

Michler, Petra / Wolter-Flanz, Andrea und Linder, Martin

## **trEATit – Intensive ambulante Gruppentherapie von Jugendlichen mit Essstörungen**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56 (2007) 1, S. 19-39*

urn:nbn:de:bsz-psydok-47105

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## trEATit – Intensive ambulante Gruppentherapie von Jugendlichen mit Essstörungen

Petra Michler, Andrea Wolter-Flanz und Martin Linder

### Summary

#### *Intensive outpatient group treatment for adolescents with eating disorders*

We present an intensive outpatient group treatment for girls with eating disorders (anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder) additionally to/instead of inpatient treatment or individually treatment by psychotherapists. The therapy concept is primarily behaviour therapy oriented, encouraging the self-management-abilities of the patients thereby learning self-determination and responsibility in dealing with their illness. The slow-open group concept provokes group cohesion, solidarity and support among girls, who share similar age-related development-stages and eating disorders. Other than cognitive behaviour therapy and the principles of self-management we use client-centered therapy, art-, dance- and nutritional therapy. For each patient an individual treatment plan is adapted depending on age, individual symptoms, problems and motivation. Each member of the group has to accept defined group rules during the group sessions.

The group takes place twice a week and on one Saturday per month. The adolescents stay in their social environment. Transfer of therapeutic success into daily life therefore is immediate and longlasting. Duration of therapy is between four months and one year, longer only in complex cases. Parallel to the parent/patient cooperation a parental psycho-educative group is available.

*Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 56/2007, 19-39*

### Keywords

slow-open group treatment for adolescents with eating disorders - multimodal outpatient treatment - individual treatment plan - defined group rules

### Zusammenfassung

Es wird ein intensives ambulantes Gruppentherapiekonzept für Mädchen mit Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge-eating-disorder) vorgestellt, als Möglichkeit neben/ statt der stationären Behandlung und der Einzeltherapie bei niedergelassenen Therapeuten.

Das Therapiekonzept ist vorwiegend verhaltenstherapeutisch orientiert und fördert die Selbstmanagementfähigkeiten der Jugendlichen, selbstbestimmt und eigenverantwort-

lich mit ihrer Erkrankung umzugehen und Rückfällen rechtzeitig vorzubeugen. Das offene (slow-open) Gruppenkonzept führt zu einer sich immer wieder neu herstellenden Gruppenkohäsion, gegenseitiger Unterstützung und Solidarität zwischen den Mädchen, die in einer altersbedingt ähnlichen Entwicklungsphase und von einer Essstörung betroffen sind. Weitere Therapiebausteine sind die Gesprächspsychotherapie, die Kunst- und Tanztherapie, sowie die Ernährungstherapie. Für jede Patientin wird der Behandlungsplan je nach Alter, individueller Symptomatik, Problematik und Motivationslage modifiziert. Jedes Gruppenmitglied wird verpflichtet, definierte Gruppenregeln in der Gruppe einzuhalten.

Die Gruppe findet zweimal wöchentlich und an einem Samstag pro Monat statt. Die Jugendlichen verbleiben in ihrer bisherigen sozialen Umgebung. Der Transfer des Therapieerfolgs in das Alltagsleben ist damit unmittelbar und anhaltend. Die Behandlungsdauer beträgt vier Monate bis zu einem Jahr, in schweren Fällen auch länger. Neben der Elternarbeit mit den Patientinnen wird parallel zur Gruppe eine psychoedukative Elterngruppe angeboten.

## Schlüsselwörter

offene Gruppe für Jugendliche mit Essstörungen – multimodale ambulante Behandlung - individueller Behandlungsplan - definierte Gruppenregeln

## 1 Einleitung

Essstörungen stellen eine der häufigsten psychiatrischen Erkrankungen im Jugendalter dar. Deren Behandlung hat bisher in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken traditionell ihren Schwerpunkt im stationären Behandlungssetting. Diese eingreifende und aufwändige Therapieform ist nur für einen Teil der Jugendlichen erforderlich. Außerdem hat dieses Setting eine hohe Schwelle für die Inanspruchnahme und die Jugendlichen kommen nach unserer Erfahrung häufig viel zu spät nach oft jahrelangen Krankheitsverläufen zur Behandlung in die Klinik. Therapieangebote niedergelassener Therapeuten für Essstörungen in der Versorgungsregion der Klinik sind nur in Form von Einzeltherapie unterschiedlicher Richtungen verfügbar. Störungsspezifische, multimodale Behandlungsmöglichkeiten des stationären Settings sollten auch ambulanten Patienten zugänglich sein (Pfeifer 2005). An unserer Klinik gibt es deshalb seit Oktober 2001 für Jugendliche mit Essstörungen in und um Regensburg die Möglichkeit an einer spezialisierten und intensiven ambulanten Therapiegruppe teilzunehmen. Die Idee zu dieser Gruppe stammt aus der fruchtbaren Kooperation zwischen dem TCE in München unter Leitung von Dr. M. Gerlinghoff, Dr. H. Backmund und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Regensburg.

Die ambulante Therapiegruppe ist eingebettet in ein Gesamtkonzept der Klinik mit stationären, tagesklinischen und ambulanten Behandlungsmöglichkeiten, die für die Patienten nach klinischem Verlauf und entsprechender Indikationsstellung zugänglich sind.

Vorteile einer ambulanten Gruppe innerhalb einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik sind gegenüber einer Behandlung bei niedergelassenen Therapeuten,

die bessere Kontrolle von Komplikationen und Interventionen, sowie die multidisziplinäre Teamarbeit im Zusammenwirken von Ärztin, Psychologin, Sozialpädagogin, Kreativ-Therapeutin, Pflegepersonal und Ernährungsberaterin. Die multidisziplinäre Zusammenarbeit in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie schließt die „integrative Psychotherapie der Essstörungen“ (Leibl 2001) ein, d.h. es werden sowohl medizinische wie psychologische und psychotherapeutische Kenntnisse und Behandlungsverfahren berücksichtigt und in den Gesamtbehandlungsplan aufgenommen. Während der ambulanten Therapie ist bei Komplikationen jederzeit eine stationäre Aufnahme möglich. Umgekehrt können stationäre Patientinnen früher in die ambulante Behandlung der Gruppe entlassen werden, als dies bei einer ambulanten Einzeltherapie möglich wäre. Ein weiterer Vorteil des ambulanten Settings ist ein Verbleib der Jugendlichen in ihrer bisherigen sozialen Umgebung, innerhalb der durch regelmäßige ambulante Familienarbeit, notwendige Veränderungen in der Familie, im Freundeskreis, im Freizeitbereich oder in der Schule erzielt werden können.

Die bisherigen Erfahrungen mit der Behandlung in dieser spezialisierten ambulanten Gruppe zeigen deutliche positive Entwicklungen bei den essgestörten Mädchen, was den Zeitpunkt des Behandlungsbeginns, den Gewichtsverlauf, die Symptome, die Rückfallquote und die Prognose betreffen, bei gleichzeitiger Reduzierung des therapeutischen und finanziellen Aufwandes.

## 2 Das Gruppenkonzept

Es handelt sich um eine alters- und störungsspezifische ambulante Gruppe für Jugendliche mit Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-eating-Störungen) mit einem multimodalen Therapieansatz. Die Gruppe ist fortlaufend als sog. Slow-open-Gruppe, konzipiert, was den Vorteil hat, dass Patientinnen sich in unterschiedlichen Erkrankungsphasen befinden und bereits in der Therapie Fortgeschrittene Modellfunktion für die Neuen besitzen.

Die Entwicklungsziele und Probleme der beginnenden Adoleszenz, wie die Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen, die Ablösung von der Kindheit, die Selbstfindung und Selbstbestimmung spielen in der Therapie eine entscheidende Rolle und werden den Autonomiebestrebungen der Mädchen gerecht.

Die Gruppenkohäsion, gekennzeichnet durch Solidarität, Fürsorge, gegenseitige Verstärkung und Transparenz zwischen Mädchen, die in einer altersbedingt ähnlichen Entwicklungsphase und von einer Essstörung betroffen sind, stellt sich immer wieder her. Nach Yalom ist die Kohäsion in der Gruppentherapie das Gegenstück zur Beziehung in der Einzeltherapie und somit ein wichtiger therapeutischer Faktor (Yalom 2003). Wir haben die klinische Erfahrung gemacht, dass die Integration in eine Gruppe ein wirksamer und wichtiger Faktor ist, um den Heilungsprozess in Gang zu setzen. Natürlich spielen auch Faktoren, wie der Rückgang von Starvationseffekten, die Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten sowie andere Variablen

eine ebenso zentrale Rolle. Es existieren jedoch nur sehr wenige Daten bezüglich der Effektivität von therapeutischen Interventionen bei jugendlichen Essstörungen (Gowers u. Bryant-Waugh 2004), so dass auf diesem Gebiet noch ein deutlicher Forschungsbedarf besteht.

In den Gruppenstunden zeigt sich zunächst die Psychopathologie der Essstörung in ihrem vollen Ausmaß, um dann gemeinsam mit der Patientin im heilsamen Milieu der Gruppe betrachtet und verändert zu werden. Häufig handelt es sich bei essgestörten Patientinnen um Jugendliche, die deutliche Defizite im Bereich der sozialen Kompetenz und der Regulation von Nähe und Distanz in Beziehungen haben, welche entweder vor der Erkrankung bereits bestanden haben oder erst in Folge dieser aufgetreten sind. Die Mädchen sind häufig verunsichert in ihrem Kontaktverhalten, sozial isoliert oder haben im Zuge der Essstörung Ablehnung und Ausgrenzung erfahren. In der Gruppe, als eine Art Mikrokosmos, der das Sozialverhalten der Einzelnen in der Außenwelt widerspiegelt, haben die Mädchen die Chance, Verhaltensmuster zu zeigen und mit den betroffenen Gleichaltrigen neue Strategien und Fertigkeiten zu erarbeiten und auszuprobieren. Sie erhalten Rückmeldung über die Gefühle, die sich im Umgang miteinander einstellen. Diese Auseinandersetzung ermöglicht einen intensiven und umfassenden Lernprozess, der in diesem Ausmaß in einer Einzeltherapie nicht erfolgen kann. Auch nach der Gruppentherapie bleiben freundschaftliche Beziehungen zu ehemaligen Gruppenmitgliedern bestehen, die für die einzelnen Mädchen unterstützend und stabilisierend sind, um ohne therapeutische Hilfe im Alltag wieder zurechtzukommen.

## 2.1 Die einzelnen Therapiebausteine

Die Gruppentherapie trEATit verbindet verschiedene Therapiebausteine, d.h. sie verwendet Elemente aus der Verhaltens- und Gesprächspsychotherapie, Ernährungs-, Tanz- und Bewegungstherapie, sowie Kunst- und Gestaltungstherapie. Ein wichtiger und hilfreich erlebter Baustein für Eltern und Jugendliche ist die Familienarbeit mit den Angeboten einer Elternberatung, Familientherapie und einer psychoedukativen Elterngruppe. Die Therapiebausteine greifen ineinander und sind in ihrer Darstellung nicht immer klar voneinander zu trennen. Die folgenden Erläuterungen sind daher in der Zusammenschau zu verstehen.

Vom zeitlichen Ablauf betrachtet folgt die Therapie der Essstörungen nacheinander angestrebten Zielen. Zu Beginn der Therapie stehen die Psychoedukation, die Stabilisierung des Gewichts und die Normalisierung des Essverhaltens im Vordergrund. In einem weiteren Schritt erfolgt die Bearbeitung der zugrunde liegenden Auslöser, möglichen Ursachen und innerpsychischen Konflikte (Jacobi, Thiel, Paul 1996; Rühl u. Jacobi 2005). In der letzten Phase der Therapie erfolgt die Beschäftigung mit der Rückfallprophylaxe und dem Abschied von der Gruppe. An dem Ziel der Verbesserung der Körperwahrnehmung und -akzeptanz wird während der gesamten Therapie durchgehend gearbeitet.

### 2.1.1 Verhaltenstherapie

Da klinische Erfahrungen gezeigt haben, dass nur der eigenverantwortliche Umgang der Mädchen mit ihrer Erkrankung ein längerfristig symptomfreies bzw. symptomarmes Leben ermöglicht, wurde ein besonderer Schwerpunkt auf Kanfers Selbstmanagement-Therapie gelegt (Kanfer 1996). Kurzfristige Ziele des Selbstmanagements sind die Anleitung zu besserer Selbststeuerung und die aktive und eigenständige Problembewältigung. Langfristige Ziele sind Autonomie und die Fähigkeit zur Selbstregulation.

Jede Patientin führt während der Therapie ein eigenes Therapiebuch, welches sie zu jeder Gruppenstunde mitbringt und in welches sie im Sinne der Selbstdokumentation und Selbstbeobachtung die Therapie begleitenden Aufzeichnungen und Gestaltungsaufträge, die sie als „Hausaufgaben“ erhält, einträgt. In der darauf folgenden Gruppenstunde stellt sie diese den Gruppenmitgliedern vor. In ein so genanntes Bilanzbuch, welches regelmäßig von der Diätassistentin gesehen und kommentiert wird, trägt jede Patientin täglich ein, wann sie welche Nahrung in welchen Mengen zu sich genommen hat.

Selbstdokumentation – Beispiele Hausaufgaben (Gerlinghoff 1997)

- Krankheitsverlauf
- Leben in Bildern
- Symptomliste/Symptomcollage
- Auslösebedingungen z.B. von Hungerphasen bzw. Heißhungeranfällen und Erbrechen
- Verhaltens- und Bedingungsanalyse (SORC)
- Lern- und Leistungsanalyse
- Zwischen-/Abschlussbilanz
- Dysfunktionale Gedanken/kognitive Verzerrungen
- Freundin/Feindin der Essstörung
- Beschreibung der Beziehung zu einzelnen Familienmitgliedern, Bezugspersonen
- Angsthierarchie
- Was ich an mir positiv finde
- Drehbuch zur symbolischen Symptomabgabe

Gerade bei Jugendlichen, die von den Eltern in die Gruppe geschickt werden, besteht häufig in der Motivationsphase noch keine ausreichende Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation. Diese entsteht in der Regel erst durch die Vermittlung von psychoedukativen Elementen und aufgrund der Hilfestellung und der Verstärkung durch die Gruppenmitglieder, die für sich die Notwendigkeit der Gewichtsstabilisierung und der Normalisierung des Essverhaltens bereits erkannt haben und diese Erfahrung an die anderen Patientinnen weitergeben. Nach der Motivationsphase wird ein individuell gestalteter Therapievertrag unterschrieben, der auch die Teilnahme am Esstraining

verbindlich beinhaltet. Der Therapievertrag hat eine symbolische Bedeutung, da er für die Aufnahme in die Therapiegruppe steht und bei Regelverstößen an ihn erinnert wird. Bei Stagnation oder mangelnder Veränderungsbereitschaft kann ein zeitlich begrenztes Time-out aus der Gruppe oder auch die stationäre Aufnahme erfolgen.

Zunächst werden den Betroffenen 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 des Umgangs mit individuell vorhandenen Konfliktsituationen zusammenhängt. Weitere Inhalte sind die Bedeutung des Gewichts, Diätverhalten und die Folgen zu niedrigem Gewicht, BMI, Set-Point-Theorie, JoJo-Effekt und angemessene Ernährung, zugeschnitten auf die jeweilige Essstörung (Jacobi, Thiel, Paul 1996; Rühl u. Jacobi 2005). Diskussionsthemen sind auch die soziokulturellen Einflüsse, wie das gängige Schlankheitsideal und die Gefahren des Leistungssports und der Fitnessbewegung.

Es bedarf zu Beginn der Therapie individuell ausgewählter Maßnahmen, um die Gewichtszunahme bei Anorexien, die Gewichtsreduktion bei Mädchen mit einer Esssucht oder die Reduktion von Heißhungerattacken und Erbrechen bei Bulimikerinnen zu erreichen. Dazu dienen vor allem operante Maßnahmen und Verstärker, ein Anti-Diät-Essensplan mit Zunehm-, Abnehm- oder Halte-Portion, wöchentliches Wiegen, anamnestische und aktuelle Gewichtskurven, Esstraining in den Kaffeepausen der Gruppe und in den Workshops mit Einkaufen, Kochen und gemeinsamen Mahlzeiten.

Auch Genuss- und Essensregeln sind von großer Bedeutung und müssen von den Mädchen im Esstraining wiedererlernt werden. Mittels Stimuluskontrolle (Linden et al. 1996), durch die die Mädchen Selbststeuerung erlernen, wird das Problemverhalten, wie z.B. Heißhunger-Attacken bei bulimischen Mädchen oder Esssüchtigen unter Kontrolle gebracht. Die Stimulusbedingungen, unter denen das problematische Verhalten auftritt, werden beseitigt oder eingegrenzt, z.B. durch Essensregeln, die die Umgebungsbedingungen und Länge der Mahlzeiten betreffen. Weitere Maßnahmen sind das Einhalten vorgeschriebener Mahlzeiten mit Hilfe des Essensplans unter der Anleitung durch die Diätassistentin, die den Mädchen vermittelt, wie oft und wo gegessen wird, ob allein oder in Begleitung. Nach und nach werden bisher „verbotene“ Lebensmittel eingeführt.

Spezielle Techniken zur Reduktion von Heißhungeranfällen und Erbrechen sind der Aufbau alternativer positiver Aktivitäten, das Einführen einer Tagesstruktur und spezielle Imaginationsübungen. Auch wird innerhalb der Gruppe herausgearbeitet, was die brechfreien Tage von den Tagen unterscheidet, an denen die Betroffene erbricht.

Mittels kognitiver Techniken (Jacobi, Thiel, Paul 1996; Fliegel et al. 1994; Rühl u. Jacobi 2005) werden verzerrte Wahrnehmungen zu Körper, Gewicht und der Einstellung gegenüber der eigenen Person korrigiert. Neben der Identifikation und darauf folgenden Umformulierung dysfunktionaler Gedanken wird auch die Methode der Spiegelkonfrontation eingesetzt, bei der die auftauchenden Emotionen und Gedanken mit Blick auf das Spiegelbild modifiziert werden.

Durch die Selbstdokumentation in Form der bereits genannten Hausaufgaben wird versucht, die zugrunde liegenden und aufrechterhaltenden Konflikte zu identifizieren. Diese können z.B. mangelndes Selbstbewusstsein, überhöhtes Leistungsstreben, Perfektionismus oder auch die mangelnde Akzeptanz durch Gleichaltrige und vieles mehr sein. Behandlungselemente sind Selbstbeobachtung und die Problemanalyse (Jacobi, Thiel, Paul 1996; Fliegel et al. 1994; Ruhl u. Jacobi, 2005). Die dabei verwendeten kognitiven Techniken sind die Zielerreichungs-Skalierung in langfristige und kurzfristige Ziele (Sulz 1993), die Identifikation und Überprüfung dysfunktionaler Gedanken und Wertvorstellungen, der Abbau des Schwarz-Weiß-Denkens, die Lern- und Leistungsanalyse und andere Schreibaufträge.

Auch das Beobachten der Interaktion innerhalb der Gruppe und die Art der Beziehung zu den Therapeutinnen liefern dabei wertvolle Informationen zu den individuellen Problemen und Konfliktbereichen des jeweiligen Mädchens. Alle Konfliktlösungen werden gemeinsam in der Gruppe erarbeitet, besprochen und im Fall erfolgreicher Anwendung entsprechend gewürdigt.

In den Samstags-Workshops werden vor allem spezifische Techniken eingesetzt, die viel Zeit benötigen, wie z.B. das soziale Kompetenztraining mit Hilfe von Rollenspielen, Ehemaligentreffen oder ein gemeinsamer Restaurantbesuch.

### *2.1.2 Gesprächspsychotherapie in der Gruppe*

In der Gruppe wird im Sinne von Rogers 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 (Bommert 1982). Gefühlsaspekte werden stärker als intellektuelle Aspekte und die unmittelbare Gegenwart zunächst stärker als die Vergangenheit betrachtet. Jedes neue Mitglied bedarf zu Beginn der besonderen Unterstützung und Aufmerksamkeit der Therapeutin, bis es Vertrauen und Sicherheit innerhalb der Gruppe gewonnen hat und frei genug ist, über sich und seine Probleme in der Gruppe offen zu sprechen. In der Regel gewöhnen sich die Neuen innerhalb von vier Wochen ein und entdecken die heilsame Atmosphäre der Gruppe. Es darf in diesem geschützten Raum alles gesagt werden, ohne dass eine Selbstoffenbarung abgewertet oder kritisiert wird. Dies kann z.B. der Fall sein, wenn ein Mädchen nach Wochen der Therapie gesteht, dass es „getrickst“ hat und anstatt an Gewicht zuzunehmen lediglich „aufgetrunken“ hat. In diesem Fall wird ein therapeutischer „Neuanfang“ gemacht und das Mädchen wird trotz Brechen des Therapievertrages nicht aus der Gruppe ausgeschlossen, sofern es sich mit dem Eingeständnis dafür entscheidet, nun mit offenen Karten zu spielen.

Die Gruppe beginnt entweder mit der Frage der Therapeutin an die Runde, wer heute beginnen möchte bzw. mehr Raum braucht oder nach einer „turbulenten letzten Gruppenstunde“ stellt sie die Frage nach „den Resten vom letzten Mal“. Eine Eröffnungsvariante, die von den Therapeutinnen besonders gewünscht wird, ist dass die Gruppe selbst den Ablauf festlegt und jemanden vorschlägt, der beginnen soll, bzw. eines der Mädchen sich den Raum nimmt und beginnen möchte.



Jeder Beitrag wird als wertvoll behandelt, damit die Patientinnen lernen, sich auf ihr eigenes Denken und Fühlen zu verlassen. Dies bedeutet auch, dass der Therapeut die Äußerungen, Hausaufgaben, Bilder und Gestaltungen der Mädchen nicht interpretiert, sondern dass die Patientin jede Entdeckung selbst oder mit Hilfe der Gruppenmitglieder macht. Bruch nennt dies den „erkundenden Behandlungsansatz“, bei dem sich die Therapeutin mit ihrem Wissen und ihren Interpretationen zurückhält, damit die Patientin ihre Gefühle ausdrücken kann, ohne unmittelbar erklären und etikettieren zu müssen und sie sich als aktiv Beteiligte am therapeutischen Prozess erleben kann (Bruch 1991). Dies ist ein notwendiger Schritt für die sich entwickelnde Autonomie, Initiative und Selbstverantwortung (Bruch 1982).

Es gibt auch Phasen der Unruhe und Konflikte in der Gruppe, wenn ein Mädchen zu wenig Motivation zur Mitarbeit zeigt oder um Macht, Einfluss und Zuwendung kämpft, wenn es z.B. die Therapie beenden möchte, dies aber nicht thematisiert, sondern beginnt, die Gruppe oder eine der Therapeutinnen zu entwerten oder sich mit jemanden in der Gruppe gegen andere verbündet. Manchmal entsteht auch eine Art Konkurrenz im Rahmen der Essstörung mit einem neuen Mädchen, bei dem eine Andere „die Kränkste und Dünnste“ sein möchte. Die Aufgabe der Therapeutin ist es dann, diese Konflikte offen anzusprechen und gemeinsam in der Gruppe eine Lösung zu finden.

Inhaltlich geht es vor allem zu Beginn der Behandlung einer Betroffenen vorwiegend um Figur, Gewicht, Essen und Gedanken, die darum kreisen und die Symptome und Folgen der Essstörung. Zu einem späteren Zeitpunkt wird im Gruppengespräch die jeweils individuelle Entwicklungsgeschichte erarbeitet und das Krankheitsgeschehen rekonstruiert und zwar in der Tiefe und Ausführlichkeit wie es von der Jugendlichen vorgegeben wird. Gemeinsam wird im Gruppengespräch erarbeitet, was anzustrebende Veränderungen sind. Die alltäglichen Wünsche, Probleme, Kränkungen, Gefühle, zwischenmenschlichen Schwierigkeiten, schulischen Belange, Fortschritte und Erfolge sind weitere Inhalte der Stunden.

#### Themen der Gruppe im Überblick

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

Es hat sich gezeigt, dass die Themen im Rahmen der Therapie von den Mädchen angesprochen werden, ohne dass diese von den Therapeutinnen eingeführt werden müssen. Gegen Ende des Therapieprozesses nehmen die Rückfallprophylaxe, und die Loslösung von der ambulanten Gruppe zunehmend mehr Raum ein.

### 2.1.3 Tanz- und Bewegungstherapie

In der Tanztherapie, die ein- bis zweimal pro 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, da Störungen in der Wahrnehmung des eigenen Körperbildes eine große Rolle spielen. Der eigene Körper wird verzerrt wahrgenommen und es werden bestimmte Körperteile als fremd, hässlich und meist „fett“ empfunden. 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 ausgezehrten Zustand diesen heimlich auszuleben, trotz erteiltem Sportverbot. Die Tanz- und Bewegungstherapie ermöglicht einen anderen, leistungsfreien Zugang zu Bewegung und Körpererleben. In den Gesprächen über die Wahrnehmung ihres Körpers und den gegenseitigen Verhaltensbeobachtungen der Mädchen ändert sich bei vielen die Wahrnehmung ihres Körperbildes von einem negativen zu Beginn der Therapie hin zu einem positiven Körperbild am Ende der Therapie. Die Bewegungsabläufe und die Haltung werden im Verlauf der Therapie freier und sie berichten, ihren Körper und verschiedene Körperzustände wie z.B. Entspannung deutlicher zu spüren. Die positiven Veränderungen des individuellen Körperkonzeptes werden zu Beginn und am Ende der Behandlung mit den Frankfurter Körperkonzeptskalen gemessen.

Ziel der Tanz- und Bewegungstherapie ist es, durch die Vermittlung neuer Körpererfahrungen, im eigenen Körper wieder heimisch zu werden.

#### Ziele und Übungen

- Körperschemaarbeit
- Bewegung und Wahrnehmung verschiedener Körperteile
- Sinneswahrnehmung
- Stärkung des Selbstbewusstseins
- Stabilität und das Gefühl der Integration
- Dynamik – die eigene Kraft spüren
- Eigener Schutzraum - Abgrenzung
- Sicherheit im Raum
- Sicherheit und Geborgenheit
- Gefühlszustände mit dem Körper ausdrücken

Wichtige Erfahrungen in der Tanztherapie sind die Kontaktaufnahme und die Bildung von Vertrauen zum Gegenüber in Partner- und Gruppenübungen. Die Wahrnehmung bestimmter Körperteile wird sowohl in der Tanztherapie erlebt als auch in der Kunsttherapie gestaltet. Jede Patientin fertigt mindestens ein Körperumrissbild an. Mit der Übung „Reise der Sinne“ werden einzelne Körperteile 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 Sensibilisierung der Körperteile-Größen-Wahrnehmung und der Korrektur der bei magersüchtigen Mädchen vorhandenen verzerrten Wahrnehmung von einzelnen Körperregionen. Entspannungs-, Atem- und Massageübungen, sowie „Körperpflege-Aufgaben“ haben die Verbesserung der Körperakzeptanz zum Ziel. Die Übungen zu Körper- und Gefühlsausdruck umfassen das freie Tanzen, Bewegungsaufgaben zu Musik, sowie pantomimische Übungen.

#### *2.1.4 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. Kreativität wird nicht als Leistung vermittelt, sondern es wird ein Bezug zu sich selbst in der Erkrankung und im Therapieprozess hergestellt. Der Ausdruck von Kreativität erfolgt mit gestalterischen nicht-sprachlichen Mitteln, die den Gestaltungsprozess und nicht das Ergebnis in den Vordergrund stellen. Die Symptombeschreibung erfolgt bildhaft und ermöglicht eine Verdeutlichung der gestörten Selbstwahrnehmung jenseits der Sprache (Gerlinghoff et al. 1997). Die Gestaltungen und Bilder der Jugendlichen werden nicht interpretiert, sondern als eigener aktiver Beitrag der Betroffenen von den Gruppenmitgliedern und Therapeutinnen gewürdigt.

Arbeitsthemen aus der Kunst- und Gestaltungstherapie

- Körperumrissbild
- Symptomskulptur vorher/nachher
- Stimmungsbilder auf Stoffstreifen
- Mutter-/Vaterbild, Geschwisterbeziehung (Plastik, Bild)
- Collage Familie (Pappe, Stoff, Karton)
- Beziehungen zueinander in der Gruppe /Gemeinschaftsbild
- Symptomabgabe
- Themen aus dem Therapieverlauf (Beziehungen zu Freunden, Ehrgeiz und andere Gefühle, Verlusterfahrungen etc.)

#### *2.1.5 Psychoedukative Ernährungsberatung*

Ein eigener wichtiger Bestandteil der Gruppentherapie ist die Integration einer psychoedukativen Ernährungsberatung. Es soll Wissen über gesunde Ernährung vermittelt, in Kochgruppen geübt und ein angst- und störungsfreies Essverhalten (wieder-) erlernt und verfestigt werden. Eine Diätassistentin bespricht mit den Mädchen in Einzelgesprächen die Inhalte der Essensprotokolle und durch objektive Information über angemessenes Essverhalten kann sie die Auseinandersetzung mit den subjek-

tiven Ängsten und Unsicherheiten erleichtern, die vor allem bei Magersüchtigen in zum Teil phobischer Form bestehen. In der Gruppe werden Mechanismen und Strategien im Umgang mit Rückfällen in Krisen eingeübt, auf welche die Mädchen auch nach Beendigung der Therapie zurückgreifen können.

Die Diätassistentin leitet die Kochgruppe, welche einmal im Monat in einem Samstagsworkshop stattfindet und bei der drei gemeinsame Mahlzeiten eingenommen werden. Auch bei jeder Gruppensitzung wird die 2. Zwischenmahlzeit am Tag in Form von einer „Kaffee-Pause“ geübt und anschließend von der Gruppe in Form einer „Essenskritik“ besprochen. Eine kritische Anmerkung eines Mädchens am Essverhalten einer Magersüchtigen hat wesentlich mehr Gewicht als der Kommentar der Therapeutin dazu.

Behandlungselemente (Gerlinghoff u. Backmund 1998, 1999)

- Esstraining mit gemeinsamen Mahlzeiten
- Ernährungsberatung durch Diätassistentin
- Anti-Diät-Plan „ABC“
- Bilanzbuch
- Stufenweiser Aufbau mit Hilfe der Diätassistentin von vorgegebenen Portionen zu eigenverantwortlichem Essverhalten bis zu selbst kochen, von viel kontrolliertem zu eigenverantwortlichem Essen
- Samstags-Workshop mit gemeinsamen Einkaufen, Kochen und Essen
- Essenskritik
- Buffet, Restaurantbesuch
- Wunschesen

### 2.1.6 Elternarbeit

Die Familie ist ein wichtiger Einflussfaktor und eine wichtige Ressource in der Behandlung von essgestörten Jugendlichen. Die Jugendlichen leben zu Hause und werden das in den meisten Fällen auch noch eine Weile tun. Eine Vielzahl von empirischen Untersuchungen belegt, dass Essstörungen in ihrer Entstehung und in ihrem Verlauf erheblich von familiären Faktoren beeinflusst werden. Dies geschieht direkt in der Vermittlung von Einstellungen zu Essen, Gewicht, Figur und Aussehen, sowie indirekt über die familiären Beziehungen (Reich 2005).

Neuere Ansätze familientherapeutischer Interventionen betonen die Mobilisierung der Ressourcen innerhalb der Familie, entweder in Settings, in der die ganze Familie gesehen wird, oder in denen die Eltern, Kinder oder Jugendliche getrennt gesehen werden oder in Form einer Elternberatung (Gowers u. Bryant-Waugh 2004).

Lock und Mitarbeiter (2006) fanden zwar bei anorektischen Erkrankungen in der Adoleszenz mit kurzdauernden Verläufen beim Vergleich länger – oder kürzerdauernder Familientherapie keinen Unterschied in der Effektivität der Behandlung. Sie weisen jedoch darauf hin, dass Patientinnen mit sehr ausgeprägter Symptomatik,

spricht zwanghaftem rigiden Gedankenkreisen um Essen und Gewicht und nicht-intakten Familien, von einer langfristigen Familientherapie mehr profitieren.

Wir bieten verschiedene Formen der die Gruppentherapie begleitende Elternarbeit an, das beratende Familiengespräch oder/und Familientherapie sowie eine psychoedukative Elterngruppe ohne die Mädchen, deren Besuch wir allen Eltern nahe legen. In Abhängigkeit vom Funktionsniveau der Familien und der Eltern und der Bereitschaft zur Modifikation des Beziehungssystems beschränkt sich das Familiengespräch auf eine Beratung der Familie, was den Umgang mit der Essstörung betrifft, oder findet den Weg zu einer weiterreichenden Familientherapie. Wöchentlich bzw. im weiteren Therapieverlauf zweiwöchentlich treffen sich die Eltern und ihre Tochter mit der zuständigen Therapeutin aus der Gruppe zu einem Elterngespräch. Die Behandlung der Essstörungen beinhaltet Aspekte des Verhaltensmanagements durch die Eltern, was z.B. den Einkauf, die Essensplanung und die Essensstruktur betrifft (Gowers u. Bryant-Waugh 2004) und es werden die aktuellen Konflikte und Fortschritte, Themen wie Zielgewicht, Entlassung, Medikation etc. besprochen. Neben beratenden und klärenden Aspekten bezogen auf die Essstörung beinhalten diese Gespräche auch die Bearbeitung gestörter Kommunikationsmuster innerhalb der Familie, sowie erzieherische, entwicklungsbedingte und soziale Aspekte. Schwerpunkt in der Elternarbeit ist die Förderung der Krankheitseinsicht, sowie die Einstellungs- und Verhaltensänderung gegenüber der Patientin. Die Therapeutinnen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet, was die Gesprächsinhalte innerhalb der Gruppe betreffen. Alle Eltern werden über den allgemeinen Behandlungsverlauf informiert, da sie als Sorgeberechtigte informiert sein müssen. Mit der Tochter wird in der Gruppe erarbeitet, was sie im Besonderen im Elterngespräch ansprechen möchte. Aus therapeutischer Sicht ist es ein ständiges Abwägen erforderlich, über was die Eltern zu recht informiert werden müssen, ohne andererseits die Autonomiebestrebungen der Tochter und deren Vertrauen in die Verschwiegenheit der Therapeutin aufs Spiel zu setzen.

#### Themen und Aufgaben der Elternberatung

- 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
- Verhaltensmanagement der Essstörung

Familientherapeutische Interventionen zielen darauf, die Beziehungen im interpersonellen System so zu verändern, dass die Essstörungssymptomatik als Lösungsversuch nicht mehr notwendig ist. Veränderungen in der Familiendynamik führen zu positiven Veränderungen bei den Patientinnen und gehen mit einer verbesserten Prognose einher (Cierpka u. Reich 2001; Reich 2003a). Bei Kindern und Jugendlichen mit Anorexia und Bulimia nervosa oder Binge-eating-Störung gehört die Einbeziehung der El-

tern in die psychotherapeutische Behandlung und die Berücksichtigung systemischer Aspekte zu den Säulen der Therapie (Pfeiffer et al. 2005). Die Familientherapie orientierte sich vor allem an den Arbeiten von Minuchin und Mitarbeitern (1993), Bruch (1991), Stierlin (2003) und Reich (2005). Im Falle der Behandlung von dysfunktionalen Familien finden sich Themen wie Verstrickung, Überfürsorglichkeit, Starrheit und Konfliktvermeidung, Einschränkungen der Autonomie- und Trennungsbestrebungen in der Pubertät und Adoleszenz bei anorektischen Mädchen. In der familientherapeutischen Arbeit mit dysfunktionalen Familien mit bulimischen Töchtern stehen thematisch häufiger offen ausgetragene Konflikte und deren Lösungen, höhere Expressivität und Impulsivität, sowie geringere emotionale Resonanz und Verbundenheit zwischen den Familienmitgliedern im Vordergrund.

Die Themen der Elternarbeit sind auch Inhalt einer curricularen monatlich stattfindenden psychoedukativen Elterngruppe (Hagenah et al. 2003). Den Eltern wird die Möglichkeit gegeben, sich ausführlich über die Essstörungen und Therapieformen zu informieren, zu diskutieren, sich mit ihren Sorgen einzubringen, sich untereinander kennen zu lernen und auszutauschen. Aus Abstinenzgründen wird diese Elterngruppe nicht von den Gruppentherapeutinnen geführt. Anregungen für eine Weiterentwicklung der Elternarbeit zu einer familienorientierten Gruppentherapie lieferte uns die Pilotstudie von Salbach und Mitarbeitern (2006), in der die Eltern gemeinsam mit den Töchtern in einer Gruppe gesehen werden und bei der die psychoedukativen, störungsspezifischen mit offenen, zielorientierten und problemlösenden Komponenten, die die einzelnen Teilnehmer einbringen, verbunden werden.

### 2.1.7 Nachsorge

Die Mädchen befinden sich in der Regel zwischen 4 und 12 Monaten in der ambulanten Gruppentherapie, je nach Ausprägungsgrad und Schwere der Störung. Die Gruppe wird in gegenseitiger Absprache beendet, wenn ein magersüchtiges Mädchen mindestens vier Wochen das erreichte Zielgewicht gehalten hat und zu erwarten ist, dass dies ihr auch weiterhin gelingt, d.h. sie dazu in der Lage ist, eigenverantwortlich mit der Essstörung umzugehen und sie Strategien anwenden kann, in Krisen mit leichteren Rückfällen in essgestörtes Verhalten umzugehen. Bei bulimischen Mädchen ist das Ziel der Behandlung eine deutliche Reduktion der Essattacken und kompensatorischen Maßnahmen, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden. Bei einigen Patientinnen ist eine nachfolgende ambulante psychotherapeutische Einzeltherapie bei niedergelassenen Therapeuten sinnvoll, sofern bestimmte intraindividuelle Problematiken, die über die Essstörung hinausgehen (z.B. sexueller Missbrauch in der Vorgeschichte oder Komorbiditäten wie schwere Zwänge) nicht ausreichend in der Gruppe bearbeitet werden konnten. Bei allen Patientinnen wird dafür gesorgt, dass weiterhin somatische Kontrollen (Gewicht, Blutbild etc.) entweder beim Hausarzt oder einem niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater stattfinden.

Wir bieten einigen Mädchen, die einen langen und schwierigen Krankheitsverlauf gezeigt haben und bei denen wir von einer ungünstigen Prognose ausgehen (sei es durch unveränderte familiäre Strukturen oder soziale Isolation außerhalb der Gruppe etc.) die Teilnahme an zweimal im Monat stattfindenden Ehemaligentreffen an, um den Mädchen einen Austausch über noch bestehende krankheitsspezifische Probleme zu ermöglichen und ihnen die Möglichkeit zu geben, innerhalb der Gruppe der Gleichaltrigen ihr Sozialverhalten weiterzuentwickeln und sich aus der intensiven Bindung an die Gruppenmitglieder langsam zu lösen. Oftmals haben die Mädchen erstmals in der Gruppe freundschaftliche Beziehungen geknüpft und es fällt ihnen schwer, diese abrupt zu beenden.

In manchen Fällen kann auch die Unterbringung in eine therapeutische Wohngemeinschaft sinnvoll sein, wenn weiterhin massive krankheitsaufrechterhaltende Faktoren im häuslichen Umfeld bestehen, welche eine zunehmende Gesundung behindern. Im Falle von Krisen sind ambulante Einzeltermine im Rahmen unserer Institutsambulanz möglich.

### **3 Bisherige Ergebnisse**

Die Therapie findet zweimal pro Woche jeweils zwei Stunden und einmal im Monat an einem Samstags-Workshop in einer Gruppe mit acht bis max. zehn Patientinnen statt. Es handelt sich um eine offene Gruppe, d.h. die Mädchen beginnen zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Der Verlauf der Therapie gliedert sich in eine Motivationsphase und eine im Anschluss folgende 4 bis 12-monatige Therapiephase.

Die Gruppe wird von einer psychologischen Psychotherapeutin geleitet, die von jeweils einer Co-Therapeutin, einer Ärztin und einer Sozialpädagogin unterstützt wird. Die Kunst- und Tanztherapeutin sowie die Diätassistentin sind stundenweise zu bestimmten Terminen gemeinsam mit der Therapeutin in der Gruppe.

Behandelt werden Jugendliche mit den Diagnosen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-eating-Störung im Alter zwischen 13 und 18 Jahren. Nach einer sorgfältigen und eingehenden Diagnostik vor der Aufnahme in die Gruppe gehört zu den allgemeinen Behandlungsprinzipien die Klärung, ob primär ein ambulantes Behandlungssetting angemessen ist oder die Indikation zu einer stationären Behandlung besteht. Ein ambulantes Behandlungssetting empfiehlt sich bei kurzem und unkompliziertem Krankheitsverlauf, bei einer kooperativen Familie, sowie bei einer relativ therapiemotivierten Patientin. Es werden Mädchen mit einem BMI von mindestens 15 kg/m<sup>2</sup> aufgenommen, sofern keine schwerwiegenden medizinischen Komplikationen eine stationäre Aufnahme erforderlich machen.

Auf jedes Mädchen wird ein Behandlungsplan je nach Alter, individueller Symptomatik, Problematik und Motivationslage zugeschnitten. Jedes Gruppenmitglied wird verpflichtet, definierte Gruppenregeln in der Gruppe einzuhalten, wie regel-

mäßige Teilnahme, Teilnahme am Esstraining, Erledigung der Schreibaufträge und Einhalten der in der Gruppe getroffenen Vereinbarungen.

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. Aber auch die Jugendlichen verpflichten sich zur Verschwiegenheit nach außen.

Von Oktober 2001 bis März 2006 wurden in der Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie Regensburg 51 Patientinnen in der ambulanten Gruppe behandelt, davon wurden bisher bei 36 Mädchen die Befunde ausgewertet. Die Jugendlichen wohnten alle zu Hause und besuchten entweder die Schule, hatten eine Lehrstelle oder befanden sich in einer berufsvorbereitenden Maßnahme. Sie kamen aus Regensburg und Umgebung und wurden entweder von den Eltern gefahren oder kamen mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Neben durchschnittlich intelligenten Mädchen waren ein Drittel der Mädchen überdurchschnittlich intelligent oder hochbegabt.

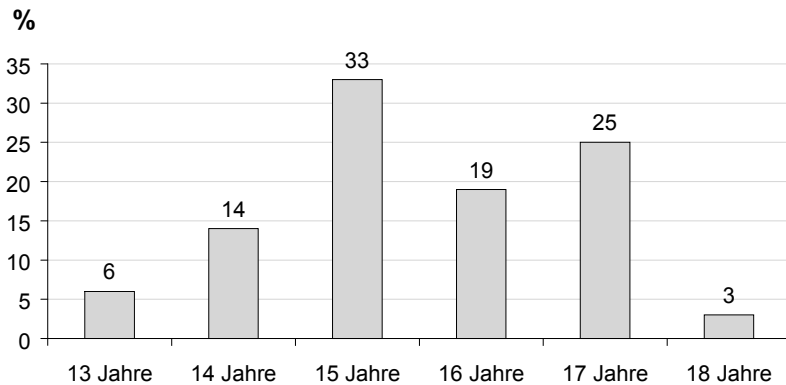


Abbildung 1: Altersverteilung in der Gruppe, n=36

Der Altersdurchschnitt dürfte in den letzten beiden Jahren noch deutlich gesunken sein, da wir im Sinne der Prävention und Vermeidung von chronifizierten Verläufen weitere Patientinnen unter 15 Jahren behandelt haben.



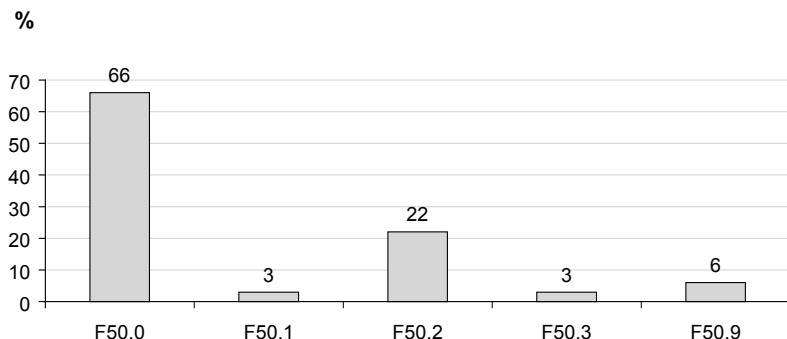


Abbildung 2: ICD-10 Diagnosen der ambulanten Gruppe, n=36

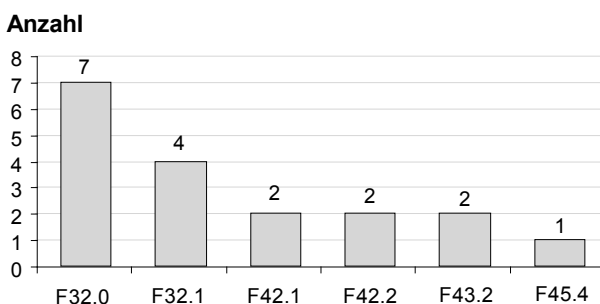
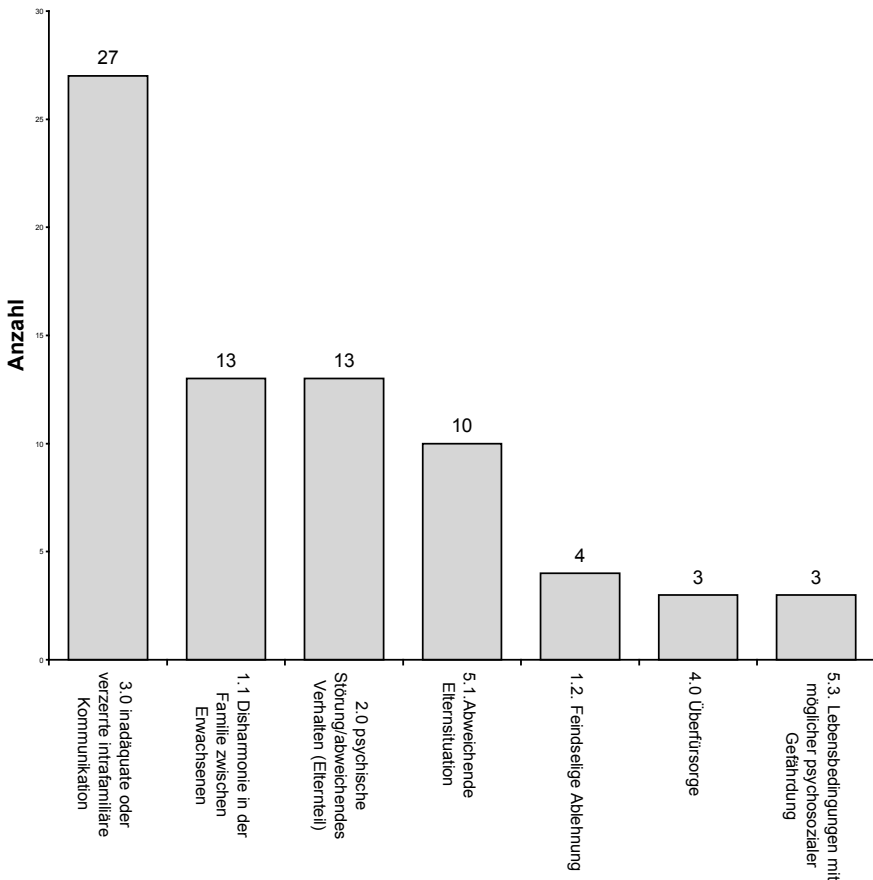


Abbildung 3: ICD-10 Diagnosen Komorbiditäten, n=16

Mit zunehmender Gewichtsrestitution waren die psychischen Komorbiditäten, die häufig in Zusammenhang mit der Essstörung einhergehen, in der Regel rückläufig.

In elf Familien mit einer magersüchtigen oder bulimischen Tochter bestand eine „Disharmonie zwischen den Erwachsenen“ (Achse V 1.1), bei 13 Vätern oder Müttern „eine psychische Störung/abweichendes Verhalten eines Elternteils“ (2.0), und bei zehn Familien eine „abweichende Elternsituation“ (5.1), d.h. die Eltern lebten getrennt, waren neue Partnerschaften eingegangen oder alleinerziehend. Bei 27 Familien wurde eine inadäquate/verzerrte Kommunikation (3.0) verschlüsselt, wobei letztere häufig erst im Verlauf der Erkrankung der Tochter aufgetreten ist.

Die psychosoziale Anpassung, welche auf der Achse VI bei Beginn und Ende der Behandlung eingeschätzt wurde, änderte sich durch die Gruppenbehandlung bei 19 Patientinnen entscheidend, bei neun blieb sie unverändert, der Rest war bei der Auswertung noch nicht verschlüsselt.



**Abbildung 4:** Psychosoziale Umstände

Bei der näheren Betrachtung des Körpergewichts vor und nach Beendigung der Behandlung zeigte sich bei den anorektischen Mädchen mit Diagnose F50.0 eine Gewichtszunahme von einem durchschnittlichen BMI von 16,5 (zwischen 13,9 und 18,3) auf einen altersabhängigen durchschnittlichen BMI von 18,7 (zwischen 16 und 21). Dazu ist zu bemerken, dass wir uns bei der Aufnahme in die Gruppe auf einen bestimmten BMI festlegen, aber auch die somatischen Komplikationen, das Ausmaß der Chronifizierung und Auszehrung sowie die Komorbidität darüber entscheiden, ob eine Aufnahme in die ambulante Gruppe vertretbar ist. In wenigen Fällen wurden stark untergewichtige Mädchen zunächst „auf Probe“ in die Gruppe aufgenommen, da sie während der Untersuchungsphase schon eine kontinuierliche Gewichtszunahme und hohe Therapiemotivation zeigten oder um sie dort in

der Motivationsphase von der Notwendigkeit der stationären Behandlung zu überzeugen. Bei der Entlassung legen wir uns auf den altersentsprechenden BMI von 18,5 fest, der einige Wochen gehalten werden muss. Bei den bulimischen Mädchen betrug der durchschnittliche BMI zu Beginn der Behandlung 19,8 (zwischen 16,6 und 23), am Ende der Behandlung 20,4 (zwischen 19 und 23). Letzteres belegt, dass obwohl diese Patientinnen das Erbrechen aufgeben, sie durchaus in der Lage sind ihr Gewicht zu halten, und es nicht, wie zu Beginn der Behandlung befürchtet, zu einer enormen Gewichtszunahme kommt.

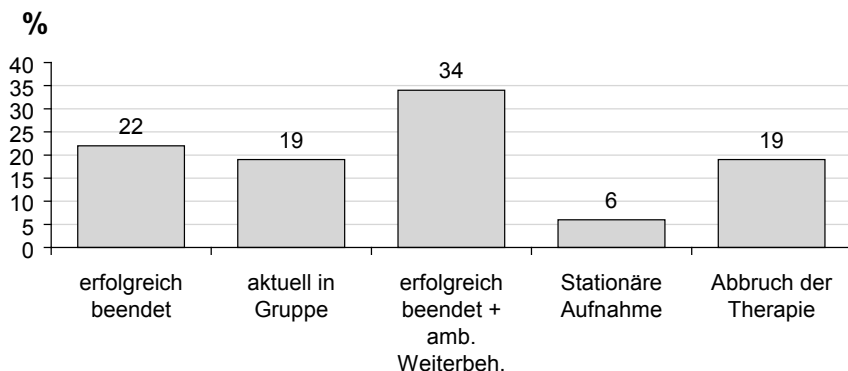


Abbildung 5: Outcome der ambulanten Gruppe n=36

Es handelt sich um eine vorläufige Einschätzung des Erfolges der Gruppenbehandlung durch zwei Gruppentherapeutinnen. Bei allen Patientinnen wurden in der Diagnostikphase und nach Abschluss der Behandlung eine körperliche Untersuchung und eine Testbatterie durchgeführt: HAWIK III bzw. HAWIE-R, Eating-Disorder-Inventory (EDI2), Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ), Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R), sowie ein projektives Verfahren (Rorschach Formdeutungsverfahren, Wartegg-Zeichentest, Satzergänzungstest). Bei der Hälfte der Patientinnen wurden auch die Frankfurter-Körperkonzept-Skalen (FKKS) angewandt. In der Diagnostikphase wurde eine ausführliche Familien- und biographische Anamnese erhoben. Alle vorliegenden Vorbefunde wurden gesichtet. Eine am Ende der Behandlung durchgeführte Befragung und Auswertung der medizinischen Befunde gab Auskunft über Gewicht, Menstruation, psychopathologischen Befund und familiäre Veränderungen. Der Erfolg der Behandlung wurde von zwei Therapeutinnen unabhängig aufgrund der vorliegenden Daten eingeschätzt. Eine ausführliche Untersuchung nach wissenschaftlichen Kriterien ist derzeit in Arbeit. Die vorläufige Einschätzung zeigt, dass 56 % der Mädchen die Behandlung erfolgreich beendeten, was die Essstörungssymptomatik, gemessen mit dem EDI2, das Gewicht und die psychosoziale Anpassung sowie die komorbiden Störungen betrifft. 19 % waren zu diesem Zeitpunkt noch

in der Gruppe, so dass diese Angabe nach der Auswertung höher liegen dürfte. Mittlerweile haben etwa 50 Mädchen die Gruppe durchlaufen. Relativ überdauernd und therapieresistent scheinen bestimmte Persönlichkeitsvariablen wie ein überhöhtes Leistungsideal und eine perfektionistische Haltung zu sein.

#### 4 Diskussion

Die Erfahrung von fünf Jahren ambulanter Gruppe für Jugendlichen mit Essstörungen hat uns gezeigt, dass sie eine sinnvolle und notwendige Ergänzung zu einem stationären Setting und zu einer Einzeltherapie ist. Das Interesse an der Gruppe ist sehr groß und Eltern und Betroffenen wird durch ein niedrigschwelliges Angebot der Einstieg in eine Behandlung erleichtert. Die Jugendlichen können in ihrem sozialen Umfeld verbleiben und der Transfer des therapeutischen Erfolges erfolgt unmittelbar in das Alltagsleben. Die Patientinnen werden nicht „an der Stationstür abgegeben“, die Eltern sind in die Therapie einbezogen, ohne Angst, von ihrem Kind über lange Monate getrennt zu werden. Die Gruppe kann sowohl zu einem stationären Aufenthalt motivieren als auch eine lang dauernde stationäre Behandlung abkürzen oder ersetzen. Gleichzeitig besteht ein Auffangnetz durch die Möglichkeit der raschen stationären Aufnahme bei möglichen Komplikationen. Der Schulbesuch kann ohne Unterbrechung fortgesetzt werden und die in der Adoleszenz so wichtigen Freundschaften und Freizeitaktivitäten können bestehen bleiben bzw. intensiviert werden.

Das Gruppensetting kommt den Autonomiebestrebungen der Mädchen sehr entgegen und bietet die Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen, die in der Einzeltherapie nicht gegeben ist. Das Gruppenkonzept entspricht den Bedürfnissen des Jugendalters und fördert die Selbstfindung und Selbstbestimmung, die maßgeblich zur Aufgabe der Essstörungssymptomatik beiträgt.

In der Regel entscheiden sich die Patientinnen spätestens nach der Motivationsphase für die Gruppe, weil sie das Gruppenmilieu erfahren, schätzen lernen und gerne kommen. Heftige Auseinandersetzungen der Eltern mit ihrem Kind, sich behandeln zu lassen, bleiben aus. Therapieabbrüche erfolgen selten, und falls doch, nur in der Motivationsphase. Im Lauf der Zeit nimmt die Gruppe einen zentralen Platz im Leben der Mädchen ein. Der Behandlungsplan wird auf jede Patientin individuell zugeschnitten und die Methoden sind durch ihre Vielfalt den Bedürfnissen von Jugendlichen angepasst, d.h. es wird diskutiert, entschieden, gestaltet, gemalt, getanzt, gemeinsam gegessen und nicht zu vergessen, auch geweint und gemeinsam gelacht. Die integrative Psychotherapie der Essstörungen berücksichtigt medizinische, psychologische und psychotherapeutische Erkenntnisse, die zum Erfolg der Gruppe beitragen.

Unser Konzept verwendet sehr unterschiedliche Therapieelemente, die sich zu einem vielschichtigen multimodalen Gesamtkonzept zusammenfügen, das auf die speziellen Bedürfnisse der essgestörten Jugendlichen und deren Eltern zugeschnitten ist. Die positiven Behandlungsergebnisse haben uns ermutigt, trEATit zu veröffentlichen.

## Literatur

- Bommert, H. (1982): Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Bruch, H. (1991): Essstörungen. Zur Therapie und Psychologie von Übergewicht und Magersucht. Frankfurt am Main: Fischer.
- Bruch H. (1982): Der Goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht. Frankfurt am Main: Fischer.
- Cierpka M.; Reich G. (2001): Die familientherapeutische Behandlung von Anorexie und Bulimie. In: Reich G.; Cierpka, M. (Hg): Psychotherapie der Essstörungen. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme, S. 128-155.
- Deusinger I.M. (1998): Frankfurter Körperkonzeptskalen. Göttingen: Hogrefe.
- Dilling H.; Mombour W.; Schmidt M. H. (Hg)(1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD 10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern : Huber.
- Fahrenberg J.; Hampel R.; Selg P. (1994): Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI). Revidierte Fassung ( FPI-R). Göttingen: Hogrefe.
- Fliegel S.; Groeger W.M.; Künzel R.; Schulte D.; Sorgatz H. (1994): Verhaltenstherapeutische Standardmethoden: Ein Übungsbuch. 3. Aufl., Weinheim: Beltz/PVU.
- Gerlinghoff M.; Backmund H. (1995): Therapie der Magersucht und Bulimie. Weinheim: Beltz.
- Gerlinghoff M.; Backmund H. (1999): Essen will gelernt sein. Ess-Störungen vorbeugen, erkennen und behandeln. München: DTV.
- Gerlinghoff M.; Backmund H. (1998): Der heimliche Heißhunger. Wenn Essen nicht mehr satt macht. Bulimie, 2. Aufl., München: DTV.
- Gerlinghoff M.; Backmund H.; Franzen U.; Gorzewski B.; Frenzel T. (1997): Strukturiertes tagklinisches Therapie-Programm für Essstörungen. Psychother. Psychosom. med. Psychol. 47: 12-20.
- Gowers S.; Bryant-Waugh R. (2004): Management of child and adolescent eating disorders: the current evidence base and future directions. Jorنال of Child Psychology and Psychiatry 45: 63 -83.
- Hagenah U.; Blume V.; Flacke-Redanz M.; Herpertz-Dahlmann B. (2003): Psychoedukation als Gruppenangebot für Eltern essgestörter Jugendlicher“. Z. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 31.
- Jacobi C.; Thiel A.; Paul T.; (1996): Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. Weinheim: PVU.
- Kanfer F.H.; Reinecker H.; Schmelzer D. (1996): Selbstmanagement-Therapie. 2 Aufl., Berlin: Springer.
- Leibl C.; Fumi M.; Naab S. (2001): Integrative Psychotherapie bei Essstörungen. Psycho 27: 604-610.
- Linden M.; Hautzinger M. (HG)(1996): Verhaltenstherapie: Techniken, Einzelverfahren und Handlungsanleitungen. Berlin: Springer.
- Lock J.; Agras W.S.; Bryson S.; Kraemer H.C., (2005): A Comparison of Short- and Long-term Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 44: 632-639.
- Minuchin S.; Rosman L.; Baker, L. (1983): Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Paul T.; Thiel A. (2005): EDI-2 Eating Disorder Inventory-2. Deutsche Version. Göttingen: Hogrefe.

- Peiffer E.; Hansen B.; Korte A.; Lehmkuhl U. (2005): Behandlung von Essstörungen aus Sicht der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54: 268-285.
- Reich G. (2003a): Familientherapie der Essstörungen. Göttingen: Hogrefe.
- Reich G. (2005): Familienbeziehungen und Familientherapie bei Essstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54: 318-336.
- Remschmidt H.; Schmidt M. H. (Hg)(1994): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 3. Aufl. Bern: Huber.
- Rohrschach H. (1962): Rohrschach-Test. Bern: Huber.
- Rühl U. & Jacobi C. (2005): Kognitiv-behaviorale Psychotherapie bei Jugendlichen mit Essstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54: 286-302.
- Salbach H.; Bohnkamp I.; Lehmkuhl U.; Pfeiffer E.; Korte A. (2006): Familienorientierte Gruppentherapie zur Behandlung von Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa – eine Pilotstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 34: 267-274.
- Steinhausen H.-C. (2005): Anorexia nervosa - Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Stiensmeier-Pelster J.; Schürmann M.; Duda K. (1989): Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ). Göttingen: Hogrefe.
- Sulz, S.K.D. (1993): Das Verhaltensdiagnostiksystem VDS: Von der Anamnese zum Therapieplan. 2. Aufl., München: CIP-Medien.
- Weber G.; Stierlin H. (2003): In Liebe entzweit. Ein systemischer Ansatz zum Verständnis und zur Behandlung der Magersuchtsfamilie. 2. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Wechsler D. (1985): Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder Revision 1991 (HAWIK-R). Deutsche Bearbeitung Tewes U. (Hg). Bern: Huber.
- Wechsler D. (1991): Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene. Revision 1991 (HAWIE-R). Deutsche Bearbeitung Tewes U. (Hg). Bern: Huber.
- Wartegg, E. (1968): Wartegg-Zeichen-Test (WZT). Göttingen: Hogrefe.
- Yalom I.D. (2003): Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Leben lernen 66. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

**Korrespondenzadresse:** Dipl. Psych. Petra Michler, Andrea Wolter-Flanz, Dr. Martin Linder, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie u. Psychotherapie, Bezirksklinikum Regensburg, Universitätsstr. 84, 93053 Regensburg;  
E-Mail: petra.michler@medbo.de, martin.linder@medbo.de