Einzel-, Familien- und Gruppenberatungen beschrieben. Ebenso sind die Altersgruppen heterogen und reichen vom Kindergartenkind über Jugendliche bis hin zu Erwachsenen. Alle Autorinnen und Autoren arbeiten nach einem systemischen Beratungsansatz, acht der sechzehn Autoren benennen den systemisch-lösungsorientierten, zwei den narrativen.

Werden die Fallbeispiele darauf hin untersucht, zu welchen der drei Klientenkategorien nach de Shazer (vgl. Kapitel 2.2.7) die Betroffenen und deren Angehörige zu zählen sind, so ergibt sich kein einheitliches Bild. Die folgenden Beschreibungen stellen dar, zu welchen Klientengruppen die Betroffenen unmittelbar vor der Externalisierung gehören, dies bezieht sich somit nicht auf den Beratungsbeginn. Zwischen der Erstberatung und dem Zeitpunkt der Externalisierung können die Klientinnen und Klienten die Kategorie, zu der sie zu zählen sind, bereits geändert haben. Dies betrifft aber nicht das Thema dieser Arbeit, welche die Externalisierung fokussiert. Sogenannte Kundinnen und Kunden sind die Kinder mit Wutanfällen (1), Bettnässen (8), oder mit Sorgen nach der Scheidung der Eltern und Schlafproblemen wegen Ängsten (9). Die Eltern der Kinder haben oft einen klagenden Anteil, denn das Kind soll sein Verhalten ändern und nicht sie selber. Zur derselben Kategorie gehören die Personen mit

Ängsten (13) und die Person mit dem inneren Konflikt der Entscheidungsfindung (10). Häu- ser setzt die Externalisierung bereits im Erst- oder Zweitgespräch mit Patientinnen und Pati- enten mit somatischer Fixierung oder bei Verdacht auf Angst und Panikattacken ein, dies bei Kundinnen und Kunden, Besucherinnen und Besuchern oder Klagenden (5, 6). Bei den Ju- gendlichen in einer Time-Out-Intervention können die einen zu den Besucherinnen und Besu- chern, die anderen zu den Klagenden gezählt werden (4). Die Betroffenen mit Essstörungen können Besucherinnen oder Klientinnen sein (2). Oft ist aus den Beschreibungen nicht er- sichtlich, welcher Kategorie die Beratenen in der Phase vor der Externalisierung zuzuordnen sind.

Insgesamt kann aus diesen Fallbeispielen abgeleitet werden, dass die Externalisierung öfter bei sogenannten Kundinnen und Kunden eingesetzt wird, aber auch bei Besucherinnen und Besuchern als auch bei Klagenden eine Interventionsmöglichkeit darstellt.

3.3 Erkenntnisse zu möglichen Wirkungen der Externalisierung

Eine unveröffentlichte retrospektive Analyse untersuchte Whites Anwendung der Externali- sierung bei 35 Patienten mit chronischen psychischen Erkrankungen. Die Analyse ergab bei der Interventionsgruppe eine signifikante Reduzierung der durchschnittlichen Tage, welche die Patienten hospitalisiert werden mussten, dies verglichen mit einer Kontrollgruppe (Hafner / MacKenzie / Konstatin (1988) zit. nach Tomm 2009: 222).

White selber berichtet, wie ein Junge mit ADHS gute Fortschritte machte. Er kam mit andern Kindern deutlich besser aus und seine Lehrerin beobachtete eine positive Entwicklung der Konzentration und seiner Kooperation im Schulunterricht (vgl. White 2010: 30). In einem anderen Fallbeispiel mit einem Knaben mit Enkopresis schildert der Autor, wie der Junge nach einem halben Jahr nur noch sehr selten seine Unterhose verschmutzte und sowohl mit seinen Freunden als auch in der Schule deutlich besser zu recht kam (vgl. White 2009: 66).

In den Fallvignetten des Kapitels 3.2 ist die Externalisierung meistens nicht die alleinige Methode, sondern sie ist eingebettet in ein systemisches Beratungskonzept. Infolgedessen kann meistens nur über die Wirksamkeit des gesamten Beratungskonzepts eine Aussage gemacht werden. Alle Autorinnen und Autoren berichten von Fallbeispielen, in denen die Ziele, wie sie im Kapitel 3.2.4 dargestellt werden, ganz oder teilweise erreicht wurden. Dabei ist zu beachten, dass in der Fachliteratur naturgemäss vorwiegend Fallbeispiele publiziert werden, bei denen eine Methode erfolgreich war. So kann festgestellt werden, dass die

Externalisierung in einer systemischen Beratung eine wirksame Methode sein kann. Diese Vorgehensweise unterstützt Betroffene darin, einen adäquaten Umgang mit ihrem zu Problem zu finden, oder das Problem sogar ganz loszuwerden. Die Externalisierung ist dabei immer lediglich ein Teil eines systemischen Beratungs- oder Therapiekonzeptes.

Die Externalisierung von Problemen nach White - die sprachliche Trennung zwischen der Person und ihrem Problem - soll die Betroffenen entlasten und ihnen eine neue Sichtweise auf ihr Problem ermöglichen. Dadurch können Ressourcen und neue Handlungsmöglichkeiten bewusst gemacht werden. In systemischen Fachzeitschriften und Fachbüchern publizierte Fallbeispiele zeigen auf, wie vielfältig diese Methode im Beratungsalltag eingesetzt werden kann. Verschiedenste Arten von Problemen und Schwierigkeiten können externalisiert werden, es sind Diagnosen und Symptome. Bei der doppelten Externalisierung werden nicht nur das Problem, sondern auch die Ressourcen oder das Ziel externalisiert. Die Art und Weise der Externalisierung ist ebenso vielförmig wie die Probleme. Neben der sprachlichen Externalisierung können die Probleme auch visuell dargestellt werden. Die Methode wird in allen Altersgruppen vom Kindergartenkind bis zu Erwachsenen eingesetzt, vom Setting her sind Einzel-, Familien und Gruppenberatungen beschrieben. Alle Autorinnen und Autoren berichten von einer Verbesserung der problematischen Situation oder sogar von einem vollständigen Verschwinden der Problematik.

4. Externalisierung in der Ernährungsberatung

Zu Beginn wird in diesem Kapitel die Bestimmung der Forschungsmethode zur Beantwortung der Fragen dieser Thesis begründet und daran anschliessend beschrieben, wie die Daten gewonnen wurden. Die Ergebnisse der Untersuchung werden ausführlich vorgestellt.

4.1 Ausgangslage

Zum Einsatz der Externalisierung als Methode in der Ernährungsberatung konnten keine Fachartikel gefunden werden. Dazu wurde in den Online-Archiven der Zeitschriften für Ernährungsberatungsfachleute, wie die „Ernährungsumschau. Forschung und Praxis“, „Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics“, und „Canadian Journal of Dietetic Practice and Research“, recherchiert. Ebenso wurde in der Datenbank der deutschsprachigen systemischen Zeitschriften „systemmagazin.de“ und in der Datenbank von „pubmed.com“ mit den entsprechenden Stichworten gesucht. Um zu Daten zu gelangen, mit denen die Haupt- und zugeordneten Fragen dieser MAS Thesis beantwortet werden können, wurde deshalb als Studiendesign die Feldforschung bestimmt.

4.2 Begründung des Forschungsansatzes

4.2.1 Qualitative Forschung

Oswald empfiehlt den Einsatz qualitativer Methoden zur Erforschung fremder Lebenswelten in der eigenen Gesellschaft, zur Entdeckung und Beschreibung von unbekanntem Aspekten in vertrauter Umgebung, zur Entdeckung neuer Erklärungen und Theorien, zur Untersuchung von Anwendungen von Theorien auf einen Einzelfall und zur Evaluation von Schwierigkeiten bei der Implementation von Programmen (vgl. 1997: 79-82). Die Erforschung zum Einsatz der Externalisierung in der systemisch-lösungsorientierten Ernährungsberatung ist die Erforschung einer Thematik, zu der noch kaum etwas bekannt ist, es ist auch eine Implementierungsforschung einer Methode; dementsprechend bietet sich zu dieser Fragestellung der qualitative Untersuchungsansatz an.

4.2.2 Interviewtechniken

In der qualitativen Forschung werden häufig Interviews eingesetzt; dieser Weg ermöglicht einen raschen Zugang zum Forschungsfeld. Die Befragten berichten von ihrer Biographie, ihrer Weltansicht oder von Erfahrungen zu einer bestimmten Thematik und machen diese

Informationen der Forschung zugänglich (vgl. Friebertshäuser 1997: 374). Friebertshäuser (ebd.) definiert Interviews folgendermassen:

Als Interview wird eine verabredete Zusammenkunft bezeichnet, die sich in der Regel als direkte Interaktion zwischen zwei Personen gestaltet, die sich auf der Basis vorab getroffener Vereinbarungen und damit festgelegter Rollenvorgaben als Interviewender und Befragter begegnen. Die Interviewtechniken, die der Interviewende einsetzt, dienen der Erhebung verbaler Daten, der Hervorlockung von Auskünften und Erzählungen des Befragten.

Die oben genannte Autorin unterteilt die diversen Interviewtechniken in „Leitfaden-Interviews“ und „Erzählgenerierende Interviews“ (vgl. ebd.: 372). Zur Eingrenzung der Thematik und zur Erfassung der relevanten Themenkomplexe werden beim Leitfaden-Interview vorformulierte Fragen erarbeitet. Mit dieser Arbeitsmethode können Informationen zu einem Themenkomplex gesammelt, Theorien und Hypothesen überprüft oder gegenstandsbezogene Theorien entdeckt werden (vgl. ebd. 376). Um die relevanten Themenkomplexe definieren zu können, müssen die Forschenden ein gewisses Grundlagenwissen bezüglich der zu erforschenden Materie haben. Je nach Interviewtechnik kann der Umgang mit dem Leitfaden unterschiedlich sein. So können die vorformulierten Fragen strikt der Reihenfolge nach erfragt werden, oder es werden alle Fragen angesprochen, die Reihenfolge ist aber nicht relevant und die befragten Personen können eigene Themen ansprechen. Leitfadeninterviews können aber auch breit gefasste Themenkomplexe zur Anregung des Gesprächs benennen, die nur einen Rahmen für das Interview vorgeben (vgl. ebd. 273-274). Zu den Leitfaden-Interviews können verschiedene Arten gezählt werden. Friebertshäuser nennt das fokussierte -, das problemzentrierte -, das Konstrukt-, das Dilemma-, das ExpertInnen-Interview und die Struktur-lege-Techniken (vgl. ebd.: 375-387).

Bei den erzählgenerierenden Interviewarten wird die Strukturierung der Thematik den befragten Personen überlassen, es werden keine Vorgaben durch einen Leitfaden erarbeitet. Diese Interviewart wird oft zur Erkundung der Biographie oder des Alltags eingesetzt (vgl. ebd. 386). Schriftliche Erhebungen mittels Fragebogen sind von den oben genannten Interviewarten abzugrenzen, denn diese werden quantifizierend ausgewertet (vgl. ebd. 371).

4.2.3 Das Expertinneninterview

Zur Beantwortung der Fragen dieser MAS Thesis wurde das Expertinneninterview als Methode bestimmt. Diese Interviewform wird zu den Leitfaden-Interviews gezählt

(vgl. Friebertshäuser 1997: 373) und eignet sich zur Implementierungsforschung von Methoden und Programmen in der Praxis, dazu können Praktikerinnen und Praktiker für die Datengewinnung rekrutiert werden. Mit dieser Befragungsform sollen das praxisbezogene Wissen und die Erfahrungen, die diese Fachpersonen bei der Realisierung von Innovationen gesammelt haben, erfasst werden (vgl. Meuser / Nagel 1997: 481).

Der Expertinnenbegriff lässt sich unterschiedlich definieren, für diese Arbeit wurde die methodologisch bestimmte Definition gewählt. Forschende bestimmen aufgrund des jeweiligen Erkenntnisinteresses, wem die Rolle als Expertin oder Experte zufällt. Diese Person verfügt zwar nicht alleine über das Wissen, es ist aber nicht jedermann im gleichen Handlungsfeld zugänglich. Das Expertinneninterview zielt auf diesen Wissensvorsprung ab (vgl. ebd. 483-484).

Schütz unterscheidet drei Typen des Wissens, dies „sind ‚der Experte‘, der ‚Mann auf der Strasse‘ und der ‚gut informierte Bürger‘.“ (Schütz 1972, zit. nach Meuser / Nagel 1997: 484). Sie unterscheiden sich darin, ob sie Dinge ohne Hinterfragen als gegeben betrachten, oder als Experten in einem streng definierten Gebiet ihr Handeln durch Relevanzen leiten lassen. Die Ansichten des Experten „gründen sich auf sichere Behauptungen; seine Urteile sind keine blosse Raterei oder unverbindliche Annahmen.“ (Schütz 1972, zit. nach ebd. 484) Sprondel weitet den Expertenbegriff aus. Nicht jedes Wissen ist Spezialwissen, Expertenwissen bezieht sich insbesondere auf solches, das an die Berufsrolle einer Person gebunden ist (Sprondel 1979 zit. nach ebd. 485). Meuser und Nagel schlagen vor, dass der Begriff des Expertenwissens nicht nur präsentenes Sonderwissen der Expertinnen und Experten beinhalten soll. Implizites Wissen und ungeschriebene Gesetze können auch als Relevanzen definiert werden, aufgrund dessen Akteurinnen und Akteure Entscheide treffen, obwohl ihnen dies nicht reflektiert bewusst ist. Sie erzeugen ebenso ein beobachtbares Handeln, diese Regeln können retrospektiv entdeckt werden (vgl. ebd. 485-486).

4.2.4 Der Leitfaden für die Interviews

Zur Erhebung des Wissens der Expertinnen schlagen Meuser und Nagel ein leitfadengestütztes offenes Interview vor (vgl. 1997: 486). Durch diese thematische Vorstrukturierung des Interviews mit einem Leitfaden wird die forschende Person von der Expertin als kompetent wahrgenommen. Dies unterstützt den Prozess der möglichst umfassenden Wissenserfassung. Dazu müssen sich die Forschenden vorab vertieft mit dem Thema auseinandersetzen, damit sie den Gegenstand des Interviews dimensionieren können. Nur durch fundierte theoretische

oder empirische Kenntnisse können Leitfaden-Fragen formuliert werden. Mit vorformulierten Fragen wird die Thematik eingegrenzt und einzelne Themenkomplexe werden vorgegeben. Dies sichert auch eine gewisse Vergleichbarkeit der verschiedenen Einzelinterviews (vgl. Meuser / Nagel 1997: 486, Friebertshäuser 1997: 375).

4.3 Vorgehen zur Datenerhebung

4.3.1 Definition und Bestimmung der Expertinnen

Aufgrund des Forschungsinteresses dieser Arbeit wurden folgende Personen als Expertinnen definiert. Es sind dipl. Ernährungsberaterinnen FH/HF mit einer systemischen Weiterbildung, die ambulante Ernährungsberatungen durchführen und dabei die Externalisierung als Methode einsetzen. Damit ist festgelegt, welche beruflichen Aus- und Weiterbildungen die Expertinnen absolviert haben, in welchem Setting sie arbeiten und welche Methode sie in den Beratungen einsetzen. Um Personen zu rekrutieren, die diese Anforderungen an die Expertinnen erfüllen, wurden über den Schweizerischen Berufsverband diplomierter Ernährungsberater/innen HF/FH (SVDE) alle 520 deutschsprachigen Aktivmitglieder und 63 Passivmitglieder des Verbandes per Mail angeschrieben. (Siehe Brief Expertinnensuche im Anhang)

Sechs Ernährungsberaterinnen, fünf aus der Deutschschweiz, eine aus Deutschland antworteten auf die Anfrage. Es sind alles weibliche Personen, jene aus der Schweiz sind dipl. Ernährungsberaterinnen HF/FH, die deutsche Ernährungsberaterin hat einen Studienabschluss in Ökotrophologie. Sie alle haben eine ein- bis dreijährige Weiterbildung in systemischer Beratung, fünf in systemisch-lösungsorientierter und eine in allgemein systemischer Beratung und zusätzlich in Daseinsanalyse. Drei im Spital angestellte Expertinnen setzen die Externalisierung nicht sehr häufig ein, da sie neben anderen berufsbezogenen Tätigkeiten in der Klinik eher wenig ambulante Beratungen durchführen. Eine dieser Personen arbeitete bis vor einem Jahr auf einer Fachstelle, auf der sie viele Menschen mit Essstörungen begleitete und innerhalb dieses Aufgabenbereichs die Externalisierung sehr oft einsetzte. Eine Ernährungsberaterin setzte die Externalisierung in ihren Beratungen bei hospitalisierten und ambulanten Klientinnen und Klienten sehr häufig ein; sie arbeitet seit fünf Jahren nicht mehr in ihrem angestammten Beruf. Zwei Personen arbeiten freischaffend als Ernährungsberaterinnen mit eigener Praxis, die eine arbeitet sehr oft mit der Externalisierung, die andere ab und zu. Alle Expertinnen beraten mehrheitlich Erwachsene, Kinder und Jugendliche gelegentlich. Mit einer Skalierungsfrage wurde erfragt, wieweit die Beratungen vom systemisch-lösungsorientierten Beratungsansatz geleitet sind; Null bedeutet gar nicht, zehn heisst vollumfänglich. Die

Ernährungsberaterinnen mit der systemisch-lösungsorientierten Weiterbildung ordneten sich auf dieser Skala zwischen vier bis zehn ein.

4.3.2 Der Leitfaden für die Expertinneninterviews

Zur Durchführung der Expertinneninterviews wurde ein Leitfaden erstellt, dessen Fragen sich an den Haupt- und zugeordneten Fragen dieser Thesis orientieren. Sie wurden dem systemisch-lösungsorientierten Beratungsansatz gemäss formuliert. Dementsprechend wurde gefragt, was bei der Externalisierung hilfreich ist und wozu, es wurde nach Beweggründen zu Aussagen und Meinungen gesucht und ebenso wurde eine Skalierungsfrage eingesetzt. Die ersten drei Fragen sind Aufwärmfragen, um das Gespräch in Gang zu bringen. So wurde erfragt, wie lange und in welcher Funktion die Interviewpartnerin in der Institution arbeitet, wie die Settings der ambulanten Beratungen sind und wieweit diese vom systemisch-lösungsorientierten Beratungsansatz geleitet werden.

Zur Anmoderation der Fragestellung wurde nach Assoziationen zum Thema der Externalisierung in der Ernährungsberatung gefragt. Daran anschliessend folgen sieben Themenkomplexe mit den entsprechenden Fragen. Es wurde erforscht auf welche Art und Weise die Externalisierung in welchen Beratungssettings eingesetzt wird. Ausführlich wurde ergründet, welche konkreten Probleme externalisiert werden und welche Ziele dabei verfolgt werden. Ein weiterer Aspekt ist der Effekt der Methode sowohl aus Sicht der Expertinnen als auch aus Sicht der Betroffenen. Ebenso wird erforscht, zu welcher Kategorie die Klientinnen und Klienten nach den Klientenkategorien nach de Shazer zu zählen sind. Bei der Frage nach Alltagserfahrungen sollten die Interviewpartnerinnen davon berichten, was sich bezüglich der Externalisierung als Methode bewährt hat und was nicht. Ausserdem wurde nach Kontraindikationen gesucht, wann die Externalisierung nicht angewendet werden soll und was die diesbezüglichen Beweggründe der Expertinnen sind.

Mit der Vertiefungsfrage, die das Potential der Externalisierung in der Ernährungsberatung explorieren soll, wurde das Expertinneninterview abgeschlossen. Dabei ging es nicht mehr um Erfahrungen der Expertin aus der Vergangenheit wie in den vorangehenden Themenkomplexen, sondern zukunftsgerichtet, bei welchen Problemen und auf welche Art und Weise die Externalisierung in der Ernährungsberatung zusätzlich eingesetzt werden könnte, was daran allgemein hilfreich ist und wozu. Neben der Frage zu den Klientenkategorien enthält der Leitfaden auch die Frage zu den Phasen des „Transtheoretischen Phasenmodells“ (vgl. Prochaska 2001: 253-286). Da dieses Phasenmodell nur einer der befragten Personen vertraut war,

und es sich teilweise mit den Klientenkategorien nach de Shazer (vgl. 2008: 104-106) deckt, wurde dieser Aspekt in der Auswertung nicht miteinbezogen. (Siehe Leitfaden für Experteninterview im Anhang)

4.3.3 Vorgehen bei den Expertinneninterviews

Die Ernährungsberaterinnen, die sich auf die schriftliche Anfrage per Rundmail über den SVDE gemeldet haben, wurden telefonisch kontaktiert. Bei diesem Erstgespräch wurden Modalitäten wie Zeitpunkt und Ort zur Durchführung der Befragung besprochen und das Einverständnis zur digitalen Aufnahme der Gespräche eingeholt. Es war vorgesehen, fünf Interviews am Arbeitsort der Befragten zu realisieren, dasjenige mit der in Deutschland praktizierenden Ernährungsberaterin sollte telefonisch durchgeführt werden. Äussere Umstände erforderten, dass drei der sechs Interviews telefonisch gemacht werden mussten. Die Gespräche dauerten 25 - 50 Minuten und wurden in Dialekt geführt. Die Reihenfolge der Fragen war nicht strikt an den Leitfaden gebunden und die Interviewpartnerinnen konnten gegebenenfalls Aspekte ins Gespräch einfließen lassen, die im Leitfaden nicht vorgesehen waren. Am Ende des Gesprächs wurde evaluiert, ob alle Themenkomplexe zur Sprache gekommen sind und, wo nötig, noch mit den entsprechenden Fragen ergänzt. Alle Interviews wurden digital aufgenommen. (Siehe Übersicht der Expertinneninterviews im Anhang)

4.3 Die Auswertung der Interviews

Die Auswertung der Interviews folgt den Schritten, wie sie Meuser und Nagel beschreiben. Sie nennen diese Schritte Transkription, Paraphrase, Kodieren, thematischer Vergleich, Konzeptualisierung und theoretische Generalisierung (vgl. 488-489). Zur Darstellung der Resultate mussten die digital erfassten Interviews zuerst aufbereitet werden. In einem ersten Schritt wurden alle Gespräche mit Unterstützung der Software F4 (www.audiotranskription.de) schriftlich erfasst. Mit diesem Programm werden Audiodatei und Schriftdatei verknüpft gespeichert. Somit kann anschliessend in der Darstellung der Resultate bei wörtlichen Zitaten die genaue Stelle in der Audiodatei angegeben werden.

Beim schriftlichen Erfassen der Interviews erfolgten Transkription und Paraphrase in einem Schritt. Die mündlich in Dialekt formulierten Ausführungen der Interviewpartnerinnen wurden in die Schriftsprache übertragen, dabei wurden nur die thematisch relevanten Passagen schriftlich festgehalten und nicht alle Äusserungen der Gesprächspartnerinnen. Die Aussagen wurden direkt paraphrasiert, relevante und interessante Aussagen wurden im Originalton

niedergeschrieben. Diese sechs Schriftdokumente stellen das Ausgangsmaterial für die Analyse dar.

Zum Kodieren wurden in Anlehnung an die Fragestellungen dieser Thesis und der Fragen des Leitfadens für die Interviews acht Themenkomplexe definiert: Welche Probleme werden externalisiert, Ziele der Expertinnen, Effekte bei den Betroffenen, Arten der Externalisierung, Setting der Beratungen und Klientenkategorien, Alltagserfahrungen der Ernährungsberaterinnen, Kontraindikationen und Potential der erforschten Methode. Die Paraphrasen und die Passagen, die im Originalton belassen wurden, konnten thematisch den Themenkomplexen zugeordnet werden. Dabei wurde die Sequenzialität des Textes aufgelöst, es blieb aber rückverfolgbar, welche Aussagen von welcher Expertin stammen. Im folgenden Kapitel folgt der thematische Vergleich; dabei werden die Themenkomplexe aus der Kodierung übernommen und vergleichbare Textpassagen aus verschiedenen Interviews werden gebündelt. Die Konzeptualisierung und theoretische Generalisierung als weitere Schritte der Auswertung folgen in der Beantwortung der Thesisfragen.

4.4 Resultate der Expertinneninterviews

4.4.1 Externalisierte Probleme

Bei Klientinnen und Klienten mit Essstörungen wie Anorexie, Bulimie, Binge-Eating-Störung (BES) oder sehr restriktivem Essverhalten so wie bei Menschen mit Adipositas wird die Externalisierung am häufigsten angewandt. Dabei werden insbesondere deren Symptome externalisiert. Bei den erstgenannten wird das schlechte Gewissen und die übermässige Kontrolle beim Essen, die Angst vor einer Gewichtszunahme oder auch das exzessive Sporttreiben nach einer Mahlzeit externalisiert. Bei Menschen mit übermässigem Essen wird der Heisshunger, der Zwang zum Essen in gewissen Situationen oder auch die Trägheit für körperliche Betätigungen externalisiert.

Eine Expertin setzte die Methode oft bei Klienten mit Pankreasresektion ein, dabei externalisierte sie deren Angst, die jene vor dem Essen, weil dies oft mit nachfolgenden gastrointestinalen Beschwerden verbunden sein kann.

...bei Pankreas[operationen], wie geht es weiter, wie lange lebe ich noch, wie geht es weiter mit dem Essen ohne Bauchspeicheldrüse oder nur mit einem Teil der Bauchspeicheldrüse.

Zum Teil habe ich diese Angst vor dem weiteren Leben externalisiert. (Exp. 3: #00:12:16-7#)

Eine weitere Gesprächspartnerin arbeitet mit der Externalisierung, sobald sie wahrnimmt, dass ein Aspekt die Klientinnen und Klienten belastet und diese sich selbst anklagen. Dies kann eine Diagnose, zum Beispiel die Adipositas oder ein Symptom sein, diesbezüglich erwähnt sie Angst oder Schmerzen.

Immer wenn jemand sagt: "Ich bin dick", macht er dies mit dem Wort "bin" zu einem Teil seiner Persönlichkeit, seinem Dasein. Wenn ich aber sage: „Nein, nicht du bist als ganzer Mensch dick, du hast ein paar Kilos zuviel und das nennt man Adipositas. So, und damit du dich nicht permanent klein machst, nehmen wir dieses Ding; wählen Sie einen Gegenstand (habe da so kleine Figürchen und Tellerchen), reden Sie ruhig weiter über diese Adipositas, aber wir setzen sie da auf den Tisch“. Immer wenn der Klient wieder sagt: "ich bin", so sage ich: "Nein schauen Sie, es ist erst einmal vor Ihnen". (Exp. 6 #00:08:52-6#)

Ebenso externalisiert sie schwierige Lebensumstände, wie Familien- oder Partnerschaftskonflikte (vgl. Exp. 6).

4.4.2 Ziele der Externalisierung

Die Ziele definieren alle Expertinnen ähnlich. Sie möchten mit der Externalisierung die Beraterinnen darin unterstützen, dass diese die Kontrolle über ihr Ernährungsverhalten zurückgewinnen und sich dem Problem nicht hilflos ausgeliefert fühlen. Sie sollen von aussen auf das Problem schauen und die Interaktionen zwischen sich und dem Problem beobachten können und sie sollen ihre Stärken erkennen können.

Immer die Idee, den Leuten zu zeigen, wo haben sie Ressourcen, wo haben sie Stärken, die sie brauchen können und ihnen diese bewusst zu machen. Und diese nicht nur zu hören, sondern auch zu sehen auf irgendeine Art, sei dies ein Bild oder ein Tier. (Exp.1 #00:11:50-7#)

Weiter sollen Klientinnen und Klienten Ausnahmen des Problems entdecken und wahrnehmen, dass ihnen bezüglich Ernährungsverhalten auch vieles gut gelingt. Betroffene mit Essstörungen sollen unterscheiden können zwischen dem, was die Essstörung will, und dem, was sie sich selbst wünschen und wollen. Patientinnen und Patienten nach Pankreasoperation sollen zum Beispiel phasenweise ohne Angst essen können (vgl. Exp. 3).

4.4.3 Art und Weise der Externalisierung

Die Art der Externalisierung und den Einsatz von Hilfsmitteln handhaben die Expertinnen unterschiedlich. Teilweise wird nur das Problem externalisiert, andere Ernährungsberaterinnen externalisierten ebenso die Stärken und Ressourcen, mit denen die Betroffenen gegen das Problem ankämpfen können.

Die Person [die Klientin] weiss: "Eigentlich sollte ich ja nicht", dass wir dies als eine Stimme darstellen, entweder mit einem Tier oder einer Puppe oder einer Zeichnung oder mit einem Namen oder was auch immer. Und die andere Stimme, die sagt: "Komm, iss, iss, iss die Schokolade oder was auch immer", und auch dieser Stimme einen Namen geben oder darstellen. (...) beim Darstellen bin ich sehr kreativ, ich lasse die Person [die Klientin] zeichnen oder wir nehmen Puppen, so Fingerpuppen, kleine Plastiktiere oder ein Wort, eine Name, wie die Person [das Problem] in der Vorstellung der Klientin heisst (...) zum Beispiel Eliane. Und Eliane ist immer aktiv wenn sie [die Klientin] sich überisst, obwohl es ihr nicht gut tut. Exp. 5

#00:10:47-9#

Zur Darstellung des Problems setzen mehrere Ernährungsberaterinnen kleine Plastikfiguren ein, etwa Tiere oder Monsterfiguren. Sie lassen die Klientinnen und Klienten eine Figur auswählen, eine für das Problem und eine oder mehrere für ihre Stärken, mit denen sie gegen das Problem ankämpfen können. Diese Figuren sollen dann während der Beratung und auch im Alltag in einen Dialog miteinander treten. Bei Externalisierungen ohne visuelle Hilfsmittel geben zwei Beraterinnen sprachlich symbolträchtige Begriffe vor, zum Beispiel „das Monster“ oder „die Engelchen- und die Teufelchenstimme“. Des weitern lassen sie die Betroffenen dem Problem einen Namen geben, um es auf diese Weise zu personalisieren.

Die oben vorgestellten Arten der Externalisierung - die sprachliche Externalisierung und die visuelle Darstellung mit Plastikfiguren oder Zeichnungen - werden in allen Altersgruppen eingesetzt. Plüschartige Handpuppen würden einige der befragten Personen nur bei Kindern einsetzen, nicht aber bei Erwachsenen. Sie befürchten, dass diese das als infantil abtun könnten.

Das Zeichnen des Problems durch die Betroffenen setzt eine Ernährungsberaterin nur bei Kindern ein, weil diese weniger Hemmungen hätten, dies zu tun (vgl. Exp. 1). Eine andere Expertin setzt diese Methode jedoch ebenso bei Erwachsenen ein (vgl. Exp. 5).

Eine Expertin lässt die Klientinnen und Klienten aus dem Material wählen, dass sich im Beratungsraum befindet, dies können neben den oben genannten Figuren auch Playmobilfiguren, Legosteine, ein Löffel oder ein Ball sein. Teilweise lässt sie die Klientinnen und Klienten sich selbst und deren Bezugspersonen mit Figuren auf dem Beratungstisch darstellen. Ebenso wird in der Folge das Problem als Figur auf den Tisch gestellt, um über seine Position und seinen Einfluss auf das System zu diskutieren.

Dies mach ich auch mit Aufstellen. Figuren der Familie aufstellen und dann fragen: "Wo ist der Diabetes, bei wem ist er, wer steht darauf, wer steht darunter, wer steht daneben, wie weit weg?" (...) Das mache ich mit Lego, Playmobilfigürchen oder irgendwelchen Mensch-ärgere-dich-nicht-Figürchen. (Exp. 6 #00:10:29-5#)

Dem Ziel der Externalisierung entsprechend stellen die Ernährungsberaterinnen Fragen zum Einfluss des Problems, suchen nach Ausnahmen des Problems und diskutieren, wie die Klientinnen und Klienten zukünftig mit dem Problem umgehen könnten. Teilweise wird auch nach positiven Aspekten des Problems geforscht.

4.4.4 Effekte der Externalisierung

Die Effekte der Externalisierung entsprechen weitgehend den Zielen der Ernährungsberaterinnen. Sie beobachten, dass die Klientinnen und Klienten Erleichterung erleben durch die neugewonnene Sichtweise und sich nicht weiter beschuldigen für ihre unerwünschten Verhaltensweisen. Die Klientinnen und Klienten erkennen, dass es Ausnahmen des Problems gibt, und entdecken Ressourcen, wie sie gegen das Problem angehen können. Manche Klientinnen und Klienten stellen fest, dass das Problem auch positive Aspekte beinhalten kann. Insgesamt wächst ihre Zuversicht, etwas gegen das Problem unternehmen zu können. Dies artikulieren sie oft direkt während der Beratung.

Der Effekt ist, zu sehen, dass man es beeinflussen kann, weil häufig vorher so die Idee war: „Ich habe keine Chance, es [das Problem] kommt einfach und ich kann eh nichts machen.“ Auch positive Sachen zu sehen: “Warum ist es überhaupt da, gibt es auch Gutes daran? Und was müsste es anderes geben, dass man es wegnehmen kann.“ Zum Teil auch aus den Ausnahmesituationen Ressourcen schöpfen, die man brauchen kann, um das Ziel zu erreichen. Oder manchmal auch nur Denkanregungen, dass man wie das Gefühl hat, man schafft es, das zu beherrschen, das Ziel zu erreichen und nicht, man ist machtlos. (...) eine Jugendliche sagte direkt nach der Beratung: "Ja da bin ich ja gar nicht so machtlos", oder andere sagen: "Das [das Problem] ist ja gar nicht nur schlecht, das muss ich nicht nur weghaben." Also diese Aussagen gibt es schon während den Beratungen. (Exp. 2: #00:09:37-4#)

Die Externalisierung unterstützt die Betroffenen in der Selbstbeobachtung und dem Erkennen von Ausnahmen. Durch die Personifizierung des Problems können sie einfacher beschreiben, was in ihnen abläuft, wenn sie eine Essattacke haben.

Ist sehr, sehr hilfreich für die Leute zur Selbstbeobachtung, weil es fassbarer wird, wenn man von etwas reden kann, was in einem aktiv wird, was da abläuft. Zum Beispiel das Bildnis vom Raubtier, das wieder hinter den Kühlschrank geht. Sie können dieses Raubtier

beobachten und von Situationen erzählen, wann das Raubtier kommt und wann kommt es vielleicht weniger, eben nach den Ausnahmen suchen. Es wird alles so fassbarer und auch spielerischer. Das finde ich sehr hilfreich. So kommt in die Beratung auch eine spielerische, auch humorvolle Komponente hinein. (Exp. 5 #00:12:45-4#)

Klientinnen und Klienten entdecken neue Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit dem Problem, diese können teilweise sehr kreativ sein. Es gelingt ihnen so, seinen Einfluss auf ihr Essverhalten vermindern.

Da war eine junge Frau, die hatte sich vorgestellt, da sei ein Monster oder Teufelchen, das sie immer so kontrolliert hatte, wie viel sie esse. Sie hatte so das Gefühl: „Alle anderen schauen mir zu, wie viel ich esse.“ Da hat sie dieses Teufelchen, das Monster rausgenommen und hat es also über den Mittag in das Geschäftsfahrzeug gesperrt, für sich in Gedanken quasi, und hat es in der Sommerhitze schmoren lassen (...) und hatte dann so richtig Schadenfreude. (...) Sie konnte dann das Essen lockerer angehen. (Exp. 4 #00:14:12-3#)

Durch die Externalisierung kann eine gemeinsame Sprache zwischen Beraterin und Klientin entstehen. Die Ernährungsberaterin kann dem Gegenüber mit einem gemeinsamen Code sagen, ob sie in deren Aussagen die Anliegen der Klientin oder die des Problems heraushört.

Bei Anorexipatientinnen hat man dann so gemeinsames Vokabular, ich kann dann sagen: „ Jetzt höre ich die Schlange aus dem Gespräch oder den starken Löwen.“ (Exp. 1 #00:14:58-5#)

Die meisten Expertinnen sagen aus, sie hätten mit der Methode nie negative Effekte erlebt. Eine berichtet aber, dass sich eine Klientin mit der Diagnose Anorexie mit ihrem Monster verbündet habe. Sie reflektiert dann, dass es wahrscheinlich eher eine Besucherin gewesen sei und sie die Externalisierung zu früh eingesetzt habe (vgl. Exp. 5). Eine weitere Expertin erlebte einmal, dass eine Jugendliche, bei welcher sie die Esslust externalisieren wollte, nicht darauf einsteigen wollte. Sie vermutet, dass es für die Betroffene möglicherweise sehr unerwartet war, in der Ernährungsberatung solche Fragen gestellt zu bekommen, obwohl sie als Beraterin die Externalisierung als Experiment eingeführt habe (vgl. Exp. 2). Insgesamt berichten die Gesprächspartnerinnen von grossmehrheitlich positiven Effekten der Externalisierung in der Ernährungsberatung.

4.4.5 Klientenkategorien und Setting der Beratungen

Alle Ernährungsberaterinnen führten die Externalisierung vor allem in Einzelberatungen mit Erwachsenen und Jugendlichen durch. Kinder haben sie selten in der Beratung; wenn sie mit dieser Altersgruppe arbeiten, so ist ein Elternteil mitanwesend.

Überwiegend wird die Methode bei sogenannten Kundinnen und Kunden eingesetzt. Fast alle Beraterinnen betonen, sie würden die Externalisierung nicht in der Erstberatung einsetzen, sondern erst im Verlauf der folgenden Beratungen. Dabei unterstreicht eine Beraterin die Wichtigkeit einer guten Beziehung zwischen ihr und ihrem Gegenüber, um mit der Externalisierung arbeiten zu können. Diese passende Beziehung nehme sie intuitiv wahr, sie könne das nicht genau definieren (vgl. Exp. 3). Eine Expertin möchte die Methode ausschliesslich bei Kundinnen und Kunden einsetzen, nicht aber bei Besucherinnen und Besuchern oder Klagenenden, da bei diesen keine Motivation vorhanden sei (vgl. Exp. 6). Andere Beraterinnen können sich vorstellen, die Arbeitsweise auch bei Kundinnen und Kunden mit einem klagenden Anteil anzuwenden. Unter Umständen würde eine Expertin die Externalisierung auch bei einer klagenden Person einsetzen, dies mit dem erhofften Effekt, dass die betroffene Person die Schuld für das problematische Verhalten einer aussenstehenden Stimme zuweisen könnte (vgl. Exp. 5). Bei Besucherinnen und Besuchern neigen alle befragten Personen dazu, nicht mit dem externalisierenden Verfahren zu arbeiten.

4.4.6 Alltagserfahrungen

Einige Expertinnen legen Wert darauf, dass sie immer zuerst die Erlaubnis für die Externalisierung einholen; es ist ihnen wichtig, dass die Beratenen die Wahlfreiheit haben. Sie kündigen die Externalisierung als Experiment oder als etwas für die Ernährungsberatung Ungeohntes an, und weisen darauf hin, dass es gelingen könne oder auch nicht. Mehrere Ernährungsberaterinnen heben hervor, dass man bei der Externalisierung sprachlich sehr durchdacht formulieren müsse und dies darum geübt werden müsse. Die Intervision kann eine Plattform für das Üben im geschützten Rahmen darstellen (vgl. Exp. 1). Ebenfalls sollte die Ernährungsberaterin verschiedene Methoden der Externalisierung kennen, um dann die situativ geeignete auswählen zu können. Daneben wird auch betont, dass die Klientinnen und Klienten genügend Zeit benötigen, um die für sie ungewohnten Fragen zu beantworten.

Eine Gesprächspartnerin berichtet, dass die Atmosphäre in den Beratungen leichter und humorvoller werde. Sie hält fest, dass es für sie als Beratende immer wieder von neuem sehr spannend sei, mit der Methode zu arbeiten und diese auch Abwechslung in ihren Berufsalltag

bringe (vgl. Exp. 5). Eine Ernährungsberaterin beobachtet, dass die Klientinnen und Klienten durch das Reden über die inneren Anteile mit Unterstützung von zwei Plastikfiguren besser formulieren können, was in ihnen abläuft und sie dabei in einen Redefluss kommen (vgl. Exp. 3). Den Einsatz von Puppen oder Plastiktieren beurteilt eine Ernährungsberaterin in der Beratung von Kindern als hilfreich, da es für diese dadurch noch konkreter und anschaulicher wird (vgl. Exp. 4).

4.4.7 Kontraindikationen

Als Grund, die Externalisierung nicht einzusetzen, nennen die Ernährungsberaterinnen insbesondere sprachliche Schwierigkeiten. Einige würden die Methode nicht einsetzen, wenn sie die Beratung in einer Sprache durchführen müssen, die sie selbst nicht sehr gut beherrschen oder wenn die Betroffenen nur lückenhaft deutsch sprechen. Ebenso ist die Anwesenheit eines Dolmetschers als Drittperson für mehrere ein Grund, keine Probleme zu externalisieren. Allesamt begründen sie dies damit, dass man bei dieser Arbeitsweise sprachlich sehr präzise arbeiten müsse.

Drei Personen antworten, dass bei sehr kognitiven, auf Zahlen und Fakten ausgerichteten Menschen die Methode nicht unbedingt geeignet sei, sie befürchten, diese würden die Externalisierung als Spielerei abtun. Sie würden diese Arbeitsweise darum bei Männern eher mit Zurückhaltung einsetzen.

Das ist eine Methode, da braucht man vom Persönlichkeitsprofil her Fantasie. Also so absolute Zahlen- und Faktenmenschen, wie es öfter Männer sind, da kann ich nicht mit Puppen kommen. Wenn Menschen null Fantasie haben, sind sie diesen Dingen nicht zugänglich, oder schwerer zugänglich. (Exp. 6: #00:15:41:-3#)

Dies zeigt auch auf, dass hier gegebenenfalls genderrelevante Fragen auftreten, dem wird in dieser Arbeit weiter nicht nachgegangen.

4.4.8 Potential der Externalisierung

Bei der Frage nach dem Potential der Externalisierung in der Ernährungsberatung wiederholen die Expertinnen oft nochmals das, was sie als Effekte der Arbeitsweise bereits beschrieben haben, also die Entlastung und die Ressourcenaktivierung bei den Klientinnen und Klienten.

Die besprochene Arbeitsmethode kann laut einer Ernährungsberaterin auch die beratende Person entlasten. Als Beraterin kann sie die Lösung des Problems nicht vorgeben, sondern sie kann die Betroffenen mit der Externalisierung in ihrem Prozess der Lösungsfindung

unterstützen. Deshalb und weil die Methode so einfach anzuwenden sei, könnte sie in der Ernährungsberatung häufiger angewendet werden.

Man stellt sich das [die Externalisierung] viel zu kompliziert vor. Ich denke, es ist etwas sehr einfaches, das könnte man in vielen Beratungen sehr einfach einfließen lassen. (...) Es entlastet, es bringt Humor in die Beratung, und es kann durchaus sehr angenehm sein. (...) oder dass es auch der Beraterin neue Wege aufzeigt, wo sie vorher schnell mal dachte, da komme sie nicht weiter. (...) auch immer wieder mit dem Hintergedanken, dass wir als Beraterinnen sehr wenig für die Lösung bieten können, sondern, dass der Klient selber die Lösung hat, das [die Externalisierung] gehört in das Gleiche. (Exp. 5 #00:35:05-4#)

Neben den bis anhin am häufigsten externalisierten Problemen bei Menschen mit den Diagnosen Adipositas und Essstörungen sehen zwei Fachpersonen ein Potential der Methode für Menschen mit Nahrungsmittelintoleranzen verbunden mit gastrointestinalen Beschwerden nach der Nahrungsaufnahme. Diese Menschen zeigen teilweise ein ängstliches und restriktives Essverhalten. Die Fachfrauen erachten die Externalisierung der Angst oder der Stuhlproblematik als eine Möglichkeit, den Betroffenen einen unbeschwerteren Umgang mit dem Essen zu ermöglichen.

Eine Fachperson sieht in der Externalisierung eine Möglichkeit, Kreativität in die Beratungen zu bringen, so ermuntert sie zum Einsatz von Bildern, Plastikfiguren, Fingerpuppen oder Handpuppen und das Zeichnen des Problems durch Klientinnen und Klienten (vgl. Exp. 5).

Die Fokussierung auf den Menschen anstatt auf die Ernährung beurteilt eine Expertin als wichtigen Aspekt der Externalisierung in der Ernährungsberatung.

Die Ernährungsberatung hat allgemein den Bedarf, mehr menschenzentriert zu arbeiten, statt ernährungszentriert. (...) Diese Externalisierungsmethode, das ist eine Methode, wo ein Mensch im Zentrum steht und etwas von diesem Menschsein externalisiert wird (...) Es hilft, am Mensch dran zubleiben. (Exp. 6 #00:51:32-1#)

Da zur Frage dieser Thesis - der Einsatz der Externalisierung in der systemisch-lösungsorientierten Ernährungsberatung - keine Literatur existiert, wurde ein qualitativer Untersuchungszugang zur Beantwortung der Fragestellung gewählt. Expertinneninterviews eignen sich zur Erforschung von unbekanntem Sachverhalten und zur Implementationsforschung von Methoden. Dementsprechend wurde ein Leitfaden für die Befragung erstellt, dessen Fragen sich an den Fragen dieser Thesis orientieren. Als Expertinnen wurden Ernährungsberaterinnen mit einer systemischen Weiterbildung bestimmt, welche die Externalisierung in ihren ambulanten Beratungen einsetzen. Die digital aufgenommenen Gespräche wurden transkribiert und paraphrasiert, um die Aussagen zur Kodierung dann definierten Themenkomplexen zuordnen zu können. Die Auswertung mit dem thematischen Vergleich ergibt, dass das externalisierende Verfahren in der Ernährungsberatung erfolgreich eingesetzt werden kann. Das Problem bedrückt die Betroffenen weniger, diese entdecken Ausnahmen des Problems, und es werden ihnen neue Denk- und Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit der Schwierigkeit bewusst.

5. Schlussbetrachtungen

Im folgenden Kapitel werden die Fragen dieser MAS Thesis wieder aufgegriffen und beantwortet. Anschliessend folgt ein Blick in die Zukunft mit Gedanken dazu, in welchen Settings und bei welchen weiteren – ausser den von den Expertinnen genannten Problemen - die Arbeitsmethode in der Ernährungsberatung angewendet werden könnte. Weiter wird aufgezeigt, wie die Externalisierung in die Ernährungsberatung integriert werden kann und was dabei zu beachten ist. Eine kritische Würdigung der Resultate und die Reflexion des persönlichen Erkenntnisprozesses runden dieses letzte Kapitel der Thesis ab.

5.1. Zusammenfassung der Ergebnisse

Zunächst werden die zugeordneten Fragen, dann die Hauptfrage dieser Arbeit beantwortet, dies auf Basis der Interviewergebnisse und verknüpft mit der entsprechenden Fachliteratur.

5.1.1 Probleme, die externalisiert werden können

Wie die Interviews zeigen, können Symptome und Diagnosen externalisiert werden, wenn diese die Betroffenen belasten. Bei Menschen mit Übergewicht und Adipositas können das als nicht kontrollierbar erlebte Essverhalten, der Zwang zum Essen, das Überessen, aber auch die Trägheit für körperliche Betätigung externalisiert werden. Ebenso können bei Betroffenen mit Essstörungen das restriktive Essen oder die Essattacken, das schlechte Gewissen beim Essen und die damit verbundene Angst vor einer Gewichtszunahme oder der Zwang zum exzessiven Sporttreiben zur Gewichtsregulierung externalisiert werden. Bei Menschen mit Status nach Pankreasoperation können die Ängste vor den Beschwerden, die mit der Nahrungsaufnahme verbunden sind, externalisiert werden. Diagnosen wie Adipositas oder Diabetes können desgleichen externalisiert werden, wenn diese für die Betroffenen ein belastendes Problem darstellen.

Nebst dem Problem können zusätzlich die Stärken, die hilfreich sind, um gegen das Problem vorzugehen, oder der Zustand der Zielreichung externalisiert werden. Dies zeigen Beispiele in Abb. 1 (vgl. Retzer / Simon 1999: 218-228, Vogt 2010: 167-177).

5.1.2 Geeignete Externalisierungsarten für verschiedene Altersgruppen

Die rein sprachliche Externalisierung eignet sich insbesondere für Erwachsene und Jugendliche. Dabei kann die beratende Person dem Problem einen bezeichnenden Namen, wie

„Monster“, „Teufelchen“ oder die „hinterhältige Schlange“ geben. Ebenso können die Betroffenen selbst einen passenden Namen bestimmen. Kleine Tiere oder Monsterfiguren aus Kunststoff, Fingerpuppen, Playmobilfiguren, Legosteine, Bälle oder ein beliebiger Gegenstand können die Externalisierung unterstützen; dabei wählen die Betroffenen den zu ihrem Problem passenden Gegenstand. Ebenso können sie ihre externalisierte Schwierigkeit zeichnerisch und mit Ton oder Knetmasse (vgl. Gross 2007: 179-184) darstellen. Diese graphische oder figürliche Darstellung des Problems eignet sich für Erwachsene, Jugendliche und Kinder. Der Einsatz von Handpuppen in der Beratung wird kontrovers diskutiert, Steiner setzt diese vor allem in der Beratung von Kindern und Erwachsenen ein, nicht aber bei Jugendlichen (vgl. 2011: 85). Vogt hingegen berichtet vom erfolgreichen Einsatz der Handpuppen in der Arbeit mit Jugendlichen (vgl. 2010: 167-177).

Wie das Problem können auch die Stärken und Ressourcen, mit denen das Problem angegangen werden kann, dargestellt werden; dies entspricht der doppelten Externalisierung (vgl. White 2010: 44-45). In der Beratung mit Kindern kann nach der Externalisierung des Problems ebenso die Lösung externalisiert werden, dies insbesondere, wenn die Ziele durch Eltern oder andere Personen vorgegeben werden. So kann ein erwünschtes Verhalten, zum Beispiel die Kontrolle und die Fähigkeiten, die das Kind dazu benötigt, in Form eines Tieres dargestellt werden. Erst dadurch bekommen die Ziele für Kinder eine Bedeutung (vgl. Steiner 2011: 84).

Eine weitere Möglichkeit zur Darstellung des externalisierten Problems ist das Aufstellen der Familie oder der Bezugspersonen der betroffenen Person mit kleinen Figuren (vgl. Schmitt 2004: 22-53). Das Problem - dies kann eine Diagnose oder ein Verhalten sein - wird als zusätzliche Figur dazugestellt. So kann nach der Position des Problems innerhalb des Systems und seinem Einfluss auf dieses gefragt werden. Daran anschliessend kann nach Lösungsmöglichkeiten im Umgang mit der Schwierigkeit geforscht werden.

Durch die grafische oder gegenständliche Darstellung des Problems können die Betroffenen visuelle und je nachdem auch kinästhetische Erfahrungen damit machen. Diese Erfahrung über mehrere Sinne kann die Nachhaltigkeit der Lösungsfindung erhöhen, da die Erinnerungsfähigkeit für olfaktorische, kinästhetische oder visuelle Eindrücke besser ist als für Worte (vgl. Steiner 2011: 83-85).

5.1.3 Externalisierung bei verschiedenen Kategorien von Klientinnen und Klienten und Situationen, in denen die Methode nicht angewendet werden soll

In der Ernährungsberatung wird die Arbeitsmethode bevorzugt bei Kundinnen und Kunden gebraucht, teilweise zeigen diese einen klagenden Anteil, weil sie sich ihrem Problem gegenüber ohnmächtig fühlen. Die Fallbeispiele aus der Fachliteratur ergeben ein ähnliches Bild, auch hier wird die Methode mehrheitlich bei Kundinnen und Kunden und gelegentlich auch bei Besucherinnen und Besuchern oder Klagenden angewendet (vgl. Kapitel 3.2.6). De Shazer empfiehlt, bei Besucherinnen und Besuchern keine Interventionen einzusetzen, denn diese werden von den Betroffenen meist zurückgewiesen und es entsteht eine „widerständige Beziehung“ (vgl. de Shazer 2008: 104-105).

Kontraindikationen können sprachliche Schwierigkeiten sein, sei es, dass die Ernährungsberaterin die Beratung in einer für sie fremden Sprache durchführt, oder aber, dass die Beratenen über geringe Deutschkenntnisse verfügen. Die Anwesenheit einer Dolmetscherin, eines Dolmetschers als Drittperson in der Beratung kann ebenso ein Grund sein, keine Externalisierung zu verwenden. Die Externalisierung bedingt eine sprachliche Differenziertheit, dies ist in den oben genannten Situationen nicht gewährleistet. Ein weiterer Grund, die Methode nur mit Vorbehalt einzusetzen, ist, wenn die Klientin, der Klient ein sehr rational denkender Mensch ist und dadurch wenig Zugang hat zu fantasievollen Gedankenspielen und Konstruktionen.

5.1.4 Anwendungsmöglichkeiten der Externalisierung in der systemisch-lösungsorientierten Ernährungsberatung und was damit erreicht werden kann

Die in der Auswertung der Expertinneninterviews skizzierten Ergebnisse zeigen auf, dass die Externalisierung in der systemisch-lösungsorientierten Ernährungsberatung eingesetzt werden kann. Das externalisierende Verfahren kann sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen in der Einzel- und Familienberatung eingesetzt werden.

Die Externalisierung kann den Betroffenen eine neue Sichtweise auf ihr Problem ermöglichen, jene können es distanzierter und genauer beobachten und beschreiben. Sie können Ausnahmen des Problems erkennen, und teilweise kann ihnen bewusst werden, dass ihr Problem auch positive Aspekte aufweist. Die doppelte Externalisierung mit der Darstellung des Problems und der Stärken oder der Engels- und der Teufelsstimme kann bewirken, dass Klientinnen und Klienten besser formulieren können, welche gedanklichen Prozesse in ihnen ablaufen.

Durch die neue Sichtweise, dass sie als Betroffene nicht selbst das Problem sind, sondern, dass dieses ausserhalb ihrer Person steht, können sie Erleichterung erleben, sie müssen sich nicht mehr weiter selbst beschuldigen. Insbesondere können den Beratenen Ressourcen und neue Handlungsmöglichkeiten bewusst werden, wie sie in Zukunft gegen das Problem angehen und so mehr Kontrolle über ihr Ernährungsverhalten gewinnen können. Die Ressourcenaktivierung zählt zu den relevanten allgemeinen Wirkfaktoren in der Psychotherapie und diese Wirkfaktoren können auch in die Ernährungsberatung übertragen werden (vgl. Kapitel 2.1.1). Grawe und Grawe-Gerber definieren Ressourcen wie folgt: (1999: 65-66)

Als Ressource können jeder Aspekt des seelischen Geschehens und darüber hinaus der gesamten Lebenssituation eines Patienten aufgefasst werden, also z.B. motivationale Bereitschaften, Ziele, Wünsche, Interessen, Überzeugungen, Werthaltungen, Geschmack, Einstellungen, Wissen, Bildung, Fähigkeiten, Gewohnheiten, Interaktionsstile, physische Merkmale, Kraft, Ausdauer, finanzielle Möglichkeiten sowie seine zwischenmenschlichen Beziehungen. Die Gesamtheit all dessen stellt, aus der Ressourcenperspektive betrachtet, den Möglichkeitsraum des Patienten dar, in dem er sich gegenwärtig bewegen kann oder, anders ausgedrückt, sein positives Potential, das ihm zur Befriedigung seiner Grundbedürfnisse zur Verfügung steht.

Alles, was Klientinnen und Klienten die Perspektive gibt, die Kontrolle über ihr Verhalten wieder zu erlangen, ist geeignet, ihr Wohlbefinden zu steigern. Die Aktivierung von Ressourcen kann zu Kontrollerfahrungen führen; dies ist für Menschen mit Kontrollverlust sehr bedeutend (vgl. ebd.: 67). Die vermehrte Kontrolle über das Ernährungsverhalten zur Erreichung der individuellen Ziele kann bei Klientinnen und Klienten der Ernährungsberatung mit erwünschten physiologischen Veränderungen im präventiven oder therapeutischen Sinne einhergehen. Aus Sicht des Salutogenesemodells (vgl. Kapitel 2.1.2) können sich die Betroffenen durch die positivere Sichtweise der eigenen Person und den Gewinn der vermehrten Kontrolle über ihr Ernährungsverhalten im Kontinuum Gesundheit – Krankheit in Richtung des Pols der Gesundheit bewegen.

5.2 Ausblick

Aufgrund der in Kapitel 3.2 vorgestellten Fallvignetten und weiteren Quellen aus der Fachliteratur und der Aussagen der Expertinnen (vgl. Kapitel 4.4.8) wird erkennbar, dass die Externalisierung neben den in Kapitel 5.1 vorgestellten Situationen möglicherweise bei weiteren Problemen und in anderen Settings eingesetzt werden kann.

Die mehr oder weniger strikte Kontrolle über das Ernährungsverhalten ist bei verschiedensten Krankheiten notwendig. Dies gelingt aus unterschiedlichsten Gründen nicht allen Betroffenen in jeder Lebensphase (vgl. Kapitel 2.3). Neben den in Kapitel 5.1.1 dargestellten Problemen, die in der Ernährungsberatung externalisiert werden können, ist es denkbar, dass die Externalisierung bei Menschen mit Diabetes mellitus, Zöliakie³ und bei vielen anderen Krankheitsbildern eingesetzt werden kann. Dies, wenn die Betroffenen Mühe mit dem Einhalten der Ernährungstherapie bekunden und dies für sie ein Problem darstellt.

Bei Menschen mit Nahrungsmittelintoleranzen und gastrointestinalen Beschwerden nach dem Essen könnte die mit dem Essen einhergehende Angst externalisiert werden. Diese könnte die „Tyrannei der Angst“ genannt werden (vgl. Häuser 2008: 231-237).

Die doppelte Externalisierung, bei der neben dem Problem das erwünschte Verhalten oder die Stärken und Fähigkeiten, die zum Erreichen des Ziels hilfreich sind, externalisiert werden (vgl. Steiner 2011:84), könnte bei Kindern mit sehr eingeschränkter Nahrungsmittelauswahl eine mögliche Interventionsform sein.

In Gruppenberatungen stellt die Externalisierung ebenfalls eine mögliche Arbeitsmethode dar. So könnten alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Reihe nach ihr Problem, zum Beispiel die fehlende oder die übermässige Kontrolle über ihr Ernährungsverhalten auf einen Stuhl in der Mitte der Gruppe setzen und durch externalisierende Fragen der Gruppenleiterin, des Gruppenleiters in Dialog mit dem Problem treten (vgl. Herrero deVega / Beyebach 2004: 239-246).

In all den oben genannten Situationen sollte in Zukunft erprobt und evaluiert werden, ob die Externalisierung eine passende und zielführende Methode darstellt, welche die Betroffenen darin unterstützt, dass ihr Problem sie weniger belastet und ihnen neue Denk- und Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit der Schwierigkeit bewusst werden.

5.3 Kritische Würdigung

Von den total 583 angeschriebenen Ernährungsberaterinnen antworteten nur sechs auf die Anfrage zur Suche von Fachpersonen für die Expertinneninterviews, dies ist ein sehr geringer Rücklauf. Die Zahl der Ernährungsberaterinnen, die eine systemische Weiterbildung

³ Zöliakie ist eine autoimmunologisch bedingte chronische Erkrankung der Dünndarmschleimhaut, deren Auslöser eine Überempfindlichkeit gegenüber Gluten darstellt. Dies ist das Kleberprotein diverser Getreidesorten. Eine konsequente Eliminationsdiät ist die einzige bekannte Behandlungsmöglichkeit.

absolvierten, ist nicht sehr hoch, und es gibt kaum Literatur zum systemisch-lösungsorientierten Beratungsansatz in diesem Feld der Beratung. Folglich betritt diese Arbeit Neuland und es gibt noch viele offene Fragen bezüglich des systemisch-lösungsorientierten Beratungsansatzes in der Ernährungsberatung.

Die Resultate der Expertinneninterviews ergeben, dass die Externalisierung in der systemisch-lösungsorientierten Ernährungsberatung eingesetzt werden kann und dadurch Ressourcen der Klientinnen und Klienten aktiviert werden können. Die geringe Anzahl der durchgeführten Interviews erlaubt aber keine vollständige und abschliessende Aussage darüber, welche Probleme externalisiert werden können und bei welchen Altersgruppen welche Methoden angewendet werden können. Dazu hätten zusätzlich Ernährungsberaterinnen befragt werden müssen, insbesondere solche, die Kinder und Jugendliche beraten und dabei das externalisierende Verfahren einsetzen. Weiter wäre es aufschlussreich gewesen, Expertinnen zu interviewen, welche die Methode nicht nur in der Beratung von Menschen mit Adipositas, Essstörungen und Pankreasoperationen, sondern ebenso bei Klientinnen und Klienten mit anderen Diagnosen einsetzen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Adipositas die häufigste Indikation zur Ernährungsberatung darstellt (vgl. Soguel 2010: 18). Ein weiterer Aspekt ist die fehlende Sicht der Klientinnen und Klienten. In dieser Arbeit berichten die Expertinnen über die von ihnen beobachteten Effekte der Externalisierung. Wie Direktbetroffene die Methode beurteilen und was diese dabei als hilfreich erachten, wurde nicht untersucht.

Trotz den oben genannten Einschränkungen erlauben die Ergebnisse der Expertinneninterviews die Beantwortung der Fragestellungen dieser Thesis. Die Erläuterungen der befragten Fachpersonen sind in den meisten Themenkomplexen kongruent und zeugen von deren reflektiertem Einsatz der Externalisierung in der Ernährungsberatung. Sie bestätigen die Angaben der Literatur zur besprochenen Arbeitsmethode. Die Expertinneninterviews mit dem Leitfaden und den entsprechenden Fragen waren eine geeignete Methode, um die Thesisfragen zu beantworten.

Die Präsentation der Fallbeispiele zur besprochenen Arbeitsweise aus der Fachliteratur (vgl. Kapitel 3.2) erlaubt eine erweiterte Sicht darauf, in welchen Settings und auf welche Art und Weise die Externalisierung angewendet werden kann. Dadurch zeigen sich neben den von den Expertinnen genannten Möglichkeiten weitere Varianten, wie die Methode in der Ernährungsberatung möglicherweise eingesetzt werden könnte.

Die Ernährungsberatung ist in zwei Feldern verortet, nämlich in dem der Ernährungsmedizin und in dem der Beratung (vgl. Kapitel 2.1.1). Sie hat Bedarf an Methoden, welche die Klientinnen und Klienten darin unterstützen, ihr Ernährungsverhalten mit ihren Wissen in Übereinstimmung zu bringen, damit sie ihre Ziele im therapeutischen oder präventiven Sinne erreichen können. Die Externalisierung ist eine geeignete Arbeitsweise, wenn die Betroffenen Mühe bekunden, ihr Ernährungsverhalten entsprechend ihren Zielen zu gestalten und dies für sie ein Problem darstellt, denn mit dieser Arbeitsweise werden sie im Prozess einer individuellen Lösungsfindung unterstützt. Somit leistet die Beantwortung der Fragen dieser MAS Thesis einen Beitrag zur Erweiterung des Methodendiskurses innerhalb der Ernährungsberatung.

5.4 Schlussfolgerungen für die Berufspraxis

Das externalisierende Verfahren kann in der Ernährungsberatung bei Kindern ab Kindergartenalter, Jugendlichen und Erwachsenen eingesetzt werden. Dabei können verschiedenste Probleme, dies können Diagnosen oder Symptome sein, externalisiert werden. Vom Setting her sind Einzel- oder Familienberatungen möglich, die Betroffenen sollten sich als Kundinnen und Kunden erkennbar zeigen.

Beim Einsatz der Externalisierung kann es sinnvoll sein, vorgängig die Erlaubnis der Klientin, des Klienten einzuholen. Die Methode kann als Experiment oder als etwas für die Ernährungsberatung Ungewohntes angekündigt werden, das gelingen könne oder auch nicht. Dadurch haben die Betroffenen die Wahlfreiheit. Die externalisierenden Fragen sind für die meisten Klientinnen und Klienten der Ernährungsberatung unerwartet und ungewohnt. Deshalb ist darauf zu achten, dass sie genügend Zeit haben, diese Fragen zu beantworten.

Zu Beginn muss genau definiert werden, was das Problem ist. Die Betroffenen sollen dies aus ihrer Sicht und in ihrer Sprache formulieren. Zur Personifizierung des Problems kann diesem durch die Ernährungsberaterin oder die Beratenen ein bezeichnender Namen gegeben werden. Die Betroffenen können eine passende Tier- oder Monsterfigur auswählen oder ihr Problem zeichnerisch oder figürlich mit Knetmasse darstellen. Je nach Altersgruppe können auch Fingerpuppen, Handpuppen oder Plüschtiere verwendet werden.

In der folgenden Phase wird nach dem Einfluss des Problems auf das Leben der Betroffenen und deren Bezugspersonen gefragt. Die Klientinnen und Klienten sollen beschreiben, was das Problem auf welche Art und Weise tut, und wie dies ihr Leben, ihr Denken, Fühlen und

Handeln beeinflusst. Ebenso kann danach geforscht werden, ob das Auftreten des Problems positive Aspekte beinhaltet. Durch die lösungsorientierten Fragen nach Ausnahmen des Problems soll ausgiebig ausgeleuchtet werden, wann das Problem gar nicht kommt oder weniger heftig auftritt und was dazu dienlich ist. Bei all diesen Fragestellungen ist es hilfreich, wenn die Ernährungsberaterin die Rolle der investigativen Journalistin einnimmt. Die Klientinnen und Klienten können diese Sichtweise übernehmen und so eine gewisse Distanz zu ihrem Problem gewinnen (vgl. White 2010: 35-37).

Daran anschliessend folgt der Blick in die Zukunft. Die Betroffenen suchen nach konkreten Handlungsmöglichkeiten, wie sie den Einfluss des Problems schmälern können. In dieser Phase sind die Klientinnen und Klienten nicht mehr die neutral Beobachtenden gegenüber ihrem Problem, sondern suchen aus der Perspektive der Direktbetroffenen nach neuen Lösungsmöglichkeiten. Bei der doppelten Externalisierung können zusätzlich die Kräfte, mit denen gegen das Problem angegangen werden kann (vgl. ebd.: 45), oder das Verhalten, das als Ziel erreicht werden soll (vgl. Steiner 2011: 84), externalisiert werden.

Beim externalisierenden Verfahren muss präzise formuliert werden, damit die Klientinnen und Klienten genau verstehen, was die Beraterin erreichen möchte. Dies in einer Supervision oder Intervention zu üben, kann der Fachperson zu mehr Sicherheit im Umgang mit der Methode verhelfen. Kenntnisse über verschiedene Arten der Externalisierung ermöglichen eine dem Setting angepasste Wahl.

5.5 Reflexion des persönlichen Erkenntnisprozesses

Bereits beim Verfassen der Kapitel zur Darstellung des aktuellen Wissensstandes war für mich aufschlussreich, wie gross mein persönlicher Lerneffekt war. Die zusammenfassende Schreibweise erfordert die Durchsicht der Fachliteratur und ein genaues und mehrfaches Lesen der entsprechenden Artikel. Das Formulieren eines Sachverhaltes mit eigenen Worten kann nur gelingen, wenn dieser verstanden wurde.

Soziologische Forschungsmethoden mit verschiedenen Interviewtechniken stellten für mich als Ernährungsberaterin ein noch nicht sehr vertrautes Fachgebiet dar. Die Begründung der Methodenwahl, die Erstellung des Leitfadens, die Durchführung der Interviews, sowie das methodische Vorgehen bei der Auswertung der Interviews erweiterten und vertieften meine Kenntnisse zu qualitativen Forschungsmethoden. Bei der Darstellung der Resultate der Befragungen war es aufschlussreich, wie viel Wissen und Erfahrung aus der Praxis mit

Expertinneninterviews gesammelt werden kann. Dazu ist ein strukturierter Leitfaden, dessen Fragen sich an den Fragen der Thesis orientieren, unerlässlich, um die Antworten untereinander zu vergleichen und die Fragen der Thesis beantworten zu können.

Die Ausführungen der Expertinnen erweiterten meine Sichtweise bezüglich des Einsatzes des externalisierenden Verfahrens. Ich sah dessen Einsatz insbesondere bei fehlender oder übermässiger Kontrolle über das Ernährungsverhalten. Durch die Ergebnisse wurde aber erkennbar, dass desgleichen mit der Ernährung einhergehende Ängste und belastende Diagnosen externalisiert werden können. Die Aufarbeitung und Darstellung der Fallbeispiele zur Externalisierung aus der Fachliteratur ergänzen die Angaben der Expertinnen. Diese Fallvignetten zeigen neben den von den Ernährungsberaterinnen genannten Möglichkeiten, weitere Varianten auf, wann und wie die besprochene Methode möglicherweise in der systemisch-lösungsorientierten Ernährungsberatung eingesetzt werden könnte.

Insgesamt konnte ich mit dem Verfassen dieser Arbeit sowohl mein inhaltliches Wissen zu verschiedenen, in der Arbeit beschriebenen Sachbereichen als auch meine Kenntnisse zu qualitativen Forschungsmethoden erweitern und vertiefen.

Die Externalisierung ist eine ressourcenaktivierende Methode, die in der systemisch-lösungsorientierten Ernährungsberatung angewendet werden kann. Ressourcenaktivierung ist einer der bedeutenden Wirkfaktoren der Psychotherapie und kann als solcher auch in die Ernährungsberatung übertragen werden. Es können Symptome oder Diagnosen externalisiert werden, wenn diese für die Betroffenen ein belastendes Problem darstellen. Zusätzlich können neben dem Problem die Stärken, mit denen gegen die Schwierigkeit angegangen werden kann, oder der Zustand des Ziels externalisiert werden. Das externalisierte Problem kann sowohl sprachlich als auch visuell dargestellt werden. Neben den von den Expertinnen genannten Problemen des Kontrollverlustes oder der übermässigen Kontrolle bei Adipositas und Essstörungen und der Angst nach Pankreasoperationen ist es denkbar, dass die Methode in der Beratung von Menschen mit vielen anderen Diagnosen ebenso eingesetzt werden kann. Gruppenberatungen könnten neben den Einzel- und Familienberatungen ein weiteres geeignetes Setting für Externalisierung darstellen.

6. Literatur- und Quellenverzeichnis

- Antonovsky, Aaron (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgtv-Verlag.
- Asay, Ted P. / Lambert, Michael J. (2001). Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In: Hubble, Mark A./Duncan, Barry L./Miller Scott D. (Hg). So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Dortmund: verlag modernes lernen, Borgmann. S. 41-81.
- Bamberger, Günter G. (2010). Lösungsorientierte Beratung. Praxishandbuch. 4. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Bareis, Nicola (2005). „Bevor es kracht...“ – Lösungsorientierte Kindertherapie. In: Systema, 19. Jg., S. 184-190.
- Berthoud, Hans-Rudolf (2010). Psyche versus Metabolismus. Die Kontrolle von Appetit und Körpergewicht. In: Schweizer Zeitschrift für Ernährungsmedizin, Heft 4, S. 15-21.
- Beyebach, Mark (2008). Lösungsorientiertes Externalisieren in der Psychotherapie für essgestörte Menschen. In: Vogt, Manfred/Dreesen, Heinrich (Hg). Rituale, Externalisieren und Lösungen. Interventionen in der Kurzzeittherapie. Dortmund: Borgmann S. 77-90.
- Bischoff, Stefan C. / Betz, Caroline. Übergewicht im Erwachsenenalter (2010). In: Biesalski, Hans Konrad / Bischof, Stephan C. / Puchstein, Christoph (Hg). Ernährungsmedizin. Nach dem neuen Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag S. 405-430.
- Brombach Christine (2011). Soziale Dimension des Ernährungsverhaltens. Ernährungssoziologische Forschung. In: Zeitschrift Ernährungsumschau. Forschung und Praxis, 58. Jg., S. 318 – 324.
- Contento, Isobel R. (2011). Nutrition Education. Linking Research, Theory and Practice. 2. Aufl. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- de Shazer, Steve (2008). Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. 10. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- de Shazer, Steve / Dolan, Yvonne (2008) Mehr als ein Wunder. Lösungsfokussierte Kurzzeittherapie heute. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

- Dolder, Andrea / Honigmann, Silvia / Jacobs, Peter et al. (2013). Beratungsverständnis Studiengang Ernährung und Diätetik. Berner Fachhochschule. Unveröffentlichtes Papier.
- Ebel, Peter (2012). Externalisation. In: Wirth, Jan V./ Kleve, Heiko (Hg). Lexikon des systemischen Arbeitens. Grundbegriffe der systemischen Praxis, Methodik und Theorie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag S. 102-104.
- Ellrott Thomas (2007). Aspekte der Ernährungspsychologie. Wie Kinder essen lernen. In: Zeitschrift Ernährung, 04/2007, S. 167 – 173.
- Engel, Frank / Nestmann, Frank / Sickendiek, Ursel (2007). „Beratung“ – Ein Selbstverständnis in Bewegung. In: Nestmann, Frank / Engel, Frank / Sickendiek, Ursel (Hg). Das Handbuch der Beratung. Band 1. Disziplinen und Zugänge. 2. Aufl. Tübingen: dgvt-Verlag S. 33-43.
- Faltermaier, Toni (2007). Gesundheitsberatung. In: Nestmann, Frank / Engel, Frank / Sickendiek, Ursel (Hg). Das Handbuch der Beratung. Band 2. Ansätze, Methoden und Felder. 2. Aufl. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 1063-1081.
- Friebertshäuser, Barbara (1997). Interviewtechniken – ein Überblick. In: Friebertshäuser Barbara / Prengel Annedore (1997) (Hg). Handbuch Qualitative Forschung in der Erziehungswissenschaft. Weinheim; München: Juventa Verlag S. 371-395.
- Geiken, Günther (2006). Von der kognitiven Einfalt zur kognitiv-emotionalen Vielfalt. Stationäre systemisch lösungs- und ressourcenorientierte Behandlung der Magersucht. In: Kontext, 37. Jg. S. 247-260.
- Grawe, Klaus (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. In: Psychotherapeut, 40. Jg., S. 130-145.
- Grawe, Klaus / Grawe-Gerber, Mariann (1999). Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. In: Psychotherapeut, 44. Jg., S. 63-73.
- Gross, Michael (2010). Wenn Symptome auf den Tisch kommen – Portraits von Externalisierungen bei Time-Out-Interventionen. In: Vogt, Manfred (Hg). Wenn Lösungen Gestalt annehmen. Externalisieren in der kreativen Kindertherapie. 2. Aufl. Dortmund: Borgmann S. 179-184.
- Häuser, Winfried (1994). Wer hat Angst vor ... Panikattacken? – Reflexion über Therapeutische Grundhaltungen und Techniken im medizinisch-psychotherapeutischen Kontext. In: Zeitschrift für systemische Therapie, 12. Jg., S. 33-43.

- Häuser, Winfried (2008). Systemische Familienmedizin. Kooperation mit Patienten, Angehörigen und medizinischen Behandlern bei somatischer Fixierung. In: Psychotherapie im Dialog, 9. Jg., 231-237.
- Herrero de Vega, Margarita / Beyebach, Mark (2004). Lösungsorientierte Selbstwertgefühl-Gruppen. In: Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung, 22. Jg., S. 239-246
- Honigmann, Silvia (2011). Anwendung des sozialkognitiven Prozessmodells gesundheitlichen Handelns (Health Action Process Approach, HAPPA) in der Ernährungsberatung. Unveröffentlichte MAS Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, Institut für Soziale Arbeit und Gesundheit. MAS Gesundheitsförderung und Prävention.
- Koch, Robert (1999). Lösungsorientierte systemische Kurztherapie bei Bettnässen oder wie vertreibe ich ein Monster. In: Systeme, 13. Jg., S. 38-42.
- Langhans, Wolfgang (2010). Hunger und Sättigung. In Ernährungsumschau. Forschung und Praxis, 57. Jg. S. 550 – 557.
- Leonhäuser, Ingrid-Ute / Meier-Gräwe, Uta / Möser, Anke et al. (2009). Essalltag in Familien. Ernährungsversorgung zwischen privatem und öffentlichem Raum. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Macht, Michael (2005). Essen und Emotionen. In Ernährungsumschau. Forschung und Praxis, 52. Jg., S. 304 – 308.
- Malinen, Tapio (2010). Blackhat und Twinkle – Narrative Therapie mit Kindern und Jugendlichen. In: Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung, 28. Jg., S. 140-151.
- Meuser, Michael / Nagel Ulrike. Das ExperInneninterview – Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung (1997). In: Friebertshäuser Barbara / Prengel Annedore (Hg). Handbuch Qualitative Forschung in der Erziehungswissenschaft. Weinheim; München: Juventa Verlag S. 481-491.
- Natho, Frank (2012). Konflikte mit Tierfiguren explorieren, dynamisieren und lösen. Teilarbeit mit Tierfiguren in der systemischen Beratung und Familientherapie. In: Kontext, 43. Jg., S. 142-153.
- Prochaska, James O. (2001). Wie Menschen es schaffen, sich zu ändern, und wir noch mehr Menschen dabei unterstützen können. In Hubble, Mark A. / Duncan, Barry L. / Miller Scott D. (Hg). So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Dortmund: verlag modernes lernen, Borgmann. S. 253-286.

- Pudel, Volker / Westenhöfer, Joachim (2003). Ernährungspsychologie. Eine Einführung. 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Retzer, Arnold / Simon Fritz B. (1999). „Therapeutische Schnittmuster“ – Ein Projekt. Schizophrenie-Therapie. Teil III In: Familiendynamik 24. Jg., S. 218-228
- Schmitt, Alain (2004). Magische Gestalten auf dem Familienbrett. In: Familiendynamik, 29. Jg., S. 22-53.
- Schumacher, Bernd (2008). Systemische Angsttherapie – in einer Sitzung. Teil II. In: Familiendynamik, 33. Jg. S. 177-193.
- Schusdziarra, Volker / Erdmann, Johannes (2010). Regulation der Nahrungsaufnahme. In: Biesalski, Hans Konrad / Bischof, Stephan C. / Puchstein, Christoph (Hg). Ernährungsmedizin. Nach dem neuen Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag S. 47-60.
- Sickinger, Gudrun (2010). „Kan-No-Mushi“ – Eine innere Externalisierung oder wie ein „ärgerlicher Wurm“ beruhigt werden kann. In: Vogt, Manfred (Hg). Wenn Lösungen Gestalt annehmen. Externalisieren in der kreativen Kindertherapie. 2. Aufl. Dortmund: Borgmann S. 67-72.
- Soguel Alexander, Ludovine (2010). Berufsstatistik über die Mitglieder des Schweizerischen Verbands diplomierter Ernährungsberater/innen HF/FH. Genève: Haute école de santé. URL : <http://www.svde-asdd.ch/file.cfm?fileID=2285&treeID=605> [Zugriffsdatum: 12. September 2012].
- Steiner, Therese (2011). Jetzt mal angenommen... Anregungen für die lösungsfokussierte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Tomm, Karl (2009). Die Fragen des Beobachters. Schritte zu einer Kybernetik zweiter Ordnung in der systemischen Therapie. 5. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Vogt, Manfred (2010). Grosse Jungen spielen mit Puppen – Identitätsbildung mit Jugendlichen. In: Vogt, Manfred (Hg). Wenn Lösungen Gestalt annehmen. Externalisieren in der kreativen Kindertherapie. 2. Aufl. Dortmund: Borgmann. S. 167-177.
- von Schlippe, Aristid / Schweitzer, Jochen (2007). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. 10. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck u. Ruprecht.
- White, Michel / Epston, David, (2009). Die Zähmung der Monster. Der narrative Ansatz in der Familientherapie. 6. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

White, Michel (2010). Landkarten der narrativen Therapie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

Winslade, John/Monk Gerald (2004). Narrative Mediation: Ein besonderer Konfliktlösungsansatz. In: Familiendynamik, 36. Jg., S. 206-213.

Wunch, Dhana / Vandebussche Katherine (2006). Solution-Focused Counselling In Canadian Outpatient Dietetic Practice. In: Revue canadienne de la pratique et de la recherche en diététique, Jg. 67/ Nr. 2, S. 100-102.

7. Anhang

- Brief für die Suche der Fachpersonen für die Expertinneninterviews
- Leitfaden für die Expertinneninterviews
- Übersicht der Expertinneninterviews

Annemarie Anderes-Fleischli
dipl Ernährungsberaterin FH

Im November 2012

Gesucht: ErnährungsberaterInnen, die die Externalisierung als Methode in der Ernährungsberatung eingesetzt haben

Liebe Berufskolleginnen und Berufskollegen

Ich schreibe an der Fachhochschule Olten eine MAS Thesis. Dabei möchte ich die Frage beantworten, ob und wenn ja wie die Externalisierung als Methode in die Ernährungsberatung implementiert werden kann. Externalisierung ist eine Arbeitsmethode, bei der mit sprachlichen Mitteln zwischen der Identität der Klientin oder des Klienten und ihrem oder seinem Problem unterschieden wird. Diese Intervention eröffnet den Betroffenen andere Denk- und Handlungsweisen, um so den Einfluss des Problems auf ihr Leben zu reduzieren oder gänzlich zu verhindern. Dabei können zusätzlich Handpuppen, Zeichnungen oder das Familienbrett und viele andere Hilfsmittel eingesetzt werden. Da zur Fragestellung keine Literatur existiert, möchte ich mit sogenannten ExpertInnen-Interviews untersuchen, in welchen Beratungssettings welche Arten der Externalisierung eingesetzt werden und wie die Erfahrungen der ErnährungsberaterInnen sind.

Als Expertinnen und Experten suche ich dipl. Ernährungsberaterinnen und Ernährungberater FH/HF mit einer Weiterbildung in systemisch orientierter Beratung, die Beratungen im ambulanten Setting durchführen und dabei die Externalisierung als Methode bereits angewendet haben.

Falls dies auf Sie zutrifft, freue ich mich sehr, Sie kennenzulernen. Sie können mir per Mail ernaehrung-anderes@hin.ch Angaben zu Name, Arbeitsort und Telefonnummer zukommen lassen. Ich werde Sie innert 1 – 2 Wochen kontaktieren und gegebenenfalls einen Termin für das Interview vereinbaren, dieses kann an Ihrem Arbeitsort durchgeführt werden. Für Ihre wertvolle Mitarbeit bedanke ich mich im Voraus.

Freundliche Grüsse

Annemarie Anderes-Fleischli

Externalisierung in der Ernährungsberatung

Leitfaden Interviews mit Schlüsselpersonen

Nr.	Leitfragen	Kategorie
1	Seit wann sind Sie in dieser Institution tätig und in welcher Funktion?	Warming up
2	Was ist das Spektrum Ihrer Klientinnen und Klienten: Alter, Diagnosen? Wer ist der Überweiser/die Überweiserin zur Ernährungsberatung?	Art der Settings
3	Welchen Bezug haben Sie zum systemisch-lösungsorientierten Beratungsansatz? Welche Weiterbildung absolvierten Sie zu diesem Beratungsansatz? Wie stark sind Ihre Ernährungsberatungen vom systemisch-lösungsorientierten Beratungsansatz geleitet? (Skala: 0 = gar nicht; 10 = voll und ganz) Wie oft setzen Sie die Externalisierung ein (selten, oft, sehr häufig)?	Eigener Bezug zu Thema
Externalisierung in der Ernährungsberatung		
4	Was assoziieren Sie mit dem <u>Begriff</u> „Externalisieren in der Ernährungsberatung“, welche Arten des Externalisierens kennen Sie?	Anmoderation zur Fragestellung der Studie
5	Welche <u>Methoden</u> der Externalisierung haben Sie in der Ernährungsberatung bereits eingesetzt?	Arten der Externalisierung in Ernährungsberatung
6	Wie waren die <u>Settings</u> der Beratungen: Altersgruppe (Kinder, Jugendliche oder Erwachsene)? Überweisungsgrund? Waren es Einzelberatungen oder waren Bezugspersonen in der Beratung anwesend?	Setting der Beratungen
7	Was waren die <u>Probleme</u> , die Sie externalisierten? Was war Ihr <u>Ziel</u> , was wollten Sie mit dieser Methode erreichen?	Welche Probleme externalisieren und Ziel
8	Wie war der <u>Effekt</u> der Externalisierung? Was war hilfreich, was ist besser geworden durch die Externalisierung? Was war negativ, unerwünschte Resultate? Aus Sicht der Betroffenen und ihren Bezugspersonen? Was aus Ihrer Sicht als ErnährungsberaterIn?	Effekt der Externalisierung aus Sicht der Klienten und BeraterIn
9	Waren die <u>Klienten</u> Kunden, Besucher oder Klagende? In welcher <u>Phase</u> des Beratungsverlaufs waren die Klienten (kein Problembewusstsein, Nachdenklichkeit, Entscheidung, Handlung oder Aufrechterhalten)?	Art der KlientInnen und Phase des Beratungsverlaufs
10	Was hat sich bezüglich Externalisieren als Methode in Ihrem Berufsalltag bewährt, was nicht?	Alltagserfahrungen

Fortsetzung Leitfaden Interviews mit Schlüsselpersonen

11	Gibt es aus Ihrer Sicht <u>Kontraindikationen</u> , wann keine Externalisierung eingesetzt werden soll und wenn ja, was sind Ihre Beweggründe dazu? Kennen Sie Arten der Externalisierung, die Sie in der Ernährungsberatung nicht einsetzen würden und was sind Ihre Gedanken dazu?	Kontraindikationen
Vertiefungsfragen		
V1	Welche Arten der Externalisierung können Sie sich allgemein in der Ernährungsberatung vorstellen? In welchen Beratungssettings, d. h. Altersgruppe, Art der Klienten (Kunden, Klagende, Besucher), in welchen Beratungsphasen und bei welchen Problemen erachten Sie das Externalisieren als eine sinnvolle Methode? Was ist daran hilfreich und wozu?	Potential der Externalisierung in welchen Settings

Übersicht der Expertinneninterviews

Expertin	Datum des Interviews	Art der Befragung	Dauer
Expertin 1	11. Dezember 2012	Vor Ort	40 Minuten
Expertin 2	12. Dezember 2012	Vor Ort	25 Minuten
Expertin 3	14. Dezember 2012	Vor Ort	40 Minuten
Expertin 4	18. Dezember 2012	Telefonisch	30 Minuten
Expertin 5	19. Dezember 2012	Telefonisch	40 Minuten
Expertin 6	21. Dezember 2012	Telefonisch	50 Minuten

Die Transkriptionen verknüpft mit der Audiodatei all dieser Interviews sind bei der Autorin dieser Arbeit.