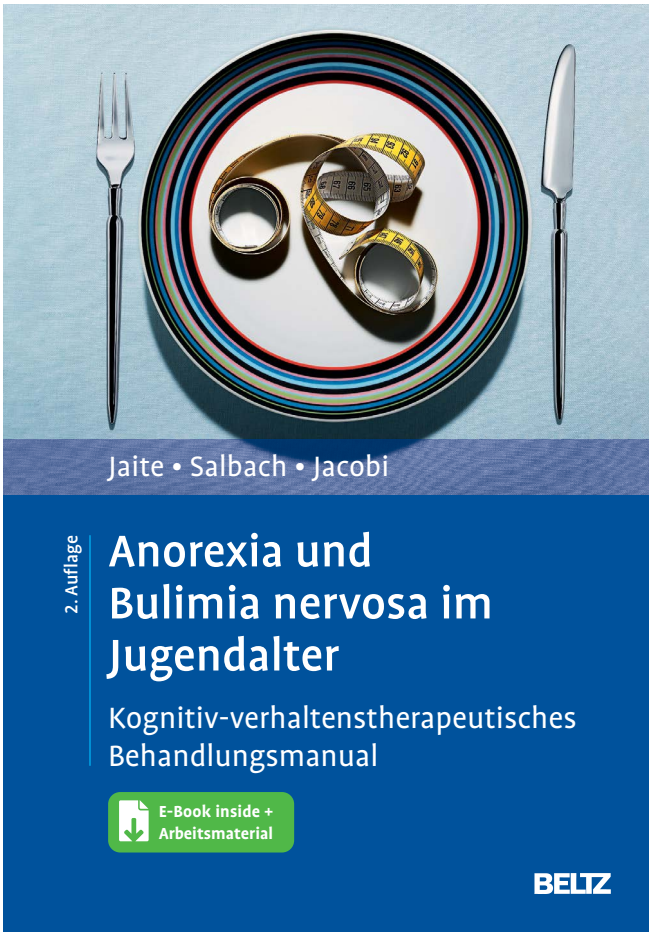


Leseprobe aus:
Jaite/Salbach/Jacobi, Anorexia und Bulimia Nervosa im Jugendalter, ISBN 978-3-621-28498-1
© 2021 Beltz Verlag, Weinheim Basel
http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28498-1

Jaite • Salbach • Jacobi

Anorexia und Bulimia nervosa im Jugendalter

Charlotte Jaite • Harriet Salbach • Corinna Jacobi

Anorexia und Bulimia nervosa im Jugendalter

Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

BELTZ

Dr. Dipl.-Psych. Charlotte Jaite
Charité-Universitätsmedizin Berlin
Campus Virchow-Klinikum
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
E-Mail: charlotte.jaite@charite.de

Apl.-Prof. Dr. Harriet Salbach
start: Psychotherapie & Coaching GmbH
Clayallee 177
14195 Berlin
h.salbach@start-psychotherapie.de

Prof. Dr. Corinna Jacobi
Professur »Klinische Psychologie und E-Mental-Health«
Institut für Klinische Psychologie
Technische Universität Dresden
Chemnitzer Str. 46
01187 Dresden
E-Mail: corinna.jacobi@tu-dresden.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.

Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28498-1 Print
ISBN 978-3-621-28850-7 E-Book (PDF)

2., überarbeitete Auflage 2021

© 2021 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Dagmar Kühnle Zerpa
Coverbild: © getty images / Eekhoff Picture Lab

Herstellung und Satz: Lelia Rehm
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhaltsübersicht

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter 10
Vorwort zur 2. Auflage 13

I Störungsbild 15
1 Symptomatik 17
2 Epidemiologie und Komorbidität 22
3 Klassifikation und Diagnostik im Jugendalter 27
4 Ätiologie 36
5 Stand der Therapieforschung 45

II Therapie 51
6 Aufbau des praktischen Teils 53
7 Beginn der Behandlung 56
8 Bausteine der Psychotherapie 65
9 Medizinische Maßnahmen 136
10 Manual für eine Einzel- und/oder Gruppentherapie 148
11 Therapie in verschiedenen Settings 171
12 Fallbeispiele 179

Anhang 207
Literatur 209
Hinweise zum Arbeitsmaterial 222
Sachwortverzeichnis 223

Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter 10

Vorwort zur 2. Auflage 13

I Störungsbild 15

1 Symptomatik 17
1.1 Anorexia nervosa im Jugendalter 17
1.2 Bulimia nervosa im Jugendalter 19

2 Epidemiologie und Komorbidität 22
2.1 Verbreitung und Verlauf 22
2.2 Psychische Komorbiditäten 24

3 Klassifikation und Diagnostik im Jugendalter 27
3.1 Diagnosekriterien der Anorexia nervosa 27
3.2 Diagnosekriterien der Bulimia nervosa 29
3.3 Differentialdiagnosen 31
3.4 Standardisierte diagnostische Instrumente 32

4 Ätiologie 36
4.1 Prädisponierende Faktoren 36
4.2 Auslösende Faktoren 40
4.3 Aufrechterhaltende Faktoren 40
4.4 Risikofaktoren 42

5 Stand der Therapieforschung 45
5.1 Anorexia nervosa 45
5.2 Bulimia nervosa 47
5.3 Prognostische Faktoren 48

II Therapie 51

6 Aufbau des praktischen Teils 53

7 Beginn der Behandlung 56
7.1 Motivationsklärung 56
7.2 Vorbereitende Phase 61

8 Bausteine der Psychotherapie 65
8.1 Spezifische Bausteine der Verhaltenstherapie im Jugendalter 65
8.1.1 Informationsvermittlung 65
8.1.2 Erarbeitung eines individuellen Störungsbildes und Formulierung von Therapiezielen 69
8.1.3 Normalisierung des Essverhaltens und Gewichts: Besprechung des Zielgewichts, Gewichtskontrolle, Therapievertrag 74
8.1.4 Veränderung von Problembereichen und dysfunktionalen Kognitionen 92
8.1.5 Behandlung der Körperbildstörung 99
8.1.6 Stabilisierung, Bilanzierung und Rückfallprophylaxe 101
8.2 Einbeziehung der Familie 103
8.2.1 Allgemeine Hinweise 103
8.2.2 Informationsvermittlung 105
8.2.3 Erarbeitung eines individuellen Störungsmodells und Formulierung von Therapiezielen 106
8.2.4 Normalisierung des Essverhaltens 110
8.2.5 Bearbeitung familiärer Probleme 124
8.2.6 Typische Situationen und Fallstricke 128
8.3 Telefoncoaching 129
8.3.1 Telefoncoaching mit der Patientin 129
8.3.2 Telefoncoaching mit den Eltern 132

9 Medizinische Maßnahmen 136
Ulrich Hagenah
9.1 Somatische Rehabilitation 136
9.1.1 Körperliche Symptomatik 137
9.1.2 Somatische Differentialdiagnostik 140
9.1.3 Somatische Behandlung 142
9.1.4 Sondenernährung 142
9.2 Medikamentöse Behandlung 143
9.2.1 Behandlung der Kernsymptomatik bei Anorexia nervosa 143
9.2.2 Behandlung der Kernsymptomatik bei Bulimia nervosa 146

10 Manual für eine Einzel- und/oder Gruppentherapie 148

11 Therapie in verschiedenen Settings 171
11.1 Ambulante Therapie 171
11.2 Teilstationäre Behandlung 174
11.3 Stationäre Behandlung 176

12 Fallbeispiele 179
12.1 Kasuistik 1: 16-jährige Patientin mit Bulimia nervosa 179
12.1.1 Kasuistik 1: 1. Sitzung 179
12.1.2 Kasuistik 1: 2. bis 4. Sitzung 180
12.1.3 Kasuistik 1: 5. und 6. Sitzung 183
12.1.4 Kasuistik 1: 7. und 8. Sitzung 185
12.1.5 Kasuistik 1: 9. bis 13. Sitzung 188
12.1.6 Kasuistik 1: 14. bis 19. Sitzung 190
12.1.7 Kasuistik 1: 20. bis 30. Sitzung 191
12.1.8 Kasuistik 1: 31. bis 40. Sitzung 192
12.1.9 Kasuistik 1: 41. bis 45. Sitzung 194
12.1.10 Kasuistik 1: 46. und 47. Sitzung (Auffrischungssitzungen) 194
12.2 Kasuistik 2: 15-jährige Patientin mit Anorexia nervosa 195
12.2.1 Kasuistik 2: 1. Sitzung 195
12.2.2 Kasuistik 2: 2. bis 4. Sitzung 196
12.2.3 Kasuistik 2: 5. und 6. Sitzung 198
12.2.4 Kasuistik 2: 7. bis 10. Sitzung 199
12.2.5 Kasuistik 2: 11. bis 20. Sitzung 200
12.2.6 Kasuistik 2: 21. bis 33. Sitzung 202
12.2.7 Kasuistik 2: 34. bis 50. Sitzung 203
12.2.8 Kasuistik 2: 51. Sitzung 205

Anhang 207

Literatur 209
Hinweise zum Arbeitsmaterial 222
Sachwortverzeichnis 223

7 Beginn der Behandlung

7.1 Motivationsklärung

Erfassung der Motivation der Patientin

Jugendliche Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa sind des Öfteren ambivalent gegenüber einer Behandlung eingestellt. Einerseits haben sie Angst vor einer Gewichtszunahme, andererseits verspüren sie den Wunsch, einzelne mit der Essstörung assoziierte Symptome (u. a. ständige Beschäftigung mit dem Essen, sozialer Rückzug, depressive Störung) aufgeben zu wollen. Gerade Patientinnen mit Anorexia nervosa sind häufig stolz auf ihr restriktives Essverhalten und erleben das Gefühl, Kontrolle über das Essverhalten zu haben, als verstärkend. Diese positiv erlebten Funktionen der Essstörung führen oftmals zu einer geringen Änderungsmotivation bei den Betroffenen. Während Patientinnen mit Anorexia nervosa die Essstörung eher als »Ich-synton« wahrnehmen, wird diese von Patientinnen mit Bulimia nervosa eher als »Ich-dyston« empfunden (Bulik & Kendler, 2000; Vitousek et al., 1998). Jugendliche mit Bulimia nervosa sind – bezogen auf ihre Essanfälle – meistens stärker um eine Veränderung bemüht und betrachten die Essstörung häufig kritischer. Indes sind sie oft ambivalent gegenüber dem Verzicht auf aktive Maßnahmen zur Gewichtsreduktion (u. a. Laxanzien, Diuretika, Erbrechen, Sport) eingestellt, da sie eine Gewichtszunahme befürchten.

Oft wird die Jugendliche mit Anorexia oder Bulimia nervosa von ihren Eltern zur Behandlung »geschickt«. Die veränderungsbereiten Anteile der Patientin sind dann nicht selten unzureichend ausgeprägt. Darüber hinaus wird der Jugendlichen häufig durch Angehörige und Freunde vermittelt, wie gefährlich und unbedacht ihr gestörtes Essverhalten ist, was seitens der Jugendlichen zu Abwehr sowie Rückzugsverhalten führt und sich nicht förderlich auf die Motivation auswirkt, die Erkrankung professionell behandeln zu lassen.

Um die Motivationslage der Patientin realistisch einzuschätzen, ist es hilfreich, sich am Phasenmodell von Prochaska und DiClemente (1982) zu orientieren. Dieses Modell wurde von Garner et al. (1997) auf den Essstörungsbereich übertragen und enthält die folgenden fünf Phasen:

Phase 1: »Precontemplation« (Sorglosigkeit). Die Jugendliche verspürt noch nicht das Bedürfnis, ihr Essverhalten zu ändern. Patientinnen, die in dieser Phase in die Therapie kommen, werden meistens von ihren Eltern und/oder Kinder- bzw. Hausärzten geschickt.

Phase 2: »Contemplation« (Bewusstwerden). Die Jugendliche hat bereits ein Problembewusstsein für ihre Essstörung entwickelt, sie denkt eventuell über eine Veränderung nach, ist allerdings diesbezüglich ambivalent eingestellt.

Phase 3: »Preparation« (Auseinandersetzung/Vorbereitung). Die Jugendliche möchte etwas gegen die Essstörungssymptomatik unternehmen, es hat aber konkret noch keine

Änderung begonnen. Zum Beispiel spricht sie in dieser Phase mit ihren Eltern und/oder mit dem Kinderarzt über ihr Problem und sucht nach professioneller Hilfe.

Phase 4: »Action« (Handlungsbeginn). In dieser Phase verändert die Patientin ihr Verhalten, um eine Reduktion ihrer Essstörungssymptome zu erreichen. Damit die in diesem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Manual dargestellten Interventionen erfolgreich sind, muss sich die Therapeutin fortwährend vergewissern, ob sich die Patientin in dieser Phase befindet. Es ist die Aufgabe der Therapeutin, evtl. auftretende Ambivalenzen seitens der Patientin bezüglich ihres Entschlusses, das problematische Essverhalten tatsächlich ändern zu wollen, wahrzunehmen und anzusprechen. Werden solche Ambivalenzen deutlich, kann es hilfreich sein, erneut die Vor- und Nachteile der Erkrankung mit der Patientin zu besprechen (vgl. Abschn. *Interventionen zur Motivationssteigerung der Patientin*).

Phase 5: »Maintenance« (Aufrechterhaltung). In dieser Phase stabilisiert die jugendliche Patientin ihre im Rahmen der Therapie erzielten Verhaltensänderungen. Außerdem erlernt sie Techniken zur Rückfallprophylaxe.

Hervorzuheben ist, dass die Patientinnen die einzelnen Phasen nicht zwangsläufig hintereinander durchlaufen. So kommt es durchaus vor, dass eine Patientin z. B. entschlossen ist, ihre Erkrankung besiegen zu wollen (Phase 3: »Preparation«) und einen Psychotherapietermin vereinbart. Nach diesem Termin ist die Patientin jedoch erneut ambivalent gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung eingestellt und möchte ihre Erkrankung u. a. aufgrund der »subjektiven« Vorteile doch nicht unbedingt aufgeben (Phase 2: »Contemplation«). Außerdem kann sich eine Betroffene zugleich in unterschiedlichen Phasen befinden. So kann sich z. B. eine Patientin mit Bulimia nervosa auf keinen Fall vorstellen, regelmäßig und ausgewogen mehrmals am Tag Nahrung zu sich zu nehmen, möchte aber auf jeden Fall ihre Essanfälle mit anschließendem Erbrechen deutlich reduzieren. Die Therapeutin hat die Aufgabe, darauf zu achten, dass die eingesetzten therapeutischen Interventionen auf die Motivationsphase abgestimmt sind, in der sich die Patientin befindet. Wird eine Patientin mit Bulimia nervosa z. B. von ihren Eltern zur psychotherapeutischen Behandlung »geschickt«, ist aber derzeit nicht krankheitseinsichtig, so sollten noch keine therapeutischen Interventionen (Phase 4 »Action«; z. B. Normalisierung des Essverhaltens) erfolgen. Die Betroffene befindet sich nämlich erst in Phase 1 (»Precontemplation«) und verspürt daher noch nicht das Bedürfnis, ihr Essverhalten zu ändern. Aufgabe der Therapeutin ist es, ein Problembewusstsein für die Erkrankung auf Seiten der Patientin zu entwickeln und sie zu motivieren, ihr Verhalten zu ändern.

Erfassung der Motivation der Eltern

Neben der Erfassung der Therapiemotivation der Jugendlichen ist es ebenfalls wichtig, die Motivation der Eltern zu klären und zu berücksichtigen. So gibt es durchaus Situationen, in denen die Anorexia oder Bulimia nervosa den Zusammenhalt der Familie positiv beeinflusst. In solchen Fällen hat die Therapeutin die Aufgabe, die Therapiemotivation jedes einzelnen Familienmitglieds zu analysieren und entsprechend zu handeln. Vertreten die Eltern z. B. nicht die Auffassung, dass ihrer Tochter pro-

fessionell geholfen werden muss, ist es von großer Bedeutung, die Eltern von einer professionellen Behandlung zu überzeugen und sie zu motivieren, sich während der Behandlung für eine erfolgreiche Therapie zu engagieren.

Zur Klärung der Motivation der Familie können folgende Fragen an die Familie hilfreich sein:

- Warum möchte sich die Patientin behandeln lassen?
- Warum möchte sich die Patientin gerade jetzt behandeln lassen?
- Wollen die Eltern ebenfalls, dass sich ihr Kind behandeln lässt? Wenn ja, warum und warum zum jetzigen Zeitpunkt?
- Warum ist die Patientin mit ihren Eltern gerade hierher gekommen?
- Wurden bereits Behandlungen durchgeführt? Wenn ja, welche (stationär, teilstationär und ambulant)?
- Wie wurden diese Vorbehandlungen von der Patientin und von ihren Eltern bewertet?
- Wie stehen die Patientin bzw. die Eltern zu einer notwendigen Gewichtszunahme? Negative Bewertungen früherer Behandlungen sollten genauer hinterfragt werden aufgrund der Gefahr, dass sich alte Verhaltensmuster wiederholen.

Folgende Verhaltensweisen können darauf hindeuten, dass die Patientin noch nicht ausreichend motiviert ist, ihr Verhalten zu verändern.

Die jugendliche Patientin

- mit Anorexia nervosa möchte sich in der Therapie nicht mit ihrem Gewicht und Essensplänen auseinandersetzen.
- mit Anorexia nervosa möchte nicht an Gewicht zunehmen und nicht regelmäßig und ausgewogen Nahrung zu sich nehmen.
- mit Bulimia nervosa kann sich nicht vorstellen, ihre Essanfälle mit anschließendem Erbrechen aufzugeben.
- erscheint unentschuldigt nicht zur Therapie.
- vergisst mehrmals, die Hausaufgaben zu machen.
- möchte nicht, dass ihre Eltern ihr Essverhalten kontrollieren.
- meidet gemeinsame Mahlzeiten mit den Eltern.
- vergisst, sich wöchentlich beim Arzt zu wiegen.

Therapeutische Haltung

Zur Erhöhung bzw. Aufrechterhaltung einer adäquaten Therapiemotivation ist eine therapeutische Haltung erforderlich, die es den Patientinnen sowie den Eltern ermöglicht, offen über die Probleme mit dem Essen sowie über familiäre und individuelle Probleme zu reden. Es hat sich für den therapeutischen Prozess als vorteilhaft erwiesen, wenn die Patientin wahrnimmt, dass die Eltern eine gute Beziehung zur Therapeutin aufgebaut haben. Seitens der Therapeutin ist es wichtig, stets allparteilich zu sein. Das heißt, sie darf nicht als Verbündete der Eltern gegen die Patientin angesehen werden und auch nicht als Verbündete der Patientin gegen die Eltern (Borg-Laufs, 2009).

Ein empathisches und wertungsfreies Verhalten der Therapeutin gegenüber der Patientin ist förderlich und kann sie zur Selbstöffnung ermutigen. Sie kann der Patientin

verdeutlichen, dass sie deren gestörtes Essverhalten in der jetzigen Situation akzeptieren und nachvollziehen kann, es ist jedoch wichtig, dabei gleichzeitig ein ausgeprägtes Engagement gegen die Essstörung zu zeigen. Bei der Gestaltung der therapeutischen Beziehung ist der Entwicklungsstand des Kindes bzw. der Jugendlichen zu berücksichtigen, damit eine adäquate Nähe-Distanz-Regulation ermöglicht wird und die Patientin sich verstanden und angenommen fühlt.

Es ist nicht auszuschließen, dass Eltern in Anwesenheit ihres Kindes sehr ausführlich das inadäquate Essverhalten thematisieren. Dies führt zu Scham- und Schuldgefühlen auf Seiten der Patientin und sollte durch die Therapeutin unterbunden werden.

Interventionen zur Motivationssteigerung der Patientin

Befindet sich die jugendliche Patientin in der Phase 1 bis Phase 3 des Modells von Prochaska und DiClemente (1982), so können folgende Interventionen zur Motivationssteigerung eingesetzt werden:

Besprechung der individuellen Folgeerscheinungen der Essstörung. An erster Stelle steht das gemeinsame Identifizieren der bei der Patientin vorliegenden psychischen und körperlichen Folgeerscheinungen (z. B. sozialer Rückzug, ständige Beschäftigung mit Kalorien und Essen, Gereiztheit, trockene Haut, Haarausfall). Auch wird die Patientin über die am häufigsten auftretenden Symptome sowie Folgeerscheinungen informiert (vgl. Abschn. 8.1.1; AB 4 und 5). Ist die Patientin einer notwendigen Gewichtszunahme und/oder einer kontinuierlichen und variationsreichen Ernährung gegenüber negativ eingestellt, so ist es wichtig, schon frühzeitig auf die Bedeutung des Mindestnormalgewichts hinzuweisen und bulimischen Patientinnen die körperlichen und physiologischen Bedingungen aufzuzeigen, die u. a. für das Auftreten von Essanfällen und Erbrechen verantwortlich sind. Eine ausführliche Informationsvermittlung sollte später im Rahmen der Behandlung stattfinden.

AB 4, 5

Identifikation der Vor- und Nachteile der Anorexia oder Bulimia nervosa. Zunächst kann die Patientin ermutigt werden, zwei Briefe an die Essstörung zu schreiben (AB 1). In dem ersten Brief mit der Überschrift »Essstörung, du bist meine beste Freundin«, beschreibt die Patientin alle Vorteile ihrer Erkrankung. Dadurch werden die positiven Aspekte der Essstörung thematisiert. Mithilfe des zweiten Briefes »Essstörung, du bist meine größte Feindin«, werden die Nachteile der Anorexia oder Bulimia nervosa von der Jugendlichen schriftlich erfasst (s. u.).

AB 1

Zwei Briefe an die Essstörung

Beispiel für zwei Briefe, die von einer Patientin mit Anorexia nervosa verfasst wurden.

Anorexie, du bist meine beste Freundin, weil ich nur von dir die Aufmerksamkeit bekomme, die ich immer haben wollte. In der Schule bewundern mich meine Freundinnen, weil ich durch dich so diszipliniert geworden bin. Ich schaffe es jetzt, keine Süßigkeiten und fettes Essen mehr zu essen und ernähre mich fast nur von Obst und etwas Müsli. Ich mache jetzt endlich

wieder jeden Tag Sport. Dadurch schwabbelt mein Körper nicht mehr so. Ich bin jetzt die Dünnste in meiner Klasse und bekomme Komplimente. Ich passe in die Konfektionsgröße 32, die kein Mädchen in meiner Klasse tragen kann. Zu Hause kümmern sich meine Eltern viel mehr um mich und streiten sich weniger. Mein Bruder ist nicht mehr gemein zu mir und unternimmt sogar manchmal was mit mir. Ich brauche dich!
Deine K.

Anorexie, du bist meine größte Feindin, weil ich wegen dir ständig ans Essen denken muss. Du bist schuld, dass ich immer Kalorien zählen muss und mich nicht um andere Dinge kümmern kann. Deinetwegen ziehe ich mich immer mehr zurück und treffe mich nach der Schule nicht mehr mit Freuden. Du bist daran schuld, dass ich keine Schokolade, keinen Kuchen, keine Burger, keine Pommes mehr esse, was ich früher so geliebt habe. Ich bin oft sehr schlapp und müde und möchte am liebsten schlafen. Du zwingst mich dazu, täglich Sport zu treiben, obwohl ich eigentlich viel zu müde dafür bin. Du machst mir das Leben zur Hölle, weil ich durch dich ständig auf der Waage stehe. Ich muss mich immer wieder im Spiegel angucken und finde eigentlich alles an mir hässlich und zu dick. Bevor es dich gab, mochte ich mich und meinen Körper. Du bist schuld, dass ich immer dünner werden will. Obwohl ich jetzt Konfektionsgröße 32 habe und 42 kg wiege, fühle ich mich zu dick. Ich kann mich schwer konzentrieren und brauche deswegen immer so lange bei den Hausaufgaben. Mit meinen Eltern streite ich mich um das Essen, weil sie mir immer Nahrungsmittel andrehen möchten, die ich deinetwegen nicht mehr esse. Mein Bruder macht zwar mehr mit mir, behandelt mich aber wie ein kleines, krankes Mädchen. Du bist daran schuld, dass ich da nicht herauskomme und dafür hasse ich dich!
Deine unglückliche K.

Da es sich bei den Vorteilen der Essstörung um sozial unerwünschtes Verhalten handelt, sollte die Therapeutin sehr sensibel vorgehen und die Patientin bei der Suche nach den positiven Seiten der Erkrankung unterstützen. Die Jugendliche sollte durchaus die Erfahrung machen, dass die Therapeutin ihr dysfunktionales Essverhalten in ihrer jetzigen Situation nachvollziehen kann.

Nachdem die Vor- und Nachteile der Anorexia oder Bulimia nervosa in dem Brief formuliert wurden, werden diese in einem zweiten Schritt gegeneinander abgewogen. Die Patientin wird dabei aufgefordert, die Vor- und Nachteile der Essstörung in eine Tabelle zu schreiben und dabei einzuschätzen, wie wichtig die einzelnen Punkte auf einer Skala von 0 (gar nicht) bis 10 (extrem wichtig) für sie sind (s. u.).

Vor- und Nachteile der Anorexia nervosa. Das Abwägen der Vor- und Nachteile der Anorexia oder Bulimia nervosa ermöglicht oft eine kritischere Haltung gegenüber der Erkrankung.

Tabelle 7.1 Beispiel für die Auflistung der Vor- und Nachteile der Patientin mit Anorexia nervosa, die die beiden oben dargestellten Briefe verfasst hat

Vorteile	Wichtigkeit	Nachteile	Wichtigkeit
Bekomme Aufmerksamkeit	9	Muss ständig an Essen denken	9
Werde in der Schule bewundert	8	Ziehe mich zurück	8
Bin diszipliniert	6	Bin oft schlapp und müde	8
Bin sportlich	6	Stehe ständig auf der Waage	9
Bin die Dünnste in meiner Klasse	7	Muss ständig in den Spiegel schauen	9
Passe in Konfektionsgröße 32	7	Kann mich schlecht konzentrieren	7
Meine Eltern kümmern sich mehr um mich	6	Streite mich mit meinen Eltern um das Essen	6
Meine Eltern streiten sich weniger	6	Mein Bruder behandelt mich wie ein kleines Mädchen	6
Mein Bruder ist netter zu mir	4		

Hinterfragen der Befürchtungen. Hat eine Patientin auch nach umfangreicher Psychoedukation und Abwägung der Vor- und Nachteile der Erkrankung weiterhin große Vorbehalte, z. B. bezogen auf eine notwendige Gewichtszunahme, so sollten die Hintergründe der Befürchtungen ausführlich mit der Patientin besprochen werden.

Interventionen zur Motivationssteigerung der Eltern

Bei Eltern, die die Erkrankung ihres Kindes herunterspielen, ist es sinnvoll, sie schon frühzeitig über die medizinischen Komplikationen und Folgeschäden der Erkrankung zu informieren (vgl. Abschn. 8.1.1 und 8.2.2). Die Therapeutin sollte die Eltern auch direkt befragen, welche medizinischen Komplikationen und Folgeschäden sie oder der Kinderarzt bei ihrem Kind bereits beobachtet haben. Es ist wichtig, die Eltern dafür zu sensibilisieren, die Verhaltensänderung ihres Kindes wahr und ernst zu nehmen. Eventuell kann es nützlich sein, auch mit den Eltern die Vor- und Nachteile einer ambulanten bzw. stationären Behandlung zu besprechen.

7.2 Vorbereitende Phase

Zu Beginn der Behandlung ist es notwendig, Vorgespräche mit der Patientin und ihren Eltern sowie mit der Patientin allein zu führen. Weiterhin sollte eine umfassende körperliche Untersuchung (vgl. Kap. 9) und zur Erfassung des pathologischen Essverhaltens sowie der genauen Psychopathologie eine testpsychologische Untersuchung erfolgen (s. Abschn. 3.4). Das Ziel dieser vorbereitenden Phase ist die Überprüfung der differentiellen Indikation zur Behandlung.

Indikation

Die unten dargestellte Tabelle zeigt auf, unter welchen Umständen eine ambulante psychotherapeutische Behandlung bei Jugendlichen kontraindiziert und eine stationäre bzw. teilstationäre Behandlung empfohlen wird (vgl. Kap. 11).

Tabelle 7.2 Indikationen für eine stationäre Behandlung (modifiziert nach Leitlinien der Dt. Gesellschaft für KJPP, 2007; Zeeck et al., 2019)

Anorexia nervosa	Bulimia nervosa
Medizinische Kriterien	
▶ Kritisches Untergewicht (BMI < 3. BMI-Altersperzentile) ▶ Rascher Gewichtsverlust oder keine hinreichende Gewichtszunahme ▶ Keine ausreichende Flüssigkeitszufuhr ▶ Ausgeprägte bulimische Symptomatik (z. B. massiver Missbrauch von Laxanzien/Diuretika, schwere Essanfälle mit Erbrechen) und/oder exzessives Sporttreiben ▶ Suizidgefahr ▶ Schwerwiegende psychische Komorbiditäten ▶ Ausgeprägte Selbstverletzungen	▶ Somatische Komplikationen (z. B. ausgeprägte Elektrolytstörung) ▶ Hohe Frequenz von Essanfällen und/oder Erbrechen, Laxanzien-, Diuretikamissbrauch ▶ Ausgeprägte Selbstverletzungen ▶ Substanzmissbrauch ▶ Schwerwiegende psychische Komorbiditäten ▶ Suizidgefahr ▶ Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung
Psychosoziale Kriterien	
▶ Festgefahrene familiäre Interaktionen ▶ Dekompensation der Eltern ▶ Soziale Isolation ▶ V. a. emotionale Vernachlässigung, körperliche oder sexuelle Gewalterfahrung ▶ Scheitern ambulanter und/oder teilstationärer Behandlungsversuche (z. B. mangelnde Compliance bezüglich regelmäßiger Nahrungsaufnahme und Gewichtszunahme)	

Weiterhin muss abgewogen werden, ob die notwendigen intellektuellen Voraussetzungen für die Durchführung einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung bei allen Familienmitgliedern gegeben sind.

Schließlich sollte die Indikation bei Jugendlichen mit Anorexia und Bulimia nervosa erst dann gestellt werden, wenn die Patientin sowie die Eltern sich auf ein symptom- und konfliktzentriertes Vorgehen einlassen können. Die Patientin sollte einverstanden sein, dass die Eltern in die Behandlung einbezogen werden, und die Eltern müssten sich dazu bereit erklären, die Therapie aktiv zu begleiten.

Vorgespräch und Erstellung der Anamnese

Im Rahmen der Vorgespräche ist die Erhebung der Anamnese meist nicht umfassend möglich. Die noch nicht erfassten Informationen zur Krankheitsgeschichte sind dann zu Behandlungsbeginn zu erheben. Neben der Erhebung einer typischen, eher medizinisch orientierten Eigen- und Familienanamnese, sollten Informationen zur Anam-

nese der Essstörung erhoben werden. Ebenso sind Fragen zum Überweisungskontext, zu psychischen Komorbiditäten und zu biografischen Bedingungen der Entstehung und Aufrechterhaltung der Essstörung (vgl. auch Abschn. 8.1.2) wichtig zu stellen. Um umfassende Informationen zu erhalten, sollten dabei sowohl die Patientin als auch die Eltern befragt werden. Im Folgenden sind Beispiele für Fragen dargestellt, die sich auf die Anamnese der Anorexia und/oder Bulimia nervosa beziehen und im Rahmen der Vorgespräche von der Therapeutin erfragt werden könnten.

Mögliche Fragen, die zur Erstellung der Anamnese der Anorexia und/oder Bulimia nervosa der Patientin sowie ihren Eltern gestellt werden

- Seit wann leidet die Patientin unter der Anorexia oder Bulimia nervosa?
- Seit wann bestehen Probleme mit Essen, Figur und Gewicht?
- Warum sucht die Patientin gerade zum jetzigen Zeitpunkt die Therapie auf?
- Wie sehen die aktuellen Symptome der Anorexia oder Bulimia nervosa aus?
- Gab es bereits vor Beginn der Anorexia oder Bulimia nervosa Probleme mit dem Essen? Wenn ja, wie sahen diese aus?
- Wurden bereits Diäten gemacht, um eine Gewichtsreduktion zu bewirken?
- Wann traten zum ersten Mal Essanfälle auf?
- Wann wurde zum ersten Mal gewichtsreduzierende Maßnahmen (z. B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmittel oder Entwässerungsmittel) eingesetzt?
- Gibt es bestimmte Ereignisse, die die Anorexia oder Bulimia nervosa ausgelöst haben könnten?
- Wodurch bleiben die derzeitigen Probleme mit dem Essen weiterhin bestehen?
- Wie steht die Patientin zu einer notwendigen Gewichtszunahme?
- Welche weiteren Problembereiche liegen vor (u. a. Depressivität, Zwangssymptome, Alkohol, Drogen, Suizidalität)?
- Leiden andere Mitglieder der Familie ebenfalls unter Essstörungen bzw. gestörtem Essverhalten?
- Gab es in der Vorgeschichte bereits Therapien (stationär, teilstationär und ambulant)? Welche Erfahrungen hat die Patientin in vorangegangenen Therapien gemacht? Aus welchen Gründen wurden vorangegangene Therapien abgebrochen?

Ein weiteres Thema im Rahmen des Vorgesprächs ist die Besprechung der Erwartungen der Patientin sowie ihrer Eltern an die Therapie. Zu hohe Erwartungen von Seiten der Familie bergen die Gefahr, dass schnell Frustrationen auftreten, die sich ungünstig auf den Therapieverlauf auswirken. Die Therapeutin hat daher die Aufgabe, der Patientin und ihren Eltern ein realistisches Bild über den Verlauf der Erkrankung zu vermitteln (s. Abschn. 5.3). Es sollte der Familie verdeutlicht werden, dass es sich um eine für das Jugendalter schwere psychische Störung handelt, die eine kontinuierli-

che, für das Jugendalter relativ lange psychotherapeutische Behandlung erfordert und manchmal im Verlauf der Behandlung auch mit Rückschritten verbunden ist. Bereits im Vorgespräch sollte das Therapiekonzept beschrieben und dargelegt werden, dass die Eltern in die psychotherapeutische Behandlung umfassend einbezogen werden (vgl. Abschn. 8.2 sowie 8.3.2).

Psychologische Eingangsdiagnostik

Um den Behandlungserfolg zu optimieren, ist im Rahmen der Vorgespräche eine umfassende Diagnostik von großer Bedeutung. Neben der genauen Erfassung der Essstörung ist die Erhebung psychischer Komorbiditäten (insbesondere der komorbiden Störungen, die in die Therapie einbezogen werden müssen) entscheidend. Die in Abschnitt 3.4 dargestellten Fragebogen und Interviewverfahren eignen sich für die primäre Diagnostik und sind ebenfalls bei einer Verlaufsbeurteilung gut einsetzbar.

Körperliche Untersuchung

Anorexia und Bulimia nervosa können zu schwerwiegenden medizinischen Komplikationen und Folgeschäden führen. Daher ist eine eingehende internistisch/pädiatrisch-neurologische Untersuchung mit Überprüfung des Zahnstatus zu Beginn der Behandlung dringend notwendig. Auch im Verlauf der Behandlung sind ein intensives körperliches Monitoring und ein enger Austausch zwischen Therapeutin und Kinderarzt dringend notwendig (vgl. Kap. 9).

8 Bausteine der Psychotherapie

8.1 Spezifische Bausteine der Verhaltenstherapie im Jugendalter

Im Folgenden werden die essstörungsspezifischen Bausteine der Verhaltenstherapie dargestellt. Dabei wird zunächst auf die einzeltherapeutische Behandlung der Jugendlichen eingegangen und anschließend werden therapeutische Elemente unter Einbeziehung der Eltern aufgezeigt. Zum Schluss wird dargestellt, wie Telefoncoaching bei der verhaltenstherapeutischen Behandlung von essgestörten Jugendlichen unter Einbeziehung der Eltern erfolgreich eingesetzt wird.

Zu erwähnen ist, dass Jugendliche mit Anorexia und Bulimia nervosa häufig auch defizitäre soziale Fähigkeiten besitzen und unter einem mangelnden Selbstwertgefühl leiden. Interventionen zur Verbesserung sozialer Kompetenzen sowie Techniken zur Selbstwertsteigerung werden in diesem Manual allerdings nicht aufgezeigt. Stattdessen wird auf die beiden ausführlichen Manuale von Hinsch und Pfingsten (2015) sowie Potreck-Rose und Jacob (2019) verwiesen, die ebenfalls gut im Jugendalter einsetzbar sind.

8.1.1 Informationsvermittlung

Im Rahmen der verhaltenstherapeutischen Behandlung sollen die Patientinnen und deren Eltern (vgl. Abschn. 8.2.2) ausführlich über folgende Aspekte aufgeklärt werden (vgl. Jacobi et al., 2016):

- Symptome der Anorexia und Bulimia nervosa;
- Folgeschäden von Essstörungen;
- Regulation des Körpergewichts (Set-Point-Theorie) und Mindestnormalgewicht;
- Gesundheitsfördernde Ernährung.

Informationen über die Symptome der Anorexia und Bulimia nervosa

Häufig verfügen Patientinnen sowie deren Eltern über ein unzureichendes Wissen hinsichtlich des Störungsbildes. Sie haben Schwierigkeiten, die Unterschiede zwischen einer Anorexia und einer Bulimia nervosa zu sehen, wissen nicht, dass einige ihrer Symptome mit der Essstörung zusammenhängen (z. B. Körperbildstörung), und dass psychische Komorbiditäten häufig bei Patientinnen mit Essstörungen vorzufinden sind (vgl. Kap. 2).

Aus diesem Grund ist es wichtig, der Patientin zunächst die Symptome der Erkrankung darzulegen sowie die Patientin danach zu fragen, welche Merkmale ihrer Auffassung nach zu ihrer Essstörung gehören. Falsche Vermutungen sind im Anschluss zu besprechen, fehlende Symptome und Informationen zu psychischen Komorbiditäten sollten ebenfalls thematisiert werden (Info 1).

INFO 1

INFO 2, 3

Damit die Patientinnen ein Gefühl dafür bekommen, wo sie sich derzeit mit ihrem Gewicht befinden, empfiehlt es sich, ihnen die BMI-Altersperzentilen zu erläutern (INFO 2, 3) und ihnen dort ihr derzeitiges Gewicht einzutragen. Bei Patientinnen mit Anorexia nervosa sollte die Therapeutin darauf hinweisen, dass das Gewichtskriterium für die Diagnose Anorexia nervosa erfüllt ist, wenn sich das Gewicht der Jugendlichen unter der 10. BMI-Altersperzentile befindet (vgl. Abschn. 3.1).

Informationen über Folgeschäden von Essstörungen

Die Aufklärung der Patientinnen über medizinische und psychische Folgeschäden von Essstörungen ist auch bei Jugendlichen von hoher Relevanz. Aus diesem Grund sollten die Jugendlichen schon zu Beginn der Therapie darüber informiert werden. Es hat sich bei Jugendlichen als sinnvoll erwiesen, in einem ersten Schritt die Betroffene direkt nach ihren körperlichen Beschwerden und psychischen Folgen zu fragen und erst im Anschluss auf die medizinischen und psychischen Folgeerscheinungen einzugehen, die zusätzlich bei Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa auftreten können (AB 2). Informationsblatt 4 zeigt die häufigsten körperlichen und psychischen Folgeschäden für Jugendliche und deren Eltern auf.

AB 2

INFO 4

Wichtig

Werden Jugendlichen die Folgeschäden mitgeteilt, so sind sie meistens kurz beunruhigt, haben aber die Information schnell vergessen. Aus diesem Grund ist es ratsam, ihnen im Verlauf der Therapie vor allem die persönlichen körperlichen Beschwerden und psychischen Folgen immer wieder ins Bewusstsein zu rufen.

Die Tatsache, dass viele der Folgeschäden reversibel sind und daher nach Normalisierung des Essverhaltens verswinden, ist eine für die Patientinnen wichtige Information. Sie kann die Motivation fördern, die Erkrankung zu besiegen und die Therapeutin wirkt durch derartige Informationen authentisch.

Informationen zur Regulation des Körpergewichts (Set-Point-Theorie) und zum Mindestnormalgewicht

Die »Minnesota-Studie« von Keys et al. aus dem Jahre 1950 zeigt eindrucksvoll auf, dass lange Diätversuche auch bei Personen mit zuvor unauffälligem Essverhalten das Auftreten von Symptomen begünstigen, die denen der Anorexia und Bulimia nervosa ähneln (vgl. auch Jacobi et al., 2016). Männer mit Normalgewicht wurden aufgefordert, während des Experiments ihre tägliche Kalorienanzahl innerhalb von sechs Monaten um die Hälfte zu reduzieren. Dabei konnte Folgendes registriert werden: Die Teilnehmer litten unter Essanfällen, beschäftigten sich permanent mit Nahrungsmitteln, zeigten depressive Verstimmungen, starke Stimmungsschwankungen, Konzentrationsprobleme, waren schnell reizbar und litten unter Konzentrationsstörungen. Jeder Mensch hat demnach ein biologisch bestimmtes Gewicht (»Set-Point«), welches nicht prob-

lemlos unterschritten werden kann. Anstrengungen, das Gewicht durch Diät unter bzw. über diesen Set-Point zu bringen, führen zu physiologischen Gegenregulationen.

INFO 5

Die Therapeutin sollte der Patientin die Set-Point-Theorie erläutern (INFO 5) und die Bedeutung der Gewichtszunahme bis zu einem sog. Mindestnormalgewicht darlegen. Das Mindestnormalgewicht ist das Gewicht, das eine Patientin nach Abschluss der Wachstumsperiode und vor Beginn der Essstörung innehat. Es befindet sich in der Nähe des Set-Points. Lediglich ein kleiner Anteil der Jugendlichen hat die Wachstumsperiode bereits hinter sich, sodass sich die Ermittlung des Mindestnormalgewichts meistens aus dem Body-Mass-Index (BMI) ergeben muss. Der BMI setzt sich aus folgender Formel zusammen: Körpergewicht (kg)/Körpergröße $(m)^2$. Bei der Berechnung des BMI im Jugendalter ist es essenziell, sich an den BMI-Altersperzentilen zu orientieren (s. Abschn. 3.1). So entspricht z. B. bei einem zwölfjährigen Mädchen ein BMI von 17.5 der 40. BMI-Altersperzentile und ist damit als altersentsprechend normal zu beurteilen. Die BMI-Altersperzentilen sind sowohl für weibliche als auch für männliche Jugendliche einfach über das Internet (http://www.pedz.de) zu berechnen. Als Grundsatz bei weiblichen Personen gilt, dass ein gesundes Körpergewicht vorliegt, wenn die Periode wiedereinsetzt (American Psychiatric Association, 2006). Laut aktuellem Forschungsstand stellt die 25. BMI-Altersperzentile eine notwendige Voraussetzung für das Wiedereinsetzen der Menstruation dar (Zeeck et al., 2019). Die aktuelle S3-Behandlungsleitlinie (Zeeck et al., 2019) empfiehlt daher als Zielgewicht bei Jugendlichen die 25. BMI-Altersperzentile.

Zu Beginn der Therapie bestimmen die Therapeutin und die Jugendliche gemeinsam das Zielgewicht, welches der 25. BMI-Altersperzentile entsprechen sollte (z. B. liegt das Zielgewicht einer 16-jährigen Patientin (Größe: 172 cm) bei 56,2 kg (BMI = 19.0); s. a INFO 2 und 3). Sofern die Menstruation nach Erreichen der 25. BMI-Altersperzentile noch nicht einsetzt, so ist das Zielgewicht höher anzusiedeln. Die Therapeutin sollte diesen Punkt mit der Patientin und ihren Eltern besprechen und das anzustrebende Gewicht entsprechend korrigieren. Das bedeutet, die BMI-Altersperzentilen stellen nur eine grobe Ausgangsbasis zur Berechnung des Zielgewichts dar. Die Therapeutin hat die Aufgabe, das anzustrebende Gewicht auf die einzelne Patientin individuell anzupassen und im Therapievertrag festzuhalten (AB 3). Dabei ist darauf zu achten, dass kein zu niedriges Mindestnormalgewicht festgelegt wird, auch wenn das den Wünschen der Patientin sehr entgegenkommen würde. Die aktuelle Forschung zeigt nämlich, dass bei Jugendlichen mit Anorexia nervosa ein höheres Gewicht zum Ende der Therapie prognostisch günstig für den kurz- und langfristigen Verlauf der Essstörung ist (Herpertz-Dahlmann et al., 2015).

INFO 2, 3

AB 3

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass ein unauffälliges Essverhalten nicht nur durch eine Gewichtsnormalisierung erreicht wird, sondern zusätzlich durch die Bearbeitung individueller Problembereiche.

Hinweise zur Berechnung der BMI-Altersperzentile

- Ist ein stabiles Gewicht vor Beginn der Erkrankung bekannt und hat die Patientin die Wachstumsperiode hinter sich, kann dieses Gewicht als Mindestnormalgewicht angesehen werden.
- Ist es nicht möglich, das Mindestnormalgewicht aus der Vergangenheit zu bestimmen, so sollte sich die Therapeutin an den BMI-Altersperzentilen (25. BMI-Altersperzentile; Berechnung erfolgt über das Internet: http://www.pedz.de) oder aber an dem Gewicht orientieren, bei dem die Menstruation einsetzt.

Informationen über ausgewogene Ernährung

Die Ernährungsberatung und -therapie stellt einen wesentlichen Baustein in der therapeutischen Arbeit mit jugendlichen Anorexia- und Bulimia-nervosa-Patientinnen und deren Eltern dar. Die Patientinnen sollen unterstützt werden, ein regelmäßiges und ausgewogenes Essverhalten zu etablieren, um ein gesundes Körpergewicht zu erreichen (Anorexia nervosa) bzw. Essanfälle zu vermeiden (Bulimia nervosa).

Von Essstörungen Betroffene sind oftmals besonders gut über den Kaloriengehalt bestimmter Lebensmittel informiert, haben aber häufig verlernt, wie eine ausgewogene und regelmäßige Ernährung aussieht (Herpertz-Dahlmann & Hebebrand, 2008). Der Patientin sollte empfohlen werden, möglichst drei Haupt- und drei Zwischenmahlzeiten zu sich zu nehmen und dabei ein ausgewogenes Verhältnis von Proteinen, Kohlenhydraten, Fetten, Vitaminen und Mineralstoffen zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu thematisieren, dass eine regelmäßige und ausgewogene Ernährung (d. h. nicht zu einseitig und diätetisch) für eine Gewichtszunahme bei Patientinnen mit Anorexia nervosa und für eine Reduktion von Essanfällen bei Patientinnen mit Bulimia nervosa essenziell ist (vgl. Abschn. 8.1.3, *Beobachtung des Essverhaltens*).

Nach der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) setzt sich eine ausgewogene Ernährung aus folgenden Lebensmittelgruppen zusammen:

- Getränke (z. B. Mineralwasser, Tee, Säfte)
- Stärkehaltige Lebensmittel (z. B. Nudeln, Reis, Kartoffeln, Vollkornprodukte)
- Gemüse und Hülsenfrüchte (z. B. Möhren, Salate, Tomaten, Erbsen, Bohnen)
- Obst (z. B. Bananen, Äpfel, Birnen, Apfelsinen)
- Milchprodukte (z. B. Milch, Joghurt, Käse)
- Fleisch (z. B. Geflügel, Rindfleisch)
- Fisch (z. B. Seelachs, Zander)
- Gesättigte und ungesättigte Fette

Die Therapeutin bespricht außerdem mit Betroffenen und Eltern die Folgen von einseitiger, unregelmäßiger und unzureichender Ernährung, wie depressive Verstimmungen und Aufmerksamkeitsdefizite, verminderte Knochendichte, ungünstige Veränderungen des Stoffwechsels oder die gestörte Regulation von Hunger und Sättigung (vgl. Abschn. 8.1.1, *Informationen über Folgeschäden von Essstörungen*, INFO 4).

INFO 4

Im Rahmen der Ernährungstherapie ist mit der Patientin auf der Grundlage einer ausführlichen Ernährungsanamnese (vgl. Abschn. 8.1.3, *Beobachtung des Essverhaltens*) ein individueller Ernährungsplan (vgl. Abschn. 8.1.3, *Individueller Ernährungsplan*) zu erstellen. Die Höhe der im Ernährungsplan festgelegten Energiezufuhr orientiert sich am individuellen Therapieziel (Gewichtszunahme bzw. -stabilisierung), sowie an Alter, Geschlecht, Größe, und Gewicht (INFO 6, 7).

INFO 6, 7

Die Ernährungstherapie sollte durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte, wie Diät-Assistenten oder Ökotrophologen, mit dem Spezialgebiet Essstörungen erfolgen. Weiterführende Informationen zu gesundheitsfördernder Ernährung und qualifizierten Ernährungsfachkräften liefern die Internetauftritte der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE), des Verbandes der Oecotrophologen e. V. (VDOE), des Verbandes der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD), des Verbandes für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) und des Instituts für Qualitätssicherung in der Ernährungstherapie und Ernährungsberatung e. V. (QUET-HEB).

8.1.2 Erarbeitung eines individuellen Störungsbildes und Formulierung von Therapiezielen

Häufig verfügen Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa sowie deren Eltern über nur unzureichendes oder gar fehlerhaftes Wissen hinsichtlich der Entstehung und Aufrechterhaltung der Essstörung. Die Vermittlung eines nachvollziehbaren Störungsmodells ist jedoch eine wichtige Grundlage für die Therapie.

Dazu ist es wichtig, der Patientin zu vermitteln, dass die Erkrankung multifaktoriell (soziokulturell, individuell, biologisch und familiär) bedingt ist. Dabei sind auch die Faktoren aufzuzeigen, die bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Essstörung von Relevanz sein könnten (AB 5).

AB 5

Zur Erarbeitung des individuellen Störungsmodells kann die Therapeutin zunächst anhand von Arbeitsblatt 5 das Modell erläutern.

Beispiel

Individuelles Störungsmodell

Therapeutin: »Ich möchte dir heute das Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen vorstellen. Im Anschluss würde ich gerne mit dir gemeinsam schauen, welche Faktoren aus deiner Sicht dazu geführt haben, dass du die Magersucht entwickelt hast. Wie du auf dem Blatt erkennen kannst, sind dort oben vier Faktoren (soziokulturell, individuell, biologisch und familiär) eingetragen, die einen Einfluss auf die Entwicklung einer Magersucht haben können. Zu den soziokulturellen Faktoren zählen z. B. Medien, die unsere Einstellungen zum Schönheitsideal beeinflussen können. Zu den individuellen Faktoren gehören bspw. ein niedriges Selbstwertgefühl, die Abhängigkeit des Selbstwerts von Gewicht und Figur und Perfektionismus. Unter biologischen Faktoren versteht man

u. a. das Vorliegen von Essstörungen bzw. anderen psychischen Erkrankungen in der Familie. Familiäre Faktoren, wie z. B. die Einstellungen der Eltern zu Leistung, Erfolg und Aussehen, können ebenfalls einen Einfluss auf die Entwicklung der Essstörung haben. Wichtig ist, dass die einzelnen Faktoren nicht bei jedem Menschen gleich stark ausgeprägt sind.

Auslösende Ereignisse, wie z. B. die Scheidung der Eltern oder aber die Trennung vom ersten Freund, können dazu führen, dass die Anorexia nervosa ausbricht.

Sogenannte aufrechterhaltende Faktoren, wie z. B. gezügeltes Essverhalten oder Stress in der Schule, tragen dazu bei, dass die psychische Störung nicht ohne weiteres verschwindet.

Ich möchte nun gemeinsam mit dir schauen, welche Faktoren deiner Meinung nach das Risiko erhöht haben, dass die Anorexia nervosa bei dir aufgetreten ist. Außerdem würde ich gerne mit dir zusammen nach den Auslösern für den Ausbruch der Magersucht sowie nach den aufrechterhaltenden Bedingungen suchen.«

Herausarbeitung prädisponierender Faktoren. Die Therapeutin kann zunächst die Patientin danach fragen, welche Faktoren ihrer Auffassung nach zur Entstehung der Essstörung beigetragen haben. Fällt es der Patientin schwer, Faktoren zu identifizieren, so können gezielte Fragen seitens der Therapeutin die Patientin bei der Suche nach prädisponierenden Faktoren unterstützen.

Fragen, die die Suche nach prädisponierenden Faktoren erleichtern

- Soziokulturelle Faktoren
  - Wie sieht dein Schlankheitsideal aus?
  - Wer sind deine Idole aus der Film-, Fernseh- und Musikbranche?
  - Achten deine Freunde auf ihr Aussehen und ihr Gewicht?
  - Machen Freunde von dir eine Diät?
  - Treiben deine Freunde Sport und wenn ja, wie viel?
  - Wie ernähren sich deine Freunde?
  - Treibst du eine Sportart, bei der das Aussehen eine Rolle spielt, wie z. B. Ballett?
  - Welche Rolle spielen Gewicht, Aussehen und Figur innerhalb deiner Familie?
  - Hat jemand aus deinem Umfeld (z. B. Schule, Freundeskreis, Sportverein) in der Vergangenheit eine kritische Bemerkung zu deiner Figur oder deinem Gewicht gemacht?
- Individuelle Faktoren
  - Bist du jemand, die mit sich selbst erst zufrieden ist, wenn sie eine Sache 100 % richtig gemacht hat?
  - Erwartest du von dir, die Beste zu sein?

- Denkst du, dass du genauso gut bist wie andere auch?
- Denkst du, dass du ein liebenswerter Mensch bist?
- Bist du zufrieden mit dir?
- Verhältst du dich manchmal impulsiv?

▶ Biologische Faktoren
- Gibt es in deiner Familie Personen, die ebenfalls unter einer Essstörung leiden?
- Gibt es in deiner Familie Personen, die unter einer anderen psychischen Erkrankung leiden (z. B. Depressionen, Alkoholismus, Angststörungen, Zwangserkrankungen)?
- Gibt es jemand in der Familie, der Probleme mit dem Gewicht hat?

▶ Familiäre Faktoren
- Wie verstehst du dich mit deiner Mutter?
- Wie verstehst du dich mit deinem Vater?
- Wie verstehst du dich mit deinen Geschwistern?
- Gibt es eine andere Person aus der Familie, zu der du eine enge Beziehung hast?
- Welche Rolle spielt gesunde Ernährung bei dir in der Familie?
- Hat jemand aus deiner Familie in der Vergangenheit eine kritische Bemerkung zu deiner Figur und deinem Gewicht gemacht?

Auslösende Faktoren. Nach der gemeinsamen Suche nach möglichen prädisponierenden Faktoren für die Entstehung der Essstörung richtet die Therapeutin gezielte Fragen an die Patientin, um die Auslöser der Essstörung zu identifizieren. Dabei können aus empirischen Studien (s. Kap. 4) bereits bekannte Auslöser zur Hypothesenbildung genannt werden (z. B. Scheidung der Eltern, Beginn der Pubertät, starke Belastungen in der Schule, erster sexueller Kontakt). Gemeinsam mit der Patientin werden zutreffende Auslöser identifiziert und im individuellen Störungsmodell der Patientin festgehalten (AB 5).

AB 5

Aufrechterhaltende Faktoren. Die aus der Forschung bekannten aufrechterhaltenden Faktoren (vgl. Kap. 4; u. a. restriktives Essverhalten, unzureichende Stressbewältigung, dysfunktionale Kognitionen hinsichtlich Gewicht, Figur und Ernährung) der Essstörungen werden anschließend mit der Patientin diskutiert, die für die Essstörung der Patientin spezifischen aufrechterhaltenden Faktoren herausgearbeitet und im individuellen Modell der Patientin festgehalten.

Bearbeitung familiärer Beziehungen. Dysfunktionale familiäre Muster können das Selbstwertgefühl, das Streben nach Autonomie und die Identitätsentwicklung im Jugendalter beeinflussen. Aus diesem Grund spielen familiäre Faktoren gerade in diesem Alter eine extrem wichtige Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Essstörung. Sowohl in der Einzeltherapie als auch in den Gesprächen mit der Familie

(vgl. Abschn. 8.2.5) sollten die familiären Beziehungen berücksichtigt und thematisiert werden.

Die in Kapitel 4 beschriebenen familiären Beziehungen bieten eine gute Möglichkeit, mit der Patientin in das Thema einzusteigen. Sie können genutzt werden, um gemeinsam mit der Jugendlichen Hypothesen zu generieren. Dabei wird gemeinsam mit der Patientin herausgearbeitet, welche Verhaltensweisen der Eltern, der Geschwister bzw. enger Bezugspersonen auf ihr Handeln einwirken. Ziel der Intervention ist, die dysfunktionalen familiären Interaktionen zu analysieren (vgl. Abschn. 8.2.5) und die familiären Werte und Normen zu identifizieren, die die Einstellungen der Patientin beeinflussen.

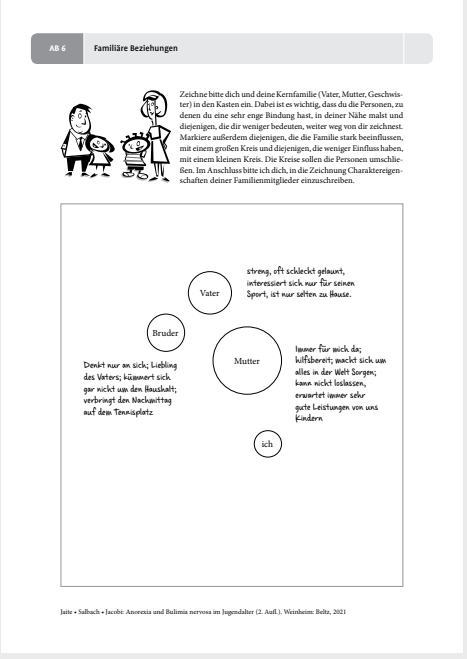
AB 6

Im nächsten Schritt wird die Patientin gebeten, auf dem Arbeitsblatt 6 sich selbst, ihre Kernfamilie sowie sonstige sehr enge Bezugspersonen als Kreis einzuzeichnen. Mitglieder der Familie, zu denen sie eine enge Beziehung hat, soll sie nah an sich heranstellen und Mitglieder, zu denen die Beziehung weniger eng ist, soll sie weiter weg positionieren. Außerdem wird sie aufgefordert, den Einfluss der einzelnen Personen auf die Familie mittels der Größe der Kreise anzuzeigen. Das folgende Therapiebeispiel zeigt ein ausgefülltes Arbeitsblatt.

Beispiel

Familiäre Beziehungen

Mit der 15-jährigen Anorexia-nervosa-Patientin (Größe: 169 cm, Gewicht: 47 kg BMI: 16.5; BMI-Altersperzentile: 3) bearbeitet die Therapeutin das Arbeitsblatt 6. Es zeigt sich deutlich, dass die Patientin zur Mutter eine starke Verbundenheit verspürt. Sie erlebt sie allerdings auch als kontrollierend und sich in die Belange der Tochter einmischend. Autonomiebestrebungen seitens der Tochter werden von der Mutter abgewehrt, aus Angst, die Tochter zu verlieren. Des Weiteren sieht die Patientin ihre Mutter als Opfer eines egoistischen Vaters, den sie oberflächlich ablehnt. Auf einer tieferliegenden Ebene bewundert sie sein eigennütziges Verhalten.


AB 6 Familiäre Beziehungen

Zeichne bitte dich und deine Kernfamilie (Vater, Mutter, Geschwister) in den Kasten ein. Dabei ist es wichtig, dass du die Personen, zu denen du eine sehr enge Bindung hast, in deiner Nähe malst und diejenigen, die dir weniger bedeuten, weiter weg von dir zeichnest. Markiere außerdem diejenigen, die die Familie stark beeinflussen, mit einem großen Kreis und diejenigen, die weniger Einfluss haben, mit einem kleinen Kreis. Die Kreise sollen die Personen umschließen. Im Anschluss bitte ich dich, in die Zeichnung Charaktereigenschaften deiner Familienmitglieder einzuschreiben.

Jaite • Salbach • Jacobi: Anorexia und Bulimia nervosa im Jugendalter (2. Aufl.). Weinheim: Beltz, 2021

Mit ihrem Bruder konkurriert sie um die Liebe und Anerkennung der Eltern. Dabei stellt die Patientin fest, dass sie ihrer Auffassung nach den Kampf

verloren hat. Die Beziehung zwischen den Eltern ist durch tiefsitzende Spannungen gekennzeichnet, die jedoch nicht thematisiert werden, um den Schein der harmonischen Familie nach außen zu wahren.

Formulierung von Therapiezielen

Nachdem mit der Patientin und ihren Eltern (s. a. Abschn. 8.2.3) das Störungsmodell erarbeitet wurde, erfolgt die Formulierung der Therapieziele. Diese sollten so formuliert sein, dass sie von der Patientin im Rahmen der Therapie erreichbar sind. Es ist wichtig, dass die Ziele zunächst allein mit der Patientin formuliert werden. Anschließend können sie den Eltern im Rahmen gemeinsamer Sitzungen gezeigt und unter der Voraussetzung, dass die Jugendliche damit einverstanden ist, geringfügig verändert werden (s. Abschn. 8.2.3). Als Einstieg ist es hilfreich, der Jugendlichen die »Wunderfrage« von de Shazer et al. (2008) zu stellen. Bei Patientinnen mit Anorexia nervosa und geringer Änderungsmotivation hat sich die Wunderfrage manchmal als wenig ergiebig erwiesen, denn die Angst, die Symptome aufzugeben, erschwert die Auseinandersetzung mit dem Thema. Unter Umständen ist es dann sinnvoll, nochmals an der Therapiemotivation der Patientin zu arbeiten (s. Abschn. 7.1).

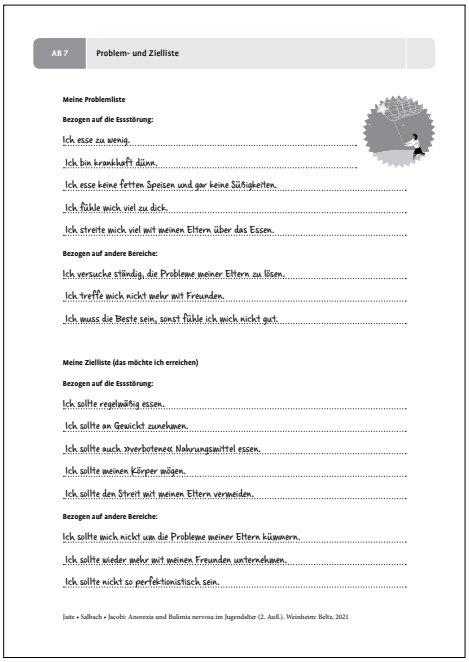
Wunderfrage

Ich möchte dir jetzt eine ungewöhnliche Frage stellen. Stelle dir vor, du legst dich am Abend wie immer ins Bett. Während du nachts ruhig schläfst, geschieht ein Wunder und die Probleme, die dich hier zu mir geführt haben, sind auf einmal gelöst. Da du ja schläfst, weißt du nicht, dass das Wunder passiert ist. Wenn du am nächsten Tag aufwachst, woran merkst du dann, dass das Wunder geschehen und die Probleme gelöst sind?

Im Anschluss werden die aktuellen Probleme aufgelistet. Die Schwierigkeiten sollten sich üblicherweise sowohl auf essstörungsspezifische als auch auf -unspezifische Probleme beziehen. Für jedes Problem werden Ziele definiert. Die Jugendliche wird aufgefordert, diese aufzuschreiben und darauf zu achten, die Therapieziele positiv zu formulieren (AB 7). Als Unterstützung dient das individuelle Störungsmodell (AB 5). Mit der Patientin sollte besprochen werden, dass es zur Reduzierung der körperlichen und psychischen Folgen der Essstörung wichtig ist, zunächst die Probleme im Zusammenhang mit dem gestörten Essverhalten zu bearbeiten. Anschließend können die mit der Entstehung der Anorexia oder Bulimia nervosa verbundenen Probleme (u. a. familiäre, individuelle, schulische Probleme) angegangen werden, da diese meistens mehr Zeit beanspruchen.

AB 5, 7

Therapieprotokoll. Das folgende Beispiel zeigt die ausgefüllte Problem- und Zielliste einer Patientin.



AB 7 Problem- und Zielliste

Meine Problemliste

Bezogen auf die Essstörung:

Ich esse zu wenig.

Ich bin krankhaft dünn.

Ich esse keine fetten Speisen und gar keine Süßigkeiten.

Ich fühle mich viel zu dick.

Ich streite mich viel mit meinen Eltern über das Essen.

Bezogen auf andere Bereiche:

Ich versuche ständig, die Probleme meiner Eltern zu lösen.

Ich treffe mich nicht mehr mit Freunden.

Ich muss die Beste sein, sonst fühle ich mich nicht gut.

Meine Zielliste (das möchte ich erreichen)

Bezogen auf die Essstörung:

Ich sollte regelmäßig essen.

Ich sollte an Gewicht zunehmen.

Ich sollte auch zuverbotenes Nahrungsmittel essen.

Ich sollte meinen Körper mögen.

Ich sollte den Streit mit meinen Eltern vermeiden.

Bezogen auf andere Bereiche:

Ich sollte mich nicht um die Probleme meiner Eltern kümmern.

Ich sollte wieder mehr mit meinen Freunden unternehmen.

Ich sollte nicht so perfektionistisch sein.

Jaite • Salbach • Jacobi: Anorexia und Bulimia nervosa im Jugendalter (2. Aufl.). Weinheim: Beltz, 2021

8.1.3 Normalisierung des Essverhaltens und Gewichts: Besprechung des Zielgewichts, Gewichtskontrolle, Therapievertrag

Zielgewicht. Zu Beginn der Behandlung ist bei Patientinnen mit Anorexia nervosa das Zielgewicht festzulegen, wobei die 25. BMI-Altersperzentile angestrebt werden sollte. Anorexia-nervosa-Patientinnen verspüren meistens extreme Angst vor der Gewichtszunahme und können sich häufig eine Zunahme von z. B. 10 kg nicht vorstellen. Dabei ist es wichtig, dass die Therapeutin die erforderliche Gewichtszunahme mit der Patientin bespricht, auf ihre Befürchtungen eingeht, dabei jedoch die 25. BMI-Altersperzentile als Zielgewicht festlegt. Das Festsetzen eines zu niedrigen Zielgewichts der Patientin zuliebe hat sich als wenig hilfreich erwiesen (s. Abschn. 8.1.1). Im Folgenden wird anhand eines Beispiels das Festlegen des Mindestgewichts dargestellt.

Besprechung des Zielgewichts

Eine 14-jährige magersüchtige Patientin wiegt derzeit 42,5 kg (Größe: 164 cm; BMI: 15.8) und liegt mit diesem Gewicht auf der 4. BMI-Altersperzentile. Die Therapeutin teilt der Patientin mit, dass sie wöchentlich im Durchschnitt 500 g an Gewicht zunehmen und ein Zielgewicht von 48,5 kg (25. BMI-Perzentile, BMI: 18.1) erreichen muss. Die Patientin äußert, dass sie diese Gewichtszunahme nicht akzeptieren kann und auf keinen Fall so viel an Gewicht zunehmen werde. Die Therapeutin geht auf die Ängste der Patientin vor der Gewichtszunahme ein, zeigt

ihr erneut die BMI-Perzentilkurven, wiederholt die Notwendigkeit des Erreichens der 25. BMI-Altersperzentile zur Überwindung der Erkrankung und schildert nochmals die Folgeschäden der Anorexia nervosa. Sie verdeutlicht ihrer Patientin, dass eine erfolgreiche Behandlung nicht möglich ist, solange sie nicht ihr Einverständnis gibt, die Gewichtszunahme zu akzeptieren und den Therapievertrag (AB 3), der u. a. als Zielgewicht die 25. BMI-Altersperzentile beinhaltet, unterschreibt. Nach erneutem Abwägen der Vor- und Nachteile der Anorexia nervosa willigt die Patientin ein und unterschreibt den Therapievertrag.

AB 3

Bei Patientinnen mit Bulimia nervosa wird normalerweise kein Zielgewicht festgelegt. Kommt es allerdings während der Therapie aufgrund von Diätverhalten zu einer Gewichtsabnahme, so muss diese thematisiert werden. Es sollte mit der Patientin über die Notwendigkeit gesprochen werden, ein Mindestnormalgewicht zu erreichen (vgl. Abschn. 8.1.1, *Information zum Mindestnormalgewicht*).

Gewichtskontrolle. Die Gewichtskontrollen sollten bei Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa wöchentlich erfolgen. Zu Beginn der Therapie wird mit der Jugendlichen das aktuelle Gewicht besprochen. Dabei können die Gewichtskontrollen entweder direkt durch die Therapeutin erfolgen oder aber vom behandelnden Haus-/Kinderarzt durchgeführt werden (vgl. Kap. 9).

Die Besprechung des Gewichts richtet sich bei Patientinnen mit Anorexia nervosa bis zum Erreichen des Zielgewichts nach dem Ausmaß der Gewichtszunahme. Hat die Patientin die geforderte wöchentliche Gewichtszunahme von 500 g erreicht, so betont die Therapeutin ausdrücklich die extreme Leistung der Patientin, der die Gewichtszunahme sicher nicht immer leichtgefallen ist. Es wird mit der Patientin besprochen, wie es ihr mit dem derzeitigen Gewicht geht und gemeinsam geschaut, wo weitere therapeutische Unterstützung notwendig ist. Befindet sich die Patientin unter der 10. BMI-Altersperzentile und hat keine Gewichtszunahme oder gar eine -abnahme stattgefunden, so teilt die Therapeutin der Patientin mit, dass sie die Eltern telefonisch kontaktieren wird, um mit ihnen zu besprechen, wie eine stärkere Kontrolle der Nahrungsaufnahme ermöglicht werden kann (vgl. in diesem Abschn. *Gewichtsvertrag*). Die Patientin kann Vorschläge unterbreiten, die die Therapeutin dann im Gespräch mit den Eltern berücksichtigen kann. Liegt das Gewicht über der 10. BMI-Altersperzentile und ist keine entsprechende Gewichtszunahme erfolgt, so analysiert die Therapeutin gemeinsam mit der Patientin das dysfunktionale Essverhalten (vgl. in diesem Abschn. *Analyse dysfunktionalen Essverhaltens*) und sucht gemeinsam mit ihr nach Lösungen, die funktionales Essverhalten ermöglichen. Die Eltern werden nicht zwangsläufig telefonisch kontaktiert.

Bei Patientinnen mit Bulimia nervosa sollten lediglich extreme Gewichtsschwankungen thematisiert werden, da die starken Veränderungen im Gewicht oft Anzeichen für häufige Essanfälle mit anschließendem Purging-Verhalten sind. Geben diese extremen Gewichtsschwankungen Anlass zur Beunruhigung, so sollten die Eltern und gegebenenfalls der Haus- oder Kinderarzt kontaktiert werden (s. Kap. 9).

Therapievertrag. Therapievereinbarungen bei Patientinnen mit Anorexia nervosa sind aufgrund der Angst der Betroffenen vor einer Gewichtszunahme äußerst schwierige Themen und sollten möglichst zu Beginn der Therapie angesprochen werden. Das hier vorgeschlagene Vorgehen ist in drei Stufen aufgeteilt und legt ein unterschiedliches Ausmaß an Fremd- und Selbstbestimmung seitens der Patientin fest.

Besprechung des Zielgewichts, Gewichtskontrolle, Therapievertrag bei Patientinnen mit Anorexia nervosa

Stufe 1: Gewicht unterhalb der 3. BMI-Altersperzentile:
Eine Gewichtszunahme von 500 g in der Woche ist erforderlich. Sportliche Aktivitäten dürfen nicht ausgeführt werden und die Schule darf nicht besucht werden. Die Eltern sollten die Nahrungsaufnahme kontrollieren (vgl. Abschn. 8.2.4). Sofern es nicht in naher Zeit (ca. 2–3 Wochen) zu einer Gewichtszunahme kommt, so sollte die ambulante Behandlung abgebrochen und eine stationäre Behandlung eingeleitet werden.

Stufe 2: Gewicht zwischen der 3. und 10. BMI-Altersperzentile:
Eine Gewichtszunahme von 500 g in der Woche sollte weiterhin angestrebt werden. Sportliche Aktivitäten dürfen nicht ausgeführt werden, die Patientinnen dürfen aber wieder die Schule besuchen. Die Eltern sollten die Nahrungsaufnahme weiterhin kontrollieren (vgl. Abschn. 8.2.4).

Stufe 3: Gewicht zwischen 10. und 25. BMI-Altersperzentile:
Eine Gewichtszunahme von 500 g in der Woche sollte weiterhin angestrebt werden. Sportliche Aktivitäten dürfen jetzt ausgeführt werden unter der Voraussetzung, dass eine weitere Gewichtszunahme erfolgt. Die Schule darf weiterhin besucht werden. Die externe Kontrolle durch die Eltern während der Mahlzeiten sollte abgebaut werden (vgl. Abschn. 8.2.4). Die Patientinnen werden zunehmend angeleitet, die Verantwortung für eine ausgewogene Nahrungsaufnahme, eine angemessene sportliche Betätigung und ein angemessenes Freizeitverhalten selbst zu tragen.

Auch bei Patientinnen mit Bulimia nervosa ist es sinnvoll, zu Beginn der Therapie folgende Vereinbarungen zu treffen, die dann von allen Beteiligten einzuhalten sind.

Therapievereinbarungen bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

Stufe 1: Essanfälle und aktive Maßnahmen zur Gewichtsreduktion treten mindestens zweimal in der Woche auf, Essverhalten ist stark gestört
Die Eltern sollten die Nahrungsaufnahme kontrollieren (vgl. Abschn. 8.2.4). Aufgrund des möglicherweise auftretenden Erbrechens sollte die Patientin eine halbe bis eine Stunde nach dem Essen von den Eltern oder anderen Bezugspersonen beaufsichtigt werden.

Stufe 2: Essanfälle und aktive Maßnahmen zur Gewichtsreduktion treten höchstens einmal in der Woche auf, Essverhalten ist weiterhin gestört
Die Eltern sollten das Essverhalten weiterhin kontrollieren (vgl. Abschn. 8.2.4). Die externe Kontrolle kann aber langsam abgebaut werden (z. B. kann die Patientin die Zwischenmahlzeiten allein zu sich nehmen und wird im Nachhinein von den Eltern gefragt, ob Probleme aufgetreten sind).

Stufe 3: Es treten keine Essanfälle und aktive Maßnahmen zur Gewichtsreduktion auf, Essverhalten ist noch leicht gestört
Die Patientin wird zunehmend angeleitet, die Verantwortung für eine ausgewogene Nahrungsaufnahme, eine angemessene sportliche Betätigung und ein angemessenes Freizeitverhalten selbst zu tragen.

Diese Therapievereinbarungen sollten zu Beginn der Behandlung in einem Therapievertrag schriftlich festgehalten werden und von der Patientin sowie von der Therapeutin unterschrieben werden (AB 3, 4). Die Konsequenzen, die bei Nichteinhalten des Therapievertrags eintreten, sind individuell mit der jeweiligen Patientin zu besprechen.

AB 3, 4

Beobachtung des Essverhaltens

Anamnestische Gewichtskurve. Zu Beginn der Therapie ist es hilfreich, mit der Patientin eine anamnestische Gewichtskurve zu erstellen, in der das Gewicht kurz vor Beginn der Erkrankung bis zum aktuellen Zeitpunkt dargestellt ist (AB 8). Auf der vertikalen Achse wird das Gewicht und auf der horizontalen Achse der zu untersuchende Zeitraum eingetragen. Je nach Dauer der Erkrankung werden unterschiedliche Zeiträume gewählt. Da die Patientinnen im Jugendalter manchmal erst für kurze Zeit (z. B. seit einem Jahr) unter der Essstörung leiden, ist es durchaus denkbar, die Entwicklung der Essstörung in monatlichen Abständen zu betrachten. Das folgende Beispiel zeigt eine solche Gewichtskurve.

AB 8

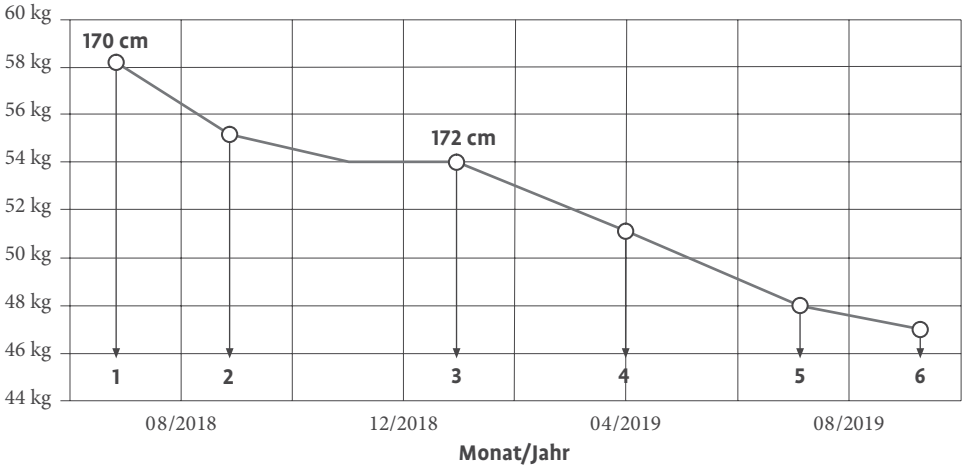


Abbildung 8.2 Therapieprotokoll: Beispiel einer anamnestischen Gewichtskurve einer Patientin mit einer restriktiven Anorexia nervosa; 14 Jahre; BMI: 15.9; BMI-Altersperzentile: 2.

Erläuterungen zu Abbildung 8.2:
Zu 1) Während des Sportunterrichts wurde die Patientin aufgrund ihrer damaligen Figur gehänselt. Daraufhin beschloss die Patientin, an Gewicht abzunehmen. Sie verzichtete auf Süßigkeiten und achtete darauf, fetthaltige Speisen zu meiden.
Zu 2) Nach den Sommerferien hatten einige Mitschüler bemerkt, dass die Patientin weniger wog. Mitschüler sowie ihre Eltern bewunderten ihre Disziplin, sie war stolz auf ihr äußeres Erscheinungsbild. Dies motivierte die Patientin, weiter an Gewicht abzunehmen.
Zu 3) Erste sexuelle Beziehung zu einem 16-jährigen Jugendlichen. Aus Angst, dem Freund nicht mehr zu gefallen, aß sie weiterhin – wenn überhaupt – kalorienarm und joggte täglich eine Stunde.
Zu 4) Der Freund trennte sich von ihr, u. a. weil er ihr Essverhalten nicht ertragen konnte. Daraufhin zog sie sich verstärkt zurück und litt unter Selbstzweifeln. Durch ihr restriktives Essverhalten, die dadurch verbundene Gewichtsabnahme und ihre sehr guten schulischen Leistungen gelang es ihr, ihre Minderwertigkeitsgefühle kurzfristig zu reduzieren.
Zu 5) Erster Kontakt mit dem Hausarzt, der die Einweisung in die Klinik befürwortete. Die Patientin konnte ihre Eltern aber davon überzeugen, die Anorexia nervosa zunächst ambulant behandeln zu lassen. Die Patientin erlebte sich zu dem Zeitpunkt schon an einzelnen Körperstellen zu dünn, wusste allerdings nicht, wie sie mehr Nahrung zu sich nehmen sollte.
Zu 6) Trotz ambulanter psychotherapeutischer Behandlung nahm sie nicht an Gewicht zu. Beginn des stationären Aufenthalts.

Selbstbeobachtungsprotokoll. Selbstbeobachtungsprotokolle werden – analog zur Behandlung im Erwachsenenalter (vgl. Jacobi et al., 2016) – auch bei Jugendlichen mit Anorexia und Bulimia nervosa während der gesamten kognitiven Verhaltenstherapie eingesetzt. Das Selbstbeobachtungsprotokoll (AB 9) ist gegenüber anderen bereits im Erwachsenenalter bestehenden Protokollen (vgl. Jacobi et al., 2016; Legenbauer & Vocks, 2014) leicht modifiziert. Es ist etwas vereinfacht und enthält lediglich sechs Spalten. In der letzten Spalte »Sonstige« werden Aspekte eingetragen, die sich auf die individuellen Probleme und Ressourcen der Patientin beziehen. So können z. B. positive und/oder negative Ereignisse in dieser Spalte eingefügt werden. Bei der Einführung des Selbstbeobachtungsprotokolls ist es wichtig, der Patientin das Ausfüllen des Protokolls genau zu erläutern und sie zu ermutigen, dieses genau zu bearbeiten. Je nach Zielsetzung wird im Verlauf der Therapie auf unterschiedliche Aspekte fokussiert. So steht z. B. bei einer Patientin mit restriktiver Anorexia nervosa zu Beginn der Behandlung die Erfassung der aufgenommenen Nahrung im Vordergrund. Die mit dem Essverhalten in Zusammenhang stehenden Gedanken und Gefühle werden erst im Verlauf der Therapie ausführlich besprochen. Die Patientin füllt täglich ein Selbstbeobachtungsprotokoll aus und trägt jede Mahlzeit in eine der sechs vorhandenen Zeilen ein. Dadurch wird sie schon frühzeitig damit konfrontiert, dass sechs Mahlzeiten (drei Hauptmahlzeiten und drei Zwischenmahlzeiten) zu einer ausgewogenen Ernährung zählen (vgl. Abschn. 8.1.1).

AB 9