

# STANDARDS IN DIAGNOSTIK UND THERAPIE

Fachinformationen der entwicklungsdiagnostischen und –therapeutischen Mini-Ambulatorien

Ausgabe Nr. 13 ■ April 2009 ■ ISSN 1991-9883

Editorial CHRISTINE WERNISCH-POZEWAUNIG



**Liebe LeserInnen!**

Der aktuelle Artikel versteht sich als Fortsetzung unserer vergangenen Ausgabe zum Thema *Therapie von Essstörungen-Teil 1*, welcher über die Auswahl des Behandlungssettings sowie der Interventionsform(en) informierte. Die vorliegende Ausgabe berichtet über die im Mini-Ambulatorium St. Veit an der Glan angebotene ambulante Gruppenbehandlung für Jugendliche mit Essstörungen („trEATit“). Aufgrund der inhaltlichen Nähe haben wir uns entschlossen, in den nächsten beiden Ausgaben über Diagnostik und Therapie von Adipositas zu berichten; anschließend

werden wir uns dem Themengebiet der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (Autismus) widmen.

Christine Wernisch-Pozewaunig

## Vorschau der nächsten drei Ausgaben

**SID&T Nr. 14 Juli/August 2009**

Diagnostik von Adipositas

**SID&T Nr. 15 Oktober/November 2009:**

Therapie von Adipositas

**SID&T Nr. 16 Jänner/Feber 2010**

Diagnostik von Autismus



## Therapie von Essstörungen 2

Petra Michler

### trEATit - Intensive ambulante Gruppentherapie von Jugendlichen mit Essstörungen

#### 1. Einleitung

Seit Oktober 2008 gibt es für Jugendliche mit Essstörungen in Kärnten die Möglichkeit an einer spezialisierten und intensiven ambulanten Therapiegruppe im Miniambulatorium St. Veit teilzunehmen. Die Idee zu dieser Gruppe stammt aus der Kooperation der Autorin mit Dr. M. Gerlinghoff und Dr. H. Backmund (TCE München) und wurde erfolgreich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Regensburg/Deutschland realisiert. Behandelt werden Jugendliche mit den Diagnosen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa im Alter zwischen 13 und 18 Jahren. Nach einer sorgfältigen Diagnostik folgt die Klärung, ob eine ambulante Behandlung möglich oder eine stationäre Aufnahme erforderlich ist. Ein ambulantes Behandlungssetting empfiehlt sich bei kurzem und unkompliziertem Krankheitsverlauf, bei einer Familie, die therapeutische Unterstützung wünscht, sowie bei einer relativ therapiemotivierten Patientin.

Die Therapie findet zweimal pro Woche für jeweils 2 Stunden und einmal im Monat an einem Samstagvormittag in einer Gruppe mit bis zu 10 Patientinnen statt. Es han-

delt sich um eine offene Gruppe (slow open), d.h. die Mädchen beginnen zu unterschiedlichen Zeitpunkten.

#### 2. Das Gruppenkonzept

Es handelt sich um eine alters- und störungsspezifische ambulante Gruppe mit einem multimodalen, integrativen Therapieansatz. Neben psychotherapeutischen Verfahren kommen kreative Therapieformen, wie Bewegungs- und Kunsttherapie, Ernährungstherapie sowie die Behandlung der somatischen Symptome und Komplikationen zur Anwendung.

Die Integration in eine Gruppe von Gleichaltrigen und Betroffenen ist ein wirksamer Faktor um den Heilungsprozess in Gang zu setzen. Das Wesentliche an der ambulanten Gruppe ist die sich immer wieder neu herstellende Gruppenkohäsion und gegenseitige Unterstützung zwischen den Mädchen, die in einer altersbedingt ähnlichen Entwicklungsphase und von einer Essstörung betroffen sind. Häufig haben essgestörte Patientinnen deutliche Defizite im Bereich der sozialen Kompetenz und der Regulation von Nähe und Distanz in Beziehungen, vorbestehend oder als Krankheitsfolge. Sie befinden sich oft in einer Außenseiterposition, sind verunsichert in ihrem Kontaktverhalten oder haben im Zuge der Essstörung Ablehnung und Ausgrenzung erfahren. In einer Gruppe, in der die

Fortgeschrittenen den Neuen ihre Erfahrungen mitteilen, wird ein äußerst fruchtbarer Gruppenprozess in Gang gesetzt. Um an den zugrunde liegenden Konflikten, Auslösern und Ursachen der Essstörung zu arbeiten, bietet die Gruppe jedem einzelnen Mitglied Orientierung, Halt, Zuwendung, Rückmeldung und die Auseinandersetzung mit Gefühlen, die sich im Umgang miteinander einstellen.

Auf jedes Mädchen wird ein individueller Behandlungsplan zugeschnitten. Jede Patientin wird verpflichtet definierte Gruppenregeln und Vorgaben einzuhalten, wie z.B. regelmäßige Teilnahme, Esstraining, Erledigung der Schreibaufträge, etc..

Das ambulante Setting hat den Vorteil, dass ein Verbleib der Jugendlichen in ihrer bisherigen sozialen Umgebung möglich ist und durch regelmäßige ambulante Familientherapie notwendige Veränderungen in der Familie, im Freundeskreis, im Freizeitbereich oder in der Schule erzielt werden können. Die Gruppe ist offen (slow-open), d.h. die Mädchen befinden sich in unterschiedlichen Phasen ihrer Erkrankung und profitieren so von den Fortgeschrittenen. Die Behandlungsdauer beträgt 4 Monate bis zu einem Jahr, in schweren Fällen auch länger. Eine Psychologin und Psychotherapeutin leitet die Gruppe, eine Kunst- und Tanztherapeutin, sowie eine Diätologin sind in regelmäßigen Abständen in die Behandlung integriert. Die somatische Kontrolle obliegt einer Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendheilkunde.

### 3. Die einzelnen Therapiebausteine

#### Verhaltenstherapie

Da klinische Erfahrungen gezeigt haben, dass nur der eigenverantwortliche Umgang der Mädchen mit ihrer Erkrankung ein längerfristig symptomfreies bzw. symptomarmes Leben ermöglicht, wird ein besonderer Schwerpunkt auf Kanfers Selbstmanagement-Therapie gelegt. Die Betroffenen sind gewissermaßen Spezialistinnen ihrer Erkrankung. Das vorhandene Wissen über die Essstörung wird erweitert und die Kompetenz im adäquaten Umgang mit den Symptomen gestärkt. In der Gruppe lernen die Mädchen geeignete und alternative Verhaltensweisen aufzubauen. Ziel des Selbstmanagements ist es, zu einer besseren Selbststeuerung und eigenständigen Problembewältigung zu gelangen und dadurch Autonomie und die Fähigkeit zur Selbstregulation zu erreichen.

Jede Patientin führt ein eigenes Therapiebuch, in das sie im Sinne der Selbstdokumentation und Selbstbeobachtung die therapiebegleitenden Aufzeichnungen und Gestaltungsaufträge einträgt. In der darauf folgenden Gruppenstunde stellt sie diese den Gruppenmitgliedern vor.

#### *Einige Beispiele der Schreibaufträge*

- Krankheitsverlauf
- Leben in Bildern
- Symptomliste/Symptomcollage
- Auslösebedingungen z.B. von Hungerphasen bzw. Heißhungeranfällen und Erbrechen
- Verhaltens- und Bedingungsanalysen
- Lern- und Leistungsanalyse
- Zwischen-/Abschlussbilanz
- Dysfunktionale Gedanken/kognitive Verzerrungen
- Beschreibung der Beziehung zu den einzelnen Familienmitgliedern, Bezugspersonen
- Angsthierarchie

- Was ich an mir positiv finde etc.

Zunächst werden Informationen über die Folgeschäden der Anorexie und Bulimie vermittelt, im weiteren geht es um das Verständnis der Essstörung, d.h. z.B. für die Anorexie, dass ein ständig gezügeltes Essverhalten mit der Schwierigkeit im Umgang mit individuell vorhandenen Konfliktsituationen zusammenhängt. Weitere Inhalte sind, zugeschnitten auf die jeweilige Essstörung, die Bedeutung des Gewichts, Diätverhalten und die Folgen zu niedrigem Gewicht, BMI, Set-Point-Theorie, JoJo-Effekt und angemessene Ernährung. Dabei sind auch Genuss- und Essensregeln von großer Bedeutung. Diskussionsthemen sind neben den soziokulturellen Einflüssen wie das gängige (anorektische!) Schlankeitsideal der negative Einfluss der Medien auf Mädchen und Frauen, die Gefahren des Leistungssports und der Fitnessbewegung.

Zu Beginn bestehen oft keine ausreichende Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation. Um die Gewichtszunahme bei Anorektikerinnen oder die Reduktion von Heißhungerattacken und Erbrechen bei Bulimikerinnen zu erreichen werden operante Maßnahmen und Verstärker, ein Anti-Diät-Essensplan, wöchentliches Wiegen, Führen einer Gewichtskurve und Esstraining eingesetzt. Spezielle Techniken zur Reduktion von Heißhungeranfällen und Erbrechen werden vermittelt, wie z.B. der Aufbau alternativer positiver Aktivitäten, das Einführen einer Tagesstruktur und die Stimuluskontrolle, d.h. es werden Bedingungen beseitigt oder eingegrenzt, unter denen das problematische Verhalten auftritt (z.B. durch Essensregeln wie langsam kauen, Essen an einem bestimmten Platz ohne Ablenker, nicht vor dem Kühlschrank etc.).

Mittels kognitiver Techniken werden verzerrte Wahrnehmungen zu Körper und Gewicht und die Einstellung gegenüber der eigenen Person korrigiert und dysfunktionale Gedanken und Wertvorstellungen modifiziert.

Im weiteren Therapieverlauf wird mittels der Hausaufgaben und in der Gesprächsrunde versucht, die zugrunde liegenden und aufrechterhaltenden Konflikte wie z.B. mangelndes Selbstbewusstsein, überhöhtes Leistungsstreben, Perfektionismus oder mangelnde Akzeptanz durch Gleichaltrige sowie familiäre Konflikte zu identifizieren. Es werden neue Kompetenzen, Problemlösefähigkeiten und alternative Verhaltensweisen erarbeitet und Schreibaufträge wie Angsthierarchie, Beschreiben der familiären Beziehungen, etc. eingesetzt.

In den Samstags-Workshops werden vor allem spezifische Techniken eingesetzt, die viel Zeit benötigen, wie z.B. das soziale Kompetenztraining mit Hilfe von Rollenspielen, gemeinsames Essen im Restaurant, Ehemaligentreffen und Gruppenunternehmungen.

#### Gesprächspsychotherapie in der Gruppe

In der Runde wird versucht eine angstfreie und entspannte Atmosphäre zu schaffen, in der die Mädchen offen ihre Gefühle, Ängste und Probleme ansprechen können und sich dabei akzeptiert fühlen. Gefühlsaspekte werden stärker als intellektuelle Aspekte und die unmittelbare Gegenwart häufiger als die Vergangenheit betrachtet. Ein geschützter Raum, in dem alles gesagt werden darf, ohne dass eine Selbstoffenbarung abgewertet oder kritisiert wird, ist dafür die Voraussetzung. Es besteht die Regel der Verschwiegenheit, d.h. die von den Jugendlichen angesprochenen Inhalte werden nicht an die Eltern weitergegeben, sofern es

sich nicht um das Gewicht, medizinische Belange oder Gefährdungen wie z.B. Alkoholkonsum, Suizidgedanken, etc. handelt. In letzterem Fall wird die Patientin jedoch über die Kontaktaufnahme mit den Eltern informiert.

Es gibt auch Phasen der Unruhe und Konflikte in der Gruppe, z.B. wenn ein Mädchen zu wenig Motivation zur Mitarbeit zeigt oder mit einer Neuen konkurriert, die dünner ist. Die Aufgabe der Therapeutin ist es dann, diese Konflikte offen anzusprechen und gemeinsam in der Gruppe eine Lösung zu finden. Zu Beginn der Behandlung drehen sich die Themen um die Essstörung und deren Symptomatik, im weiteren Therapieverlauf werden die alltäglichen Probleme, Kränkungen, Gefühle, zwischenmenschlichen Schwierigkeiten, schulischen Belange, Fortschritte und Erfolge angesprochen.

#### *Themen in der Gruppe*

- Gewicht und Essverhalten
- Bulimie / Anorexie – Freundin oder Feindin?
- Vorbilder und Schlankheitsideal
- Selbstwert und Selbstabwertung
- Autonomie und Selbstbehauptung
- Eltern und Familie, Beziehungen
- Perfektionismus und Leistungsideal

Es hat sich gezeigt, dass die Themen von den Mädchen selbst angesprochen werden und nicht eingeführt werden müssen. Die Mädchen erlangen ein Verständnis ihrer selbst, das sie befähigt aufgrund eines neuen Selbstbewusstseins und Selbstwertgefühls positive neue Schritte in Richtung Eigenverantwortung im Umgang mit ihrer Erkrankung zu unternehmen. Wichtig ist, den Patientinnen zuzuhören und ihren Beitrag als wertvoll zu behandeln, damit sie lernen sich auf ihr eigenes Denken und Fühlen zu verlassen. Daher interpretiert die Therapeutin die Äußerungen, Hausaufgaben, Bilder und Gestaltungen der Mädchen nicht, sondern die Patientin macht jede Entdeckung selbst oder mit Hilfe der Gruppenmitglieder. Hilde Bruch nennt dies den „erkundenden Behandlungsansatz“ durch den die Betroffene sich als aktiv Beteiligte am therapeutischen Prozess erleben kann. Dies ist ein notwendiger Schritt für die sich entwickelnde Autonomie und Selbstverantwortung. In und durch die Gruppe sollen die Jugendlichen einen besseren Zugang zu sich selbst und zu anderen finden und ihr Krankheitsverständnis im Kontakt mit anderen im Sinne des Modelllerns vertiefen. Mit jedem Mädchen wird im Verlauf die individuelle Entwicklungsgeschichte erarbeitet, sowie das Krankheitsgeschehen rekonstruiert und zwar in der Tiefe und Ausführlichkeit, die von ihr vorgegeben wird. Gemeinsam wird erarbeitet, was anzustrebende Veränderungen sind. Verzerrte Einstellungen und Kognitionen können dadurch hinterfragt und verändert werden und alternative Handlungsstrategien ausprobiert werden. Gegen Ende des Therapieprozesses nehmen die Rückfallprophylaxe, und die Loslösung von der Gruppe zunehmend mehr Raum ein.

#### Tanz- und Bewegungstherapie

Bei Mädchen mit Magersucht oder Bulimie spielen Störungen in der Wahrnehmung des eigenen Körperbildes eine große Rolle. Der eigene Körper wird verzerrt wahrgenommen und es werden bestimmte Körperteile als fremd, hässlich und meist „fett“ empfunden. Durch die Elemente

Tanz und Bewegung zu Musik sollen neue leistungsfreie Körpererfahrungen vermittelt werden.

#### *Themen und Inhalte*

- Körperschemaarbeit
- Bewegung und Wahrnehmung verschiedener Körperteile
- Sinneswahrnehmung und Entspannung
- Stärkung des Selbstbewusstseins
- Eigener Schutzraum- Abgrenzung
- Sicherheit und Geborgenheit
- Sensibilisierung der Körperteile-Größen-Wahrnehmung
- Gefühlszustände mit dem Körper ausdrücken

Vor allem bei der Anorexie vom restriktiven Typ werden exzessive sportliche Aktivitäten betrieben, die der Gewichtsabnahme und Reduktion von Schuldgefühlen nach dem Essen dienen. Der zwanghafte Bewegungsdrang verleitet die Mädchen auch im ausgezehrt Zustand diesen heimlich auszuleben. In der Tanztherapie, die ein- bis zweimal im Monat stattfindet und einmal im Jahr ein mehrtägiges Projekt zum Thema Essstörung anbietet, findet die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körperbild im Sinne von Selbst- und Körpererfahrung statt. Weitere Ziele sind die Kontaktaufnahme und die Bildung von Vertrauen zum Gegenüber in Partner- und Gruppenübungen. Jede Patientin fertigt ein Körperumrissbild an. Einzelne Körperteile werden bewusst wahrgenommen und in ein ganzheitliches Körperbild integriert. Spiegelkonfrontationen dienen der Wahrnehmung der Veränderungen während der Therapie und der kritischen Auseinandersetzung mit auftauchenden Kognitionen und Emotionen. Die „Seile-Übung“ dient der Korrektur der vorhandenen verzerrten Wahrnehmung von einzelnen Körperregionen. Entspannungs-, Atem- und Massageübungen, sowie „Körperpflege-Aufgaben“ haben die Verbesserung der Körperakzeptanz zum Ziel. Einheiten zu Körper- und Gefühlsausdruck umfassen das freie Tanzen, Bewegungsaufgaben zu Musik, sowie pantomimische Übungen.

#### Kunst- und Gestaltungstherapie

Durch die Kunst- und Gestaltungstherapie wird ein Raum geschaffen, in dem die Patientinnen sich selbst und die eigene Erkrankung jenseits der Sprache erfahren und mitteilen lernen und die Symptombeschreibung bildhaft erfolgt. Kreativität wird nicht als Leistung vermittelt, sondern es wird ein Bezug zu sich selbst in der Erkrankung und im Therapieprozess hergestellt. Die Gestaltungen und Bilder der Jugendlichen werden nicht interpretiert, sondern als eigener aktiver Beitrag der Betroffenen von den Gruppenmitgliedern und Therapeutinnen gewürdigt.

#### *Aufgaben und Inhalte*

- Körperumrissbild
- Symptomskulptur vorher/nachher
- Stimmungsbilder auf Stoffstreifen
- Mutter-/Vaterbild, Geschwisterbeziehung
- Collage Familie
- Beziehungen in der Gruppe
- Symbolische Symptomabgabe
- Themen aus dem Therapieverlauf (Beziehungen zu Freunden, Gefühle, Verlusterfahrungen etc.)

## Ernährungstherapie

Mittels der Ernährungstherapie sollen das Wissen über gesunde Ernährung erlernt und in Kochgruppen geübt und ein angst- und störungsfreies Essverhalten wieder erlernt und verfestigt werden. Unverzichtbar ist daher die Mitarbeit und Beratung durch eine Diätologin. Durch ihre objektiven und fachlich versierten Informationen über angemessenes Essverhalten kann sie die Auseinandersetzung mit den subjektiven Ängsten und Unsicherheiten mindern, die in zum Teil phobischer Form bestehen. Jede Patientin führt ein Bilanzbuch, in welches sie täglich einträgt, wann sie welche Nahrung in welchen Mengen zu sich genommen hat. Unter Anleitung der Diätologin werden nach und nach bisher „verbotene“ Lebensmittel eingeführt und eine Essenstruktur ohne kalorienreduzierte Lebensmittel erarbeitet. Es erfolgt ein stufenweiser Aufbau von vorgegebenem, kontrolliertem zu eigenverantwortlichem Essverhalten.

Einmal im Monat findet samstags eine Kochgruppe statt. Auch bei jeder Gruppensitzung wird eine Zwischenmahlzeit eingenommen und anschließend in Form einer „Essenskritik“ besprochen. Eine kritische Anmerkung eines Mädchens am Essverhalten einer Magersüchtigen hat in der Regel wesentlich mehr Gewicht als der Kommentar der Therapeutin dazu. Durch einen gemeinsamen Restaurantbesuch oder die Einladung von Freunden und Verwandten zu einem Buffet erfolgt der Transfer des Gelernten außerhalb der Therapie.

## Familientherapie und psychoedukative Elterngruppe

Die Familie ist ein wichtiger Einflussfaktor und eine unverzichtbare Ressource in der Behandlung von essgestörten Jugendlichen. In der Gruppe werden zwei verschiedene Formen der Elternarbeit angeboten, die *fallbezogene Familientherapie* und eine *psychoedukative Elterngruppe* ohne die Mädchen. Alle zwei Wochen treffen sich die Eltern und ihre Tochter mit der Therapeutin. Bei diesen Gesprächen werden die aktuellen Konflikte und Fortschritte, Themen wie Zielgewicht, Entlassung, Medikation etc. besprochen. Neben den beratenden und klärenden Aspekten beinhalten diese Gespräche auch die Bearbeitung gestörter familiärer Kommunikations- und Interaktionsmuster.

## *Themen und Aufgaben der Elternberatung und Familientherapie*

- Aufklärung über die Schwere der Erkrankung
- Vermittlung von Krankheitsverständnis
- Aufklärung über die für die Familie kaum steuerbare Eigendynamik
- Anbahnung frühzeitiger kompetenter Intervention bei somatischen Komplikationen
- Vermittlung von Verständnis für Autonomiebestrebungen des Kindes
- Bearbeitung von Konflikten, Verstrickungen und bisher tabuisierten Themen

In der Fachliteratur werden als häufige Merkmale der Familien magersüchtiger Mädchen Verstrickung, Überfürsorglichkeit, Starrheit und Konfliktvermeidung beschrieben. Es entsteht eine eigene Beziehungsdynamik, in der die im Jugendalter notwendigen Ablösungs- und Individuationsschritte nicht stattfinden können, da Autonomie- und Trennungsbestrebungen eingeschränkt werden und dem Zusammenhalt und der Harmonie innerhalb der Familie eine zu hohe Bedeutung beigemessen wird. Die Familienmitglieder richten emotional hochbesetzte Bedürfnisse und Beziehungswünsche ausschließlich auf die Familie. Die Außenwelt wird häufig als bedrohlich erlebt. In der Pubertät lockern sich die Bindungsstrukturen zu den Eltern, wodurch die Jugendlichen für neue Werte, Ziele und Beziehungen zu Freunden empfänglich werden. Die Gleichaltrigen bieten einen stärkeren Anreiz bezogen auf die eigene Individuation, was innerhalb der Familie Ängste und erneute Stabilisierungsversuche auslöst und so wiederum die notwendige Ablösung und Individuation verhindert. Die Magersucht erscheint dann als eine Art erste Lösung, wenn auch keine gelungene und adäquate, aus diesem Dilemma. Die Aufgabe in der Familienarbeit ist es den Eltern die Notwendigkeit der fortschreitenden Individuation der Jugendlichen, verbunden mit der zwangsläufig erfolgenden Abgrenzung gegenüber der Familie zu verdeutlichen ohne dass die Eltern dies als Verlust und Trennung vom Kind erleben, sondern mit der Aussicht auf eine reife Wiederannäherung der Familienmitglieder auf einer fortgeschrittenen Stufe.

Die Psychodynamik in den Familien mit Bulimikerinnen gestaltet sich dagegen häufig anders. Der Zusammenhalt in der Familie wird eher durch langanhaltende, offene und heftig ausgetragene Konflikte bedroht, in denen die Jugendlichen versuchen auszugleichen und es meist zu Bündnissen und Koalitionen mit einem Elternteil kommt. In der Familienarbeit ist es daher die therapeutische Aufgabe Lösungsmöglichkeiten zu finden und die Jugendliche zu entlasten.

In Ergänzung zur fallbezogenen Familienarbeit wird den Eltern darüber hinaus einmal im Monat eine Gruppe angeboten, die der Psychoedukation dient. Den Eltern wird die Möglichkeit gegeben, sich ausführlich über die Essstörungen und Therapieformen zu informieren, Fragen zu stellen, aber auch Sorgen zu äußern und sich untereinander kennen zu lernen und auszutauschen.

Die somatische Überwachung und Therapie bei medizinischen Komplikationen durch die behandelnde Ärztin wurde bereits in der vergangenen Ausgabe SiD&T Nr. 12 ausführlich erläutert.

## **Mag. Petra Michler**

Diplompsychologin, Psychotherapeutin  
MINI AMBULATORIUM St. Veit/Glan  
petra.michler@promente-kijufa.at

## **Impressum:**

**Herausgeber:** Verein pro mente: kinder jugend familie, Gesellschaft für psychische und soziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in deren sozialen Kontext, **Büro:** 9020 Klagenfurt, Villacherstraße 161 **office@promente-kijufa.at**  
Tel: (0463) 55112 **Fax:** (0463) 501256 **Druck/Versand:** pro mente: kinder jugend familie **Redaktion:** Fachbereich Ambulanz, Mag. Christine Wernisch-Pozewaunig, **christine.wernisch@promente-kijufa.at** **Abo-Kontakt:** Fr. Erika Gebauer **office@promente-kijufa.at** **Layout:** Mag. Joachim Petscharnig **Printabo:** 4x jährlich, Unkostenbeitrag Euro 12,-Zusendung per Post.