

Eltern–Kind–Therapiewochen

Multifamilientherapie / Elterntaining / Eltern–Kind–Therapie

Im Folgenden wird nur die weibliche Form Patientinnen verwendet, da diese die Mehrheit der Betroffenen darstellt; das Therapieprogramm gilt aber in gleiche Weise für unsere männlichen Patienten

Eingebettet in ein mehrdimensional angelegtes Essstörungs–Therapie–Programm bieten wir in der Klinik Lüneburger Heide in der Behandlung von Essstörungen (vor allem für jugendliche Anorexia nervosa Patientinnen, seltener für Patientinnen mit einer Bulimia nervosa) seit Jahren sog. Eltern–Kind–Therapiewochen (als Multifamilientherapieeinheit) an. Dabei handelt es sich um den Miteinbezug von Eltern in das stationäre Therapieprogramm ihrer (manchmal auch schon erwachsenen) Kinder zusätzlich zu den ansonsten üblichen Elterngesprächen bzw. familientherapeutischen Sitzungen, die im Therapieverlauf in unterschiedlicher Häufigkeit (von unserer Seite möglichst oft) mit üblicherweise einer Stunde Dauer stattfinden.

Teilnahme: Wir stimulieren unsere Patientinnen von Anfang an zur Teilnahme an familientherapeutischen Interventionen; nur zu einem kleineren Teil müssen wir über einen längeren Zeitraum hinweg diesbezügliche Motivationsarbeit leisten, damit ein Gespräch mit den Eltern oder die gemeinsame Teilnahme an einer Eltern–Kind–Therapiewoche zustande kommt. Gespräche alleine mit den Eltern ohne die Kinder, die sich in unserer stationären Behandlung befinden, führen wir zumeist nicht durch – es sei denn, es gibt dafür einen triftigen Grund. Unserer Erfahrung nach gibt es aber nur selten Anlässe dafür. Dies können z.B. Krisensituationen innerhalb der Familie sein, die nichts mit der Essstörungserkrankung des Kindes zu tun haben, die Eltern aber so verunsichern, dass sie sich mit dem Therapeuten besprechen wollen, bevor sie auf ihr Kind treffen. Auch ein destruktiv–vorwürfliches oder beleidigendes Vorbringen eigener Belastungen kommt auf Elternseite eher selten vor, wäre aber ein weiterer Grund ein Gespräch nur mit den Eltern zu führen, um ungünstige bzw. schädliche Einflüsse zum Schutz der Betroffenen, der hier Vorrang hat, abzuwenden.

Teilnahmekriterien: Teilnehmen können an einer solchen Eltern–Kind–Therapiewoche stationär behandelte Patientinnen jeden Alters, die dazu ihre Eltern oder ein Elternteil

(seltener auch Stiefeltern oder Lebenspartner der Eltern) einladen. Die Gesamtteilnehmeranzahl soll dabei – im Wesentlichen aus Platzgründen – 30 Personen nicht überschreiten. Unsere Eltern–Kind–Therapiewochen finden inzwischen sieben Mal im Jahr statt (von Montag bis Freitag), wobei wir versuchen die unterschiedlichen Schulferienzeiten in Deutschland zu berücksichtigen. Altersunterschiede der teilnehmenden Kinder spielen unserer Erfahrung nach keine entscheidende Rolle; dennoch achten wir wenn möglich darauf, dass diese nicht allzu groß sind und schlagen deshalb auch einmal besonders jungen oder eher älteren Patientinnen einen anderen Teilnahmezeitpunkt vor, um auch in etwa gleichaltrige Mitpatientinnen dabei zu haben. Einer Evaluation der Eltern–Kind–Therapiewochen zufolge (findet sich auf der home page der Klinik) liegt der Altersdurchschnitt der Teilnehmenden bei 18 Jahren (12 – 32 Jahre).

Mit Schwierigkeiten verbunden kann die Teilnahme besonders niedrig gewichtiger, noch schwer in essgestörtes Verhalten verstrickter Patientinnen sein, wenn deren Auseinandersetzung mit dem Klinikpersonal um die Einhaltung des Therapieprogramms noch ganz im Vordergrund steht. Auch hier schlagen wir die Teilnahme zu einem späteren Zeitpunkt vor, wenn die Integration in das Therapieprogramm bereits gelungen ist. Das gemeinsame Vorgehen gegen die Essstörung hat dann begonnen, wenn Patientin, Klinikpersonal und Eltern gemeinsam an einem Strang gegen die Essstörung ziehen.

Allerdings kann auch einmal die frühzeitige Teilnahme schwer kranker Patientinnen zusammen mit ihren Eltern deren Chancen verbessern, sich auf unser Therapieprogramm einzulassen. Wenn Eltern das Therapieprogramm und seine Regeln in der Klinik selbst kennenlernen, können sie sich mit dem Personal direkt und zusammen mit ihren essgestörten Kindern darüber auseinandersetzen. Betroffene erleben sich darüber weniger nur in der Klinik abgegeben und ihre Familie „außen vor“. Eltern können wertvolle Hilfen in der Auseinandersetzung um das Einhalten des Therapieprogramms sein, aber auch im Offenlegen essgestörter Verhaltensweisen oder im Umgang der Betroffenen mit vermeintlichen Ungerechtigkeiten. Eltern können dabei auch erfahren, wie sie sich vermehrt gegen die Essstörung ihrer Kinder positionieren können. Damit besteht die Möglichkeit eine hilfreiche, sog. „therapeutische Allianz“ zwischen allen Beteiligten zu bilden, die es frühzeitiger

ermöglicht, die für den Therapieprozess hinderlichen Ängste der Betroffenen offenzulegen, wie

„ich habe solche Angst es nicht zu schaffen wieder gesund zu werden, dass ich mich nicht anzufangen traue mit der Behandlung“ oder

„ich werde viel zu viel zunehmen, wenn ich zu essen anfangen, das gerät außer Kontrolle, ich werde das nicht aushalten können“ oder

„gesund und wieder normal sein ist überfordernd und damit nicht erstrebenswert“

und die Eltern in das Widerlegen dieser Annahmen von Anfang an mit einbeziehen.

Das „normal werden“ mit der Gewichtszunahme wird von den Betroffenen typischerweise als angstbesetzt erlebt (panische Angst vor der Normalgewichtszahl auf der Waage, vergleichbar mit dem Anblick einer Spinne bei Menschen mit einer Spinnenphobie) und wird demzufolge von den Betroffenen abgewehrt. Wir gehen davon aus, dass Hungern auch zur Angstlinderung eingesetzt wird. Dies macht es verständlich, warum das Aufgeben des Hungerns, also das kalorisch wieder angemessene Essen zur Gewichtszunahme, so schwierig ist für die Betroffenen. Sie können damit wieder vermehrt mit ihren Ängsten (bzw. ihrem nicht aushaltbaren inneren Erleben) konfrontiert sein. Folglich gelingt es ihnen auch nicht, die Gewichtszunahme alleine durchzuführen, auch wenn sie dies – und das ist auch typisch – immer wieder verlangen. Die dabei aufkommenden Ängste bis hin zum Panikerleben werden dies nicht zulassen. Sie erfordern – in der fortlaufenden professionellen Betreuung der Betroffenen – das Erreichen einer Gewichtsnormalisierung, vergleichbar mit einer Person, die eine Flugangst hat. Diese wird zu deren Überwindung auch das Einsteigen in ein Flugzeug brauchen und dies muss dann auch noch Abheben. Eine Beschäftigung mit dem Problem bzw. die Zusicherung dies tun zu wollen, reicht allein nicht aus.

Patientinnen mit Essstörungen (zumeist sind dies die anorektischen, seltener auch bulimische Patientinnen) müssen den Normalgewichtsbereich erreichen, um die damit verbundenen übertriebenen Ängste und Fehlüberzeugungen zu überwinden. Dass das Flugzeug aber überhaupt bestiegen, bzw. der Normalgewichtsbereich erreicht wird, dazu brauchen die Betroffenen eine enge und direkte Begleitung, die sich mit dem Problem auskennt, damit professionell umgeht, also den Betroffenen nicht aus den

Augen lässt und fortlaufend auf andere Gedanken bringt/Fehlüberzeugungen widerlegt, beruhigt, Sicherheit vermittelt und im Bedarfsfall so weit geht, dass das vorher Verabredete (Einsteigen in das Flugzeug) auch wohlwollend „erzwingen“ wird. Nur damit lassen sich irrationale Ängste angemessen begrenzen, zurückdrängen und infolge überwinden. So ist das auch bei der Essstörung.

Ausschlussgründe für eine Teilnahme an einer Eltern-Kind-Therapiewoche gibt es kaum; in jedem Fall wäre das aber eine sexuelle Missbrauchserfahrung oder auch schwere körperliche Gewalterfahrung innerhalb der Familie durch ein teilnehmendes Elternteil – dies auch im Verdachtsfall bzw. bis zu einer erfolgten Klärung. Das Vorliegen einer Borderline Persönlichkeitsstörung (sowohl auf Seiten eines Elternteils als auch bei einem teilnehmenden Kind) ist nach unserer Erfahrung kein Ausschlussgrund. Wir achten aber in solchen Fällen darauf, dass es vorab schon Elterngespräche zum Kennenlernen gibt. Dies gilt auch für Psychose- oder Schizophrenie Erkrankungen auf Seiten eines Elternteils. Günstig hat sich hier das vorherige gemeinsame Abgleichen der „Belastungsfähigkeit“ der Betroffenen erwiesen bzw. die Auseinandersetzung mit der zumeist unbegründeten Angst vor Überforderung und emotionaler Destabilisierung.

Abbrüche hat es in den bisherigen 15 Jahren, in denen wir die Eltern-Kind-Therapiewochen durchführen, dreimal durch vorzeitige Abreisen (Abbrüche im Verlauf der Woche) von Müttern gegeben, wovon zwei davon seelisch schwer vorbelastet waren. In zwei von diesen drei Fällen ließ sich mit etwas Abstand zur Elternwoche dann ein erneuter tragfähiger Kontakt mit im Nachhinein noch möglicher Klärung der Belastungssituation für die betroffene Mutter herstellen. Dabei waren jeweils Ärger über das Verhalten des erkrankten Kindes und der Eindruck der Mutter einer zu starken bzw. ausschließlichen Parteinahme der Therapeuten für die Patientin mit vermeintlicher Zurückweisung der Mutter Auslöser einer Kränkungsituation. Alle drei Angehörigen hatten zuvor noch keinen persönlichen Kontakt zum Therapeutenteam der Eltern-Kind-Therapiewoche gehabt. Daraus folgernd achten wir noch mehr auf ein vorheriges, zumindest einmaliges Treffen (im Rahmen eines Elterngesprächs), ebenso wie auf unsere therapietypische Parteinahme für unsere Patientinnen, die nicht dazu führen darf, dass ein Elternteil (bevorzugt eine Mutter) ihrem Empfinden nach ins Abseits gerät.

Teilnahmegründe und Wünsche: Was versprechen sich die Patientinnen und die Eltern von dieser Woche?

Wir haben die Teilnehmenden zu Beginn mehrerer Eltern–Kind–Therapiewochen dazu befragt. Auf einer „Hitliste“ findet sich auf Platz 1 der Frage nach den Wünschen für die Teilnahme an einer solchen Woche auf beiden Seiten *„ein besseres Verständnis“* für die Erkrankung erreichen zu wollen. Dabei wünschen sich die (zum Teil auch schon erwachsenen) Kinder von ihren Eltern typischerweise als wichtigste Veränderung, dass die Eltern im Umgang mit ihnen und ihrer „rätselhaften“ Erkrankung (so wurde die Anorexia nervosa von Hilde Bruch, einer Pionierin in der Essstörungstherapie einmal bezeichnet) geschult werden und infolge weniger belastet reagieren.

Es ist auch für die Betroffenen selbst schwer zu verstehen, warum sie nicht essen können und damit so viel Stress und Belastung in die Familie bringen. Sie wollen diese Belastung nicht und es entspricht auch nicht ihrer meist hoch sensiblen, empfindsamen und (außerhalb der Essstörung) zumeist so wenig aggressiven Art. Dass dieses Verhalten einer seelischen Krankheit entspringt und keiner Laune der Betroffenen oder nur einem Schlangentick, scheint zumindest einem Teil der Familien schwer verständlich zu sein. Dabei kann es uns doch allen passieren, dass wir aus seelischen Gründen heraus nichts essen können (oder auch zu viel essen); dies allerdings nicht in einem solch verheerenden Ausmaß wie bei den an einer Essstörung Erkrankten.

Essgestörtes Verhalten (wie Diät halten) ohne die Erkrankung Essstörung wird in unserer westlichen Gesellschaft mit Nahrungsüberfluss und vielen, zum Teil auch widersprüchlichen Werbebotschaften rund um das Thema Ernährung, Sport, Gewicht und Figur häufig praktiziert. Essgestörtes Verhalten unterscheidet sich von der Erkrankung Essstörung dadurch, dass es eine dahinter liegende (verborgene) psychische Störung gibt.

„Am Anfang einer Essstörung steht ein emotionelles Problem“

„Dass die Essstörung zuallererst eine psychische Erkrankung ist“ – auch wenn sich daraus viele medizinische Probleme entwickeln – und die Familien verstehen und deshalb auch wissen sollen, dass die Betroffenen *niemand belasten* und die Familie bzw. die Ehe der Eltern nicht zerstören wollen, steht an Platz 2 der Wünsche auf Seiten

der Kinder. Wie sollen wir mit unseren nicht essenden, bzw. den unter unseren Augen verhungern den Kindern umgehen (wenn sie, die zuvor so vernünftig waren, nun im Umgang mit dem Essen lügen und betrügen) und nicht ärgerlich, hilflos oder verzweifelt reagieren und vorwurfsvoll sein, markiert Platz 2 auf Seiten der Anliegen der Eltern.

Sich Hilfe von außen holen, weil das eigene System und damit die eigenen Handlungsmöglichkeiten nicht ausreichen, sollte die eigentlich einfach klingende Handlungsanweisung und Lösung sein. Dies kann sich als schwierig erweisen, wenn passende Hilfen erst gefunden werden müssen und zudem die Betroffenen sie ablehnen im Rahmen einer noch fehlenden Krankheitseinsicht und darüber die Angehörigen noch einmal mehr irritieren oder gegen sich aufbringen und alles noch schwerer für alle machen. Deshalb gibt es auf dem Essstörungstherapiesektor immer mehr Elternarbeit bzw. Elterntraining, was sicherlich wegweisend ist. Auch Gespräche alleine mit den Eltern können im Vorfeld einer Behandlung eingesetzt werden, wenn die Kinder sich noch verweigern. Damit kann es möglich werden, eine ungünstige Spirale aus familiären Belastungen und dadurch vermehrten Schuldgefühlen auf beiden Seiten frühzeitiger zu unterbrechen. Denn Schuldgefühle erhöhen typischerweise auf der Seite der Betroffenen die Verstrickung in die Essstörung und Verschlimmern so deren Symptomatik.

Wir diskutieren heute unter den Essstörungsexperten nicht mehr so sehr die Frage, ob die Eltern Therapie brauchen und ob die Eltern Essgestörter eigene seelische Störungen haben, sondern gehen davon aus, dass die Eltern in jedem Fall therapeutische Hilfen im Umgang mit ihrem essgestörten Kind (oder Partner bei Essstörungen im Erwachsenenalter) brauchen, um mit dem auffälligen Verhalten der Betroffenen angemessen (als Krankheit) umzugehen.

Gleichzeitig fällt uns in den Eltern-Kind-Therapiewochen regelmäßig eine sog. mangelnde Eltern-Kind-Hierarchie auf. Damit ist ein mangelnder oder sogar fehlender (gesunder) Abstand zwischen Eltern und Kind gemeint, was sich allerdings auch als ein grundsätzliches gesellschaftliches Phänomen unserer Zeit darstellt. Kinder werden dabei, obwohl sie noch nicht die Reife Erwachsener (gemeint ist die Entwicklung der Persönlichkeit) haben, in die Probleme Erwachsener miteinbezogen

und damit naturgemäß überfordert. Die Folgereaktionen der Kinder sind unterschiedlich, abhängig von deren Naturell:

Gesunde (im Sinne von altersentsprechend entwickelte) Kinder wehren sich gegen einen solchen Miteinbezug und leisten Widerstand, der unseren Patientinnen (anorexietypisch) vom Naturell her nicht gegeben ist. Sie verhalten sich wie Vertraute oder beste Freunde der Eltern und lassen sich in deren Lebensbelastungen hineinziehen, was die nicht erkrankten Geschwister so nicht zulassen. Wir erleben sogar von einer Essstörung Betroffene, die sich als die Paartherapeuten ihrer Eltern und deren Lebenshilfen bezeichnen und Eltern, die argumentieren, dass dies auch richtig sei, da die Kinder ja das Erwachsensein frühzeitig lernen sollen und das Leben „kein Zucker schlecken bzw. kein Ponyhof“ sei.

Was aber, wenn eine solche Haltung diese hochsensiblen, hoch empfindsamen und tief beeindruckbaren, sich wehrlos erlebenden Betroffenen übermäßig einbezieht in die Problemlagen der Erwachsenen? Was, wenn es sie übermäßig ängstigt und sogar in ihren eigenen Entwicklungsbestrebungen einengt bzw. solche gar nicht aufkommen lässt? Wenn sie nicht erwachsen werden wollen oder besser gesagt, es nicht können, weil alles zu viel, zu groß, zu bedrohlich und zu überfordernd ist? Dann war das für diese Kinder wohl zu früh und diese elterliche Haltung eher wenig entwicklungsförderlich, sondern zu fordernd bzw. die Kinder damit überfordernd?! Wir sollten empfindsamen Jugendliche nicht ängstigen mit der Forderung selbstständig sein zu müssen. Selbstständig werden ist eine Entwicklung, die sich hinziehen kann.

Kind sein braucht seinen Raum und seine Zeit, ebenso wie das Jugendlich sein seine Zeit braucht mit einem ausreichend langen Entwicklungsraum zum Erwachsen werden. Erwachsenes Denken, Abwägen, Handeln, Bewerten, Antizipieren (Vorausschauen) und insgesamt Problem lösen will über Jahre und mit vielen hilfreichen Beziehungen/Ratgebern gelernt werden und setzt eine altersentsprechende Ich-Stärke (Ich-Entwicklung mit stabilen Ich-grenzen) voraus.

„In Beziehungen sollte das was Beziehungen nützt und ihnen gut tut im Vordergrund stehen“

Eltern wollen als Punkt 3 auf unserer Hitliste der Wünsche an die Eltern-Kind-Therapiewoche keine Schuld haben, bzw. fragen sich z.T. übermäßig, ob sie Schuld

an der Essstörung ihres Kindes haben. Darüber können sie sehr mit sich selbst beschäftigt und hoch belastet sein. Wir meinen, dass es so formuliert werden kann: Eltern sind beteiligt an der Entwicklung ihrer Kinder und wollen es recht machen im Umgang mit ihnen, was aber nicht bedeutet, dass das Elternverhalten immer die Entwicklung des Kindes auch passend zu seinen Anlagen fördert. Es ist nachvollziehbar, dass Eltern genervt sind vom essgestörten Verhalten ihres Kindes, was aber nicht bedeuten darf, dass sie das vor dem Kind auch ausleben und dem Kind spüren lassen, wie schlecht es ihnen dabei geht und wie fertig sie das Verhalten des Kindes macht.

Ein Beispiel: Es kann für einen Vater schwer zu ertragen sein, wenn er ein Geschäft aufgebaut hat, das er an seine einzige Tochter übergeben will, aber dann erfährt, dass diese beruflich etwas ganz anderes machen will. Was dann? Es wird eine gut entwickelte Persönlichkeit auf Seiten des Vaters notwendig sein (mit einem gewissen Maß an Großzügigkeit, Eigenständigkeit, Flexibilität und eigener Lebensfreude u.a.m.), damit er der Tochter ihr eigenes Leben zugestehen kann und seines weiterhin nach seinen Vorstellungen führt, auch wenn die Tochter dem (zumindest derzeit) nicht folgen kann. Was die Zukunft bringen wird bleibt abzuwarten!

Vielleicht tut sich die Tochter einmal mit einem Partner zusammen, der den Betrieb des Vaters gerne führen will. Wenn das aber nicht eintreten sollte, wird der Vater einen eigenen Weg mit seinem Betrieb finden müssen, auch ohne den direkten Einbezug der Tochter und sich nicht – wie in unserem Fall – unglücklich reagierend zurückziehen und schwer enttäuscht sein von seiner Tochter, die sich damit (als von einer Anorexie Betroffene) viel zu sehr im Unrecht erlebt mit ihren eigenen Wünschen und in tiefes Schuld erleben dem Vater/der Familie gegenüber gerät, die sie eigenständig nicht auflösen kann.

Wir wissen heute, dass von einer Anorexie Betroffene hoch sensibel, von außen leicht beeinflussbar, aber auch unflexibel in ihrem Denken sind. Sie neigen dazu, Dinge die ihnen gesagt werden, aufzusaugen „wie ein Schwamm“ und sie schlecht wieder los zu werden. Dazu trägt eine hohe Außenorientierung (ein Scannen der Umwelt danach, was von ihnen erwartet wird) und eine generelle hohe Empfindsamkeit mit zu wenig selbstbehauptenden Impulsen bei, ebenso wie ein hohes Perfektionismus- und

Leistungsstreben mit einem zu intensiven selbstkritischen Blick und dem wenig flexiblen Denken.

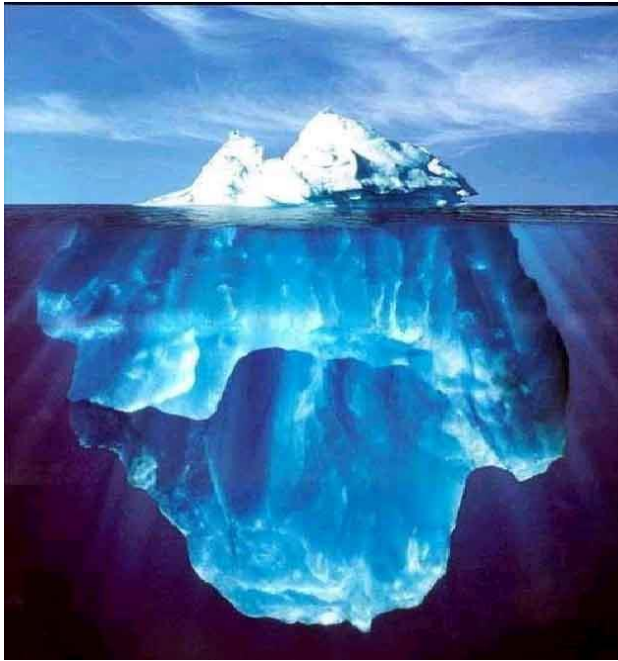
Als anorexietyisch wird dabei ein rigider, Detail fokussierter Denkstil angesehen mit einer besonderen Betonung von Ordnung und Symmetrie, was sich oft auch im Schriftbild zeigt und die Betroffenen wohl bereits in ihren Anlagen mitbringen. Diese Art erschwert es ihnen sich einen Überblick zu verschaffen und damit einen Blick „für das große Ganze“ zu entwickeln. Sie können dabei schlechter als andere

„sowohl den Wald (als Ganzes) als auch die Bäume (als Einzelne) sehen“ und dazwischen hin- und herwechseln

Sie verzetteln sich im Detail, bleiben oft ängstlich wirkend an einzelnen Aussagen hängen, die andere rasch wieder vergessen haben. Sie tun sich damit auch schwerer mit Veränderungen, auch mit Spontaneität, und allgemein mit sich verändernden Lebensumständen (wie eine sich verändernde Zusammensetzung der Schulklasse, ein Übergang in das Kurssystem in der Oberstufe, ein Schulabschluss, die erste Liebesbeziehung, sich verändernde freundschaftliche Beziehungen, usw.), was die Umgebung verstehen lernen muss um ihnen richtig helfen zu können.

Essgestörte Patientinnen wollen keinesfalls, dass sich ihre Eltern schuldig fühlen an der Entstehung ihrer Erkrankung. Sie wissen ja selbst nicht warum sich diese entwickelt hat. Dies ist unserer Meinung nach eine wichtige Information für die Angehörigen, die glauben, man bräuchte ja nur wieder essen und dann ist alles wieder gut. Wenn das so einfach wäre, würden es die Betroffenen sofort wieder tun.

„Die Essstörungssymptomatik ist nur die „Spitze eines Eisbergs“, die man sieht, das darunter liegende, weit größere Problem liegt in der Persönlichkeit der Betroffenen“.



Gut gemeinte Versuche, die Betroffenen durch Vorhaltungen und moralischen Druck zum Essen zu bringen, sind genauso falsche und erfolglose Mittel, wie die Sätze „iss doch mal“ oder „du brauchst ja nur zu essen, dann ist alles wieder gut“. Wenn es so einfach wäre, hätte das Abnehmen erst gar nicht begonnen. Mit Essen alleine ist nicht alles wieder gut. Dass sie essen sollen, wissen die Betroffenen selbst, die zumeist gerne essen würden, wenn sie nur könnten. Ein gewisser Machtkampf, der im Umgang mit den Betroffenen beim Essen spürbar wird und im Gegenüber aggressive Reaktionen auslösen kann, ist – neben den kognitiven Einschränkungen durch das Hungern selbst und der Verzettelung der Betroffenen im Detail – ein an anderen Stellen nicht ausgetragenes, aber notwendiges Ringen um einen Zugewinn an Selbstbehauptung, Identitätsbildung und Ichentwicklung. In einem gesunden Entwicklungsprozess wird das an den typischen altersentsprechenden Konfliktpunkten ausgetragen, was die Betroffenen aber so nicht können.

„Essen als letzte eigene Bastion im Ringen um Selbstbestimmung“

Anorektische Kinder sind typischerweise von jeher auffallend vernünftig und geradlinig in ihrem Denken bis hin zur Rechthaberei, worüber sie fälschlicherweise als starke Persönlichkeiten eingeschätzt werden. Sie können kompromiss- und rücksichtslos gerecht und hoch sozial eingestellt sein. Sie können sich in Sachen

„Gerechtigkeit“ besonders auch im Familiensystem so hineinsteigern, dass sie z.B. Eltern-Funktion für ihre Geschwister übernehmen oder versuchen auch ihre Eltern zu erziehen. Dies tun sie nicht zu ihrem Vorteil, sondern zumeist zu ihrem Nachteil, da sie sich damit innerhalb der Familie, bei Eltern und Geschwistern, unmöglich machen mit ihrer wenig lässigen, hochempfindlichen, übergenaugen/zwanghaften und insgesamt „uncoolen“ Art.

„Anorektisch zu sein im Jugendalter ist das Gegenteil von „cool“ sein. Das „coole“ niedrige Gewicht scheint diesen Mangel – passend zu unserem übertriebenen Schlankheitsideal – auszugleichen“

Anorektische Kinder sehen zu gut und zu deutlich, wenn etwas nicht rund läuft in der Familie und haben die Neigung bzw. stehen unter dem inneren Druck, sich für eine Klärung einsetzen zu müssen. Dies unterscheidet sie von normal entwickelten Jugendlichen deutlich. Oft finden sie damit keine oder nur wenig Unterstützung durch ihre Geschwister, da sie auch diesen fremd sind mit ihrer fleißigen, ehrgeizigen, übergenaugen und „es recht machen wollenden“ Art, die wenig „gesund egoistisch“ und zu wenig an normalen jugendlichen Belangen orientiert ist. Leistungsorientierung, Perfektionismusstreben, Genauigkeit und Pflichterfüllung dagegen sind ihre nach außen sichtbare Hauptorientierung; innerlich erleben sie sich ängstlich und hilflos den vielen (alltäglichen) Anforderungen ausgeliefert, die sie viel zu wichtig nehmen.

im Alltag ertrinken *(das gehört in das Bild gesetzt)*



Aus der Forschung gibt es Daten darüber, dass sich der Persönlichkeits- oder Charakterzug „Perfektionismus“ schon früh und ganz typischerweise bei späteren Anorexien als ein zentrales Element findet. Familien bzw. das Umfeld solcher Kinder müssten schon früh geschult werden im Umgang damit. Diesen Kindern müssen wir frühzeitig lernen wie man sich entspannt, wie man (kindlich oder jugendlich harmlosen) Blödsinn macht bzw. einmal „alle Fünfe gerade sein lässt“.

Es sich gut gehen lassen auch ohne Leistungserbringung, ohne immer etwas Nützliches zu tun, stellt eine zentrale Lernaufgabe für die Betroffenen dar. Es sich gut gehen lassen können auch ohne Topleistungen zu erbringen, ist die Voraussetzung dafür auch Versagenserlebnisse zu ertragen (also z.B. in der Schule nur eine Zwei oder Drei zu schreiben anstatt einer Eins und die Erfahrung zu machen, dass sich mit Freunden verabreden genauso schön sein kann mit einer schlechteren wie mit einer guten Note). In einer solchen Situation enttäuscht und alleine zu bleiben und sich zurückzuziehen, hinterlässt bei den anderen einen verstörenden Eindruck, da es dann so scheint, dass nur Leistung und nicht auch das soziale Miteinander zählt. Wenn Vergnügungen und alles andere neben der Leistung auch etwas wert sind, lässt sich auch eine schlechtere Leistung gut ertragen, ohne das Ziel aufgeben zu müssen gute Leistungen erbringen zu wollen.

Anorektische Kinder bieten sich ihren Eltern gerne als Vertraute und Bezugspersonen an und wenn Eltern selbst bedürftig geblieben sind, weisen sie dies oft zu wenig zurück. Manchen Eltern, am häufigsten wohl den Müttern, ist dies ganz recht und sie sind nicht einmal irritiert, wenn sie mit diesem hochsensiblen Kind einen zutiefst vertrauten Menschen an ihrer Seite haben, dem sie alles was sie bewegt anvertrauen können ohne zu bedenken, dass es eine gesunde Generationskluft geben muss, damit Kind sein als solches überhaupt möglich ist.

„Diese Kinder hinterlassen eine emotionale Lücke im Leben ihrer Eltern, wenn sie eigene Wege gehen, was sie von ihrer Art her sowieso schon zu wenig können. Durch solch ein elterliches Verhalten werden sie zudem zu wenig dazu stimuliert“, hat G. Reich es in seinen Familientherapieschriften formuliert. Wenn Kinder beim Älterwerden und damit zunehmenden Verlassen eines bis dahin gemeinsamen Weges eine emotionale Lücke hinterlassen können, die den Eltern weh tut, dann sollten sie das wenigstens nicht zu spüren bekommen. Denn diesen hoch einfühlsamen Kindern fehlt die ansonsten altersübliche Gegenwehr durch einen gesunden jugendlichen Egoismus.

Therapieprogramm der Eltern–Kind–Therapie/Trainings–Woche

(siehe den Wochenplan in der Anlage) **bitte als Anlage beifügen**

Am Montagnachmittag beginnt die Veranstaltung im Vortragssaal, in dem alle Teilnehmer einen Sitzkreis bilden und sich nach einer Begrüßung und Einführung in das Therapieprogramm dieser Woche reihum vorstellen. Als erstes stellen sich die teilnehmenden Therapeuten des Essstörungstherapiebereichs und eventuell teilnehmende Hospitanten vor, daran anschließend jede Familie mit den wichtigsten persönlichen Daten für die Eltern–Kind–Therapiewoche (Alter der Eltern, Wohnort, Beruf, weitere Kinder etc.). Die Patientinnen fassen ihre bisherige Krankengeschichte kurz zusammen, dann den bisherigen Verlauf und die Gewichtszunahme in unserer Klinik, bzw. die Dauer der bulimischen Symptomaufgabe. Dann formulieren beide Seiten, was sie sich von dieser Woche wünschen und erhoffen, was von Seiten der

Therapeuten notiert wird, um es in der Abschlussrunde am Ende der Woche abzugleichen und sich auch während der Woche ggfs wieder darauf zu beziehen.

Auch bereits während dieser Vorstellungsrunde verstehen wir uns als therapeutisch aktiv eingreifend dahingehend, dass wir also ab Beginn aktiv in das Geschehen eingreifen, Gesagtes oder Verhaltensweisen sofort hinterfragen, spiegeln und interpretieren, um in sogenannten Reframingprozessen den bisherigen Verhaltensweisen und (Fehl)Haltungen einen neuen Rahmen zu geben und damit eine neue (unkompliziertere) Sicht auf die Dinge. Besonders achten wir dabei auf Moralisierungen und eine unflexible Art zu denken und versuchen allem – auch wenn die Erkrankungen schwer sind – eine neue Leichtigkeit und mehr Flexibilität zu geben, die das Ganze verträglicher und einfacher macht.

„Denn wir haben es mit Erkrankungen zu tun und nicht mit persönlicher Schuld oder persönlichem Versagen“

Nach der Vorstellungs- bzw. Einführungsrunde in den Therapieprozess der Eltern–Kind–Woche findet das erste **gemeinsame Abendessen** statt. Die Sitzordnung wird zuvor von den Ernährungsfachkräften festgelegt und nach dem Alter der Patientinnen geordnet, Änderungswünsche können jederzeit eingebracht werden. Die Ernährungsfachkraft (kurz EF) setzt die Patientinnen anfangs dorthin wo sie am liebsten sitzen wollen, wobei wir betonen, dass wir nicht mit der möglicherweise größeren Schwierigkeit beginnen wollen. Platzwechsel sollen dann im Verlauf der Woche, organisiert durch die EF stattfinden, wobei diese alle Mahlzeiten betreut, d.h. direkt anwesend ist und so Ansprechpartnerin für alle auftretenden Schwierigkeiten ist.

Sie mischt sich aktiv in gestörtes Essverhalten oder problematische Situationen ein, was auch die Herausnahme einer überlasteten Patientin aus der gemeinsamen Esssituation bedeuten kann (an einen anderen Platz oder Tisch setzen oder das Essen bei den Schwestern in unserem „Überwachungsbereich“ einnehmen). Komplikationen dieser Art kommen auffällig selten vor, was wohl vor allem daran liegt, dass wir die Teilnahme an der Eltern–Kind–Woche dahingehend vorbereiten, dass wir auf die teilnehmenden Kinder einwirken, gestörtes Essverhalten nicht erneut den Eltern vorzuleben. Dies würde eine alte häusliche Problematik nur wieder aufleben lassen und so die Aufmerksamkeit der Eltern zu sehr auf das Essen lenken, was schon zu

Hause für alle Beteiligten nichts an Fortschritten gebracht hat, sondern nur Stress, Enttäuschung, schlechte Laune und belastete Beziehungen. Die indirekte Botschaft Essgestörter, dass das Essen „zu viel“ ist, muss dabei fortlaufend übersetzt werden in

„was ist denn eigentlich zu viel oder zu schwierig für mich, denn das Essen kann es nicht sein, das ist ja für mich hier vorportioniert !?“.

Wer von den Betroffenen seine Esskontrollsymptomatik für die typischerweise sehr gewünschte Teilnahme an der Eltern–Kind–Woche noch nicht eingrenzen kann, der sollte an einer späteren Woche teilnehmen. Dabei machen wir zumeist die Erfahrung, dass eine unbedingt gewünschte Teilnahme die Verbesserung des Essverhaltens durchaus so stimulieren kann, dass die Teilnahme dann doch möglich wird.

Emotionelle Probleme jeder Art, die sich beim Essen oder in der gemeinsam verbrachten Zeit zwischen den Therapien ergeben, sollen in der sich als nächstes anschließenden Therapieeinheit angesprochen werden, auch aktiv vom teilnehmenden Personal.

Die **Abendrunde (Großgruppe Eltern–Kind)** ab dem zweiten Tag der Eltern–Kind–Therapiewoche findet im Zeitband der Vorstellungsrunde (vom ersten Tag) statt und startet mit Fragen zur Befindlichkeit der einzelnen Familien, wobei wir darauf achten und dies auch aktiv befördern, dass reihum jede Familie angesprochen wird und nicht nur akut problematische Fälle Hauptthema sind. Dennoch beginnen wir mit akuten Problematiken, was unsere Patientinnen schon aus ihren Therapiegruppen während ihres hiesigen stationären Aufenthaltes kennen. Wir achten aber darauf, dass alle unsere Patientinnen reihum jeweils angesprochen werden und so Stellung beziehen können oder ihre Einschätzung zu Problemen oder Verhaltensweisen abgeben. Darüber wird den Eltern eine breite Palette an Erfahrungen über das Wesen der Essstörungserkrankung ihrer Kinder vor Augen geführt und sie können das eigene Kind in seiner Not besser verstehen lernen und sich selbst nicht mehr so alleine mit dem Problem Essstörung erleben.

„Wir müssen gemeinsam (die Betroffenen selbst, die Angehörigen, aber auch die Therapeuten) begreifen lernen, wofür die Essstörung steht.“ (M. Gerlinghoff)

Auf Seiten der Kinder/unsere Patientinnen befördern wir damit das „sich zu präsentieren“, „seine Meinung zu äußern“, „eine Position zu beziehen“ und „sich darüber wichtig zu nehmen“, was alles zusammengenommen den Aufbau sozialer Kompetenzen und damit auch eine Selbstwert- bzw. insgesamt Ichstärkung bedeutet.

So wie unsere Patientinnen ihre verstehenden Mitpatientinnen haben, ist es auch gut für die Eltern verstehende Miteltern zu erleben. Die gesamte Gruppe profitiert dabei besonders von den sehr verständnisvollen und oft sehr klugen, dabei oft hoch reddegewandt vorgetragenen Darstellungen der Patientinnen. Diese helfen sich untereinander das schwierige Thema Essstörung und die dahinter stehenden Gründe begreifbar zu machen. Auffällig bleibt dabei eine andere wichtige Seite der Betroffenen, nämlich wie schwer es der einzelnen Patientin oft trotz aller Reddegewandtheit fällt, sich selbst „ins rechte Licht zu setzen“.

Hilde Bruch hat dies als „ein tief sitzendes Gefühl eigener Unzulänglichkeit“ bei Menschen mit Essstörungen benannt.

Am Ende der Abendrunde gibt es unsererseits die Empfehlung, nun die Therapie und damit die Auseinandersetzung um die Essstörung für diesen Tag als beendet anzusehen und zum vergnüglichen Abendprogramm überzugehen. Dies soll helfen, keine weiteren gemeinsamen Auseinandersetzungen zu führen und damit das Risiko wieder zunehmender Verstrickungen und Belastungen klein zu halten. Damit sollen auch Grenzen gezogen werden zwischen Arbeiten und Feierabend. Den Kindern erlauben wir explizit noch in Anwesenheit der Eltern, ihre eigenen Wege gehen zu dürfen, so wie sie es auch in der Klinik tun, wenn die Eltern nicht da sind. Damit müssen sie weniger Verantwortung für das Wohlergehen der Eltern übernehmen, wozu sie oft übertrieben neigen.

Wir gehen dabei von einer überhöhten Verantwortungsübernahme der Kinder gegenüber ihren Eltern aus, da diese ja extra ihretwegen hierhergekommen sind und dadurch auch Kosten verursacht werden. Unsere Patientinnen fühlen sich dafür altersuntypisch verantwortlich, was übertriebenes Kümmern auslösen kann. Automatische (also unreflektierte) Verantwortungsübernahme ist ein typisches Phänomen und Problem unserer Patientinnen. Wir instruieren dabei die Eltern, dass sie, wenn sie mit ihren Kindern außerhalb der Therapieeinheiten zusammentreffen, achtsam sind hinsichtlich spontaner Äußerungen über eigene Belastungen und ihre

finanziellen Belange. Denn diesen würden sich ihre hoch außenorientierten Kinder sofort übermäßig annehmen wollen, was es zu verhindern gilt, damit diese nicht noch mehr Zeit für die eigenen Entwicklungsaufgaben versäumen.

Unterbringung der Eltern: Die Eltern wohnen während der Eltern–Kind–Woche im benachbarten Hotel, müssen also abends die Klinik verlassen, was eine von uns gewünschte, da deutliche Abgrenzung von den Kindern, darstellt. Teilnehmende Kinder, die nicht mehr aktuelle Patientinnen der Klinik sind, sind für diese Woche wieder in der Klinik untergebracht, damit auch sie diese räumliche Trennung von den Eltern haben, was für das sich Öffnen und Offenlegen gemeinsamer Konflikte im Therapieprozess wichtig ist. Manchmal nehmen auch getrennt lebende oder geschiedene Eltern gemeinsam an einer Eltern–Kind–Woche teil, wobei wir dies von unserer Seite nicht aktiv befördern, da das Risiko besteht, dass alte Trennungsthematiken weiterhin im Vordergrund stehen und diese Woche dominieren. Einerseits kann darüber das fortbestehende Paarproblem und wie es vor dem Kind ausgetragen wird sehr deutlich werden, andererseits soll es in der Eltern–Kind–Woche aber zentral um die „Stellschraube Eltern hinsichtlich der Essstörung beim Kind“ gehen, so dass hier zwei wichtige Anliegen konkurrieren können. Wir schlagen deshalb vor, dass getrennte Eltern, die ihre Trennungsthematik und die damit verbundenen Emotionen noch nicht verarbeitet haben, auch getrennt an verschiedenen Eltern–Kind–Therapiewochen teilnehmen, was das betroffene Kind mit seiner Essstörung in den Mittelpunkt rücken lässt.

Am nächsten Tag nach dem gemeinsamen, von der Ernährungsfachkraft (EF) betreuten Frühstück, beginnt die erste **Therapiegruppe für die Kinder**, die an der Elternwoche teilnehmen. Auch die Ernährungsfachkräfte (EF) und, falls es ihre Zeit erlaubt, die zuständigen Therapeutinnen der Kinder während des Klinikaufenthaltes, können daran teilnehmen. Hier werden aktuelle Probleme aller Art und besonders auch aus der Abendessen– und Frühstückssituation (zwischen Eltern und Kind, nur bei den Kindern oder nur bei den Eltern) angesprochen, wobei uns die Einschätzung und Bewertung der Situation durch die EF ebenso wichtig ist wie die der Mitpatientinnen. Der Lerneffekt, um den es uns dabei geht, ist das offene Ansprechen problematischer Situationen oder Belastungen im Gegensatz zum „alles mit sich alleine ausmachen“ oder einem vorwurfsvollen bzw. moralisierenden Beschreiben und Bewerten einer Situation.

Dabei stellen sich oft folgende Problematiken heraus: Eltern reden zu viel über das Essen und wieviel oder wie wenig sie essen wollen oder sie diskutieren dessen Zubereitung ausführlich. Es kann auch sein, dass sie zu sehr auf den Teller ihrer Kinder sehen ohne dabei zu bemerken, dass dies dem Kind „zu viel“ im Sinne von unangenehm wird. Oder sie reagieren gekränkt auf abwehrende Reaktionen ihrer Kinder. Es passiert sogar, dass Eltern auffallend unsensibel wirken können, wenn sie erklären, dass sie selbst nur wenig essen wollen/können und sie das, was ihre Kinder in der Klinik essen müssen als zu viel bezeichnen, sie selbst soviel nie essen könnten. Wir bezeichnen das als eine überflüssige Kommunikation. Dass dies die betroffenen Kinder ärgert ist nachvollziehbar; Problem ist nur, dass diese ihrem Ärger nicht sofort angemessen „Luft machen“ können und sich gekränkt und möglicherweise vermehrt essgestört reagierend in sich zurückziehen.

Sich angemessen wehren zu lernen, ist wichtiges Ziel in der diesbezüglichen Auseinandersetzung neben einem weniger fokussierten bzw. strengen Umgehen mit problematischen Äußerungen der Eltern. Es gilt diese nicht über zu bewerten, da die Eltern typischerweise keine psychologisch geschulten Experten sind und unsensible Äußerungen nicht automatisch zum Verletzen des Gegenübers gedacht sind. Dies kann durch Rückfragen rasch geklärt werden, wozu wir die Betroffenen stimulieren, bzw. dies dann ggfs aktiv in der nächsten gemeinsamen Eltern-Kind-Gruppe tun.

Dazu gehört es auch, dass wir immer wieder herausstellen, dass häufig nur eine einzelne Situation bzw. eine kleine Verhaltensepisode angesprochen worden ist, so dass etwas zu kritisieren am Gegenüber keine globale Bewertung oder Entwertung der Person bedeutet. Gleichzeitig bestärken wir die Kinder darin, dass sie ein Recht darauf haben, dass ihr Essen bzw. ihre Essstörung beim gemeinsamen Essen nicht besprochen oder kommentiert wird, da dies für sie den Prozess der Veränderung erschweren kann. Emotionale Belastungen erleichtern das Essen nicht, im Gegenteil, sie machen es schwerer.

Auch die Patientinnen verhalten sich bei den Mahlzeiten oft hoch angespannt, wenig gesprächig und auf die Eltern kompliziert wirkend. Wir schlagen vor, dass die Eltern dies akzeptieren und nicht durch eigenes Betroffen- oder Belastetsein verkomplizieren; sie sollten sich freundlich-distanziert in der Esssituation – so wie Gäste – verhalten. Hauptsache ist, die Betroffenen essen das, was in ihrem

Ernährungsplan ausgewiesen ist, also was vor ihnen auf dem Teller liegt und was sie im Esspsychotherapieprozess mit der hiesigen Essplan gestützten Ernährung auch essen müssen, um einen wöchentlichen Gewichtsanstieg von mindestens 500g zu erreichen. Wir schlagen vor, auffälliges Essverhalten der zuständigen Ernährungsfachkraft direkt zu melden, wenn diese es nicht zuvor schon selbst bemerkt hat. Damit kann die Ernährungsfachkraft dann aktiv werden und den Eltern zeigen, wie wir uns erfolgreich in gestörtes Essverhalten einmischen.

Die Kindertherapiegruppe wird so geführt wie üblicherweise die Psychotherapiegruppen (die sog. Basis- oder Bezugsgruppen) im Essstörungstherapieprogramm der Kinder, wenn die Eltern nicht in der Klinik sind. Nach der Klärung akuter Belastungen wird auch hier reihum jeder nach seinem aktuellen Stand im Therapieprozess befragt mit Betonung seiner Befindlichkeit im Zusammensein mit den Eltern. Wir stellen Fragen nach sich im Kontakt ergebenden Konflikten und Belastungen und einem häufig allzu rasch auftretenden Schulterleben bei unseren Patientinnen. Wir greifen aktiv ein und bieten Korrekturen und Auflösung von Verstrickungen an. Jedes beschriebene Problem und jede Befindlichkeitsstörung wird wichtig genommen und so schnell wie möglich der Bearbeitung zugeführt; das ist die Aufgabe der Therapeutenseite. Alle Patientinnen können sich aber daran beteiligen oder werden nach ihrer Meinung und Haltung dazu reihum befragt. Patientinnen werden immer wieder dazu stimuliert und aufgefordert, mit dem Offenlegen ihrer Probleme und dem was ihnen nicht gefällt im Zusammensein mit den Eltern nicht zuzuwarten, sondern dies sofort bzw. zeitnah im Sinne von „gesund egoistisch und selbstfürsorglich sein“ und „Raum für sich einnehmen“ anzusprechen; die Verantwortung für die Auflösung und Bearbeitung trägt die therapeutische Leitung der Gruppe. Die Therapeutin sichert zu, dass bis zum Ende der Woche Lösungsangebote für Probleme gefunden werden und wir keine Gewinner und Verlierer hinterlassen werden.

Wir gehen davon aus, dass unseren Patientinnen eine sichere therapeutische Beziehung gegeben werden muss, damit sie sich angemessen und vertrauensvoll öffnen können und gleichzeitig keinen familiären „Scherbenhaufen“ befürchten müssen.

Hoch kränkbare Eltern, die zum Agieren im Sinne von Weglaufen oder Drohen neigen, haben wir schon erlebt. Dazu beigetragen haben könnte, dass wir nicht immer umfassend genug informiert sind hinsichtlich eigener psychischer Belastungen und auch Störungen auf Seiten der Eltern, was sich, wie oben schon ausgeführt, durch Elterngespräche in Vorbereitung auf die Eltern–Kind–Woche verbessern lässt. Sollte eskalatives Verhalten dennoch vorkommen, würden wir uns so wie in den Therapiegruppen außerhalb der Eltern–Kind–Wochen verhalten: wenn jemand wegläuft, läuft einer der Therapeuten sofort hinterher und kümmert sich um den Betroffenen, da wir niemand in einer Notlage alleine mit sich lassen. Im Falle eines weglaufenden Elternteils entlasten wir damit die Kinder und befreien sie von den sie überfordernden Sorgen und Verantwortlichkeiten um die Erwachsenen. Die erste Klärung erfolgt dann zumeist außerhalb der Gruppe mit dem Ziel den Betroffenen schnellstmöglich in die Gruppe zurückzubringen, was in den seltenen bisherigen Fällen fast immer gelungen ist.

Vorgespräche mit den teilnehmenden Eltern fordern wir trotzdem nicht zwingend, sie ergeben sich aber in den allermeisten Fällen im Rahmen von Elterngesprächen im vorangehenden Therapieverlauf. Wir würden aber nach 15 Jahren, die wir mit den Eltern–Kind–Therapiewochen Erfahrungen gesammelt haben, dazu raten, alle Eltern vorher zumindest einmal in einem gemeinsamen Gespräch mit der Patientin gesehen zu haben. Familienanamnestische Erhebungen allein über die Kinder sind kein Garant, die seelische Situation oder ggfs eine eventuelle seelische Störung der Eltern in ihrem wahren Ausmaß zu erfassen. Generell ist es aber so, dass Eltern essgestörter Patientinnen sich in ihrer seelischen Gesundheit nicht von der Normalbevölkerung unterscheiden, d.h. genauso auffällig oder unauffällig wie diese sind.

Warum wagen es die Kinder oft nicht sich den Eltern anzuvertrauen mit ihrer Erkrankung und “Lügen und Betrügen“ stattdessen? Wir setzen das Lügen und Betrügen ganz bewusst in Anführungszeichen, da wir es von der Absicht der Betroffenen her nicht als solches ansehen. Vielmehr wollen sie ihre Familien auf eine kindlich naiv anmutende, oft auch von Angst angetriebene Art und Weise schützen, wenn sie Symptomatik verheimlichen oder sogar verleugnen. Gleichzeitig setzt sie dies aber in ein schlechtes Licht und unter reichlich Anspannung. Was sagt das über die Betroffenen und die Familien aus?

Wir sehen dieses Verhalten als ein interaktionelles familiendynamisches Problem, was bedeutet, dass Eltern/Familien ihren erkrankten Kindern durchaus – und wenn dies auch indirekt sein sollte – signalisieren, dass sie durch sie belastet sind und sie genug haben von der Erkrankung. Damit wird der Kern der anorektischen Störung mit „zu viel sein“ (und auf dieses Denken eingeengt sein) getroffen. Im Therapieprozess übersetzen wir demzufolge fortlaufend „zu viel Gewicht haben“ und „zu viel sein“ in „was ist wirklich zu viel“ im Sinne von überfordernd und überlastend. Die Betroffenen haben ein besonderes Naturell und eine komplizierte Art zu denken, welche sie mit alltäglichen Lebensanforderungen schnell überfordert. Sie entwickeln darüber eine Selbstwertstörung. Bei ihrem überhöhten Maß an Schuldbewusstsein sprechen Psychoanalytiker von einem „strengen, oft grausam bewertenden Überich“, das es zu verstehen und abzumildern gilt.

Die Wahrheit über sich zu sagen, bzw. zuzugeben setzt ein gewisses Maß an Persönlichkeitsbildung voraus, woran es den Betroffenen oft mangelt.

Neuere neurowissenschaftliche Untersuchungen sprechen von einem besonderen Denkstil. Die Betroffenen sind hoch focussiert auf Details und besonders orientiert an Ordnung und Symmetrie (es muss alles richtig im Sinne von geradlinig gemacht werden). Sie sind tief beeindruckbar (alles hinterlässt tiefe Spuren) und können sich schlecht von Regeln oder Gewohntem lösen (können dadurch stur wirken). Sie zeigen sich eingeengt und unflexibel im Denken mit einem hohen Streben nach Perfektion, sind leistungsorientiert, oft hoch intelligent, selbstkritisch, insgesamt aber wenig robust.

Essgestörte Patientinnen haben typischerweise kein „dickes Fell“

Christopher Fairburn, ein bekannter englischer Essstörungstherapeut und Forscher meint, dass Essgestörte dauerhaft einen „Coach“ an ihrer Seite bräuchten, einen der ihnen in alltäglichen Problemsituationen „einflüstert“, wie sie unkomplizierter denken und sich damit dann auch unkomplizierter verhalten könnten, um so ihr Leben besser zu meistern. Dass die Eltern selbst diese besonderen Kinder besser coachen können, ist somit wichtigster Inhalt und eines der Ziele der Eltern–Kind–Therapie–Wochen.

Beispiel: Von einer Bulimie Betroffene beschreiben oft eine familiäre Desorganisiertheit (widersprüchlich erlebte Aussagen über Werte und Normen) mit

einer zwar hohen Emotionalität, aber zu wenig erlebter emotionaler Nähe, Verständnis und sicherer Verbundenheit. Dies kann einerseits übergriffig anmutende Nähe bedeuten mit der Folge von Wut- und Ohnmachtserleben, wenn – wie in einem Beispiel einer 15 jährigen Pat. mit einer Bulimie – die Badezimmertür im elterlichen Haushalt aus prinzipiellen Gründen nach Maßgabe der Eltern nicht abgeschlossen werden darf, was den natürlichen Abgrenzungsbedarf einer Jugendlichen in diesem Alter empfindlich stören kann. Der Wunsch der Tochter nach Intimität in dieser Situation sollte dominieren und nicht kollidieren mit dem Bedürfnis der Eltern nach unbeschränktem Zugang zum Badezimmer (ausdrücklich ohne missbräuchliche Absichten).

Dass ein Kind mit einer Essstörung zu wenig oder zu wenig laut und durchsetzungsfähig protestiert ist eher typisch. Dass es das vom Naturell her wenig aus sich heraus kann und dazu noch zu wenig Förderung in diese Richtung erhält, kommt verstärkend hinzu. Im therapeutischen Prozess müssen wir die erschwerten Entwicklungsbedingungen der Betroffenen respektieren und wichtig nehmen, vor allem wenn die Eltern, wie im obigen Beispiel, nicht diskussionsbereit sind und darüber hinaus noch die Tochter verantwortlich machen dafür, dass es wieder Ärger in der Familie gibt, weil sie so kompliziert, so egoistisch und verklemmt ist. Wir sehen hier das Hauptproblem auf Seiten der Eltern, die zu wenig die Veränderungen und Bedürfnisse im Jugendalter im Auge haben und respektieren, sprechen aber gleichzeitig die reale Badezimmersituation mit der Patientin durch, die z.B. auch nicht zur „Hauptgeschäftszeit“ im Bad übermäßig viel Zeit verbringen darf.

Ein weiterer Forscher aus England (Prof. Waller) hat die Unfähigkeit unserer Patientinnen und deren Familien Probleme zu lösen einmal so karikiert: Anorexien betonieren den Rasen vor dem Haus zu, wenn über den Umgang mit Maulwurfhügeln auf dieser Rasenfläche familiärer Ärger entsteht. Dann ist zwar der schädlich erlebte Ärger weg; weg sind aber auch die Blumen, die Vögel und der Rasen selbst und damit geht ein wichtiger Teil an Lebensfreude und Wohlfühlen verloren. Bulimien werfen dieser Karikatur zufolge eine Bombe auf das Rasenstück, was das Problem Maulwurfhügel und die familiären Auseinandersetzungen darüber auch entfernt, aber gleichzeitig noch weit mehr Zerstörung anrichtet.

Im Beispiel unserer o.g. Patientin hat diese in ihrem Alter ein Recht darauf, das Badezimmer für eine begrenzte Zeit abzusperren. Dieses Recht muss ihr als normaler und wichtiger Entwicklungsschritt auch zugestanden werden. Sie ist nicht zickig, wenn sie dies einfordert. Genauso wie eine andere Patientin das Recht hat sich mit Freundinnen zu verabreden, obwohl es der Mutter schlecht geht und diese sich einsam und verlassen fühlt, da der Vater eine Freundin hat und deshalb nicht nach Hause kommt. Sie ist nur die Tochter und kann deshalb nicht wirklich die Trösterin der Mutter sein (das würde einen Loyalitätskonflikt mit dem Vater mit sich bringen und der Tochter zu viel Macht im Familiensystem geben), auch wenn sie sich zum Trösten und da sein für die Mutter geradezu anbietet. Solche Angebote sollte die Mutter mit durchaus erkennbarer Dankbarkeit für die liebenswürdige Haltung der Tochter dennoch ablehnen.

Unsere Patientinnen berichten uns oft von einem hohen Moralisierungsgrad in der familiären Kommunikation: „Du bringst deine Mutter noch ins Grab wegen der Sorge um deine Erkrankung“, „du zerstörst mit deiner Erkrankung unsere Familie oder die Ehe“, „deine kleine Schwester ist sehr belastet und weint viel, weil du in der Klinik bist“, aber auch: „wir sind 500km hierher gefahren, um dich zu besuchen und sind deshalb so erschöpft“, „wir haben immer alles für dich bzw. unsere Kinder getan“, „du musst dein Leben selbst in die Hand nehmen“, „du musst nun erwachsen werden und alleine klar kommen“, usw. Das alles sind keine angenehmen Grüße aus dem Erwachsenenalter oder als Empfehlungen zu verstehen, sich darauf zu freuen und möglichst bald erwachsen werden zu wollen.

„Es wäre besser, wenn ich nicht mehr da wäre“, war eine hoch emotionelle, schwer beleidigte Reaktion oder besser gesagt Entgleisung einer Mutter, die von ihrer 14-jährigen, an einer Anorexie erkrankten Tochter, kritisiert worden war. Dies zeigt auf, wie schwer es die junge Patientin hat, wenn sie anfängt Kritik am Verhalten anderer, hier der Mutter, einer ihr dazu noch vertrauten Person, zu üben. Dabei handelte es sich um eine harmlose „Kritik“, die nicht beleidigend war, wie: Die Mutter solle sie doch in Ruhe lassen, sie könne ihr jetzt nicht erklären, was los mit ihr sei (beim Heimkommen aus der Schule in schlechter Stimmung). Die Reaktion der Mutter ist also von dem tatsächlich Gesagten der Tochter her nicht zu erklären.

Es handelt sich hier viel mehr um eine frustrierte Reaktion der Mutter, die selbst hoch kränkbar ist, da sie in ihrem Erleben immer für die anderen da ist und alles für diese tut. Sie neigt infolgedessen dazu „mit moralischem Druck“ zu reagieren und gleiches von den anderen zu erwarten, z.B. immer für sie da zu sein und nicht auch einmal in Ruhe gelassen werden wollen. Die Jugendliche dagegen will die Mutter nicht zurückweisen, sie will in dieser Situation nur (noch) nicht erzählen.

Mit solchen Erfahrungen kann die ohnehin sensible Jugendliche nicht lernen sich abgrenzen oder Kritik zu üben, sondern schätzt ihre Reaktion auf die Mutter als hoch problematisch, da so verletzend ein. Vielmehr müsste sie an dieser Stelle selbst entscheiden können, dass die Mutter übertreibt, wozu sie aber noch nicht in der Lage ist. Dies führt dazu, dass sie als noch unreife Person auf diese Übertreibung „hereinfällt“.

Besonders wichtig für uns ist dabei die Beobachtung, dass unsere Patientinnen solche Aussagen typischerweise unreflektiert annehmen und nicht als beleidigte Überreaktion der Mutter erkennen und sie deshalb weniger ernst nehmen oder einfach nur überhören. Sie könnten auch selbst anfangen zu schimpfen, wie es gesunde Kinder tun würden. Nicht aggressionsgehemmte Kinder würden sich ärgern über die Mutter, aber nicht so tief beeindruckt sein und solche emotionalen Belastungen viel schneller wieder loswerden. Zudem würden sie der Mutter ihr Fehlverhalten vorwerfen. Unsere Patientinnen dagegen nehmen so etwas bitterernst, so als würden sie in solchen Momenten ihren Verstand ein Stück weit ausschalten. Wir führen dies auf eine zu hohe Beeindruckbarkeit und Unflexibilität im Denken mit eingeschränkten Möglichkeiten zum Perspektivewechsel zurück, womit sie mehr im Detail verhaftet bleiben (gekränkte Mutter) als das große Ganze wahrzunehmen (was habe ich gesagt und wie reagiert die Mutter – das passt nicht zusammen).

„Nur wenn man sich auch während des Streitens (mit den Eltern oder wichtigen Bezugspersonen) noch sicher gebunden und aufgehoben fühlt, kann man gesundes Streiten und infolge Konflikte lösen lernen“.

Dies kann aber nur vermittelt werden durch Eltern, die sich selbst sicher fühlen, die deshalb ihr Kind nicht angreifen und „beißen“, wenn sie von ihm angegriffen werden, sondern wissen, dass das Kind nur „ausschlägt“, sozusagen im Wachsen begriffen ist

nach dem Motto *„das Wildschwein schabt sich an der Eiche und es ist gut für das Schwein, wenn die Eiche nicht nachgibt“.*

Identität ist die Antwort auf die Frage „wer bin ich“, worauf Anorexien typischerweise nicht viel zu antworten wissen. Identitätsbildung braucht Grenzen und Auseinandersetzungen um das „Ich“ und das „Du“, was Eltern für eine gesunde Entwicklung ihres Kindes befördern können, wenn sie sich dafür in einer gewährenden, großzügigen und jederzeit das Kind schützenden Art und Weise zur Verfügung stellen. Auf dieser Basis ist Erziehung möglich, die Grenzen setzt, problematisch erlebtes Verhalten des Kindes anspricht, sich damit souverän auseinandersetzt und es darüber korrigiert.

„Das Ich entwickelt sich am Du“

Dazu ein weiteres Beispiel: Die Eltern wollen abends ausgehen (sind mit Freunden verabredet) und haben mit der 16 jährigen Tochter (die eine bulimische Form einer Anorexie hat) vereinbart, dass sie am Abend auf die jüngeren Geschwister aufpasst und gegen 18 Uhr wieder von einer Nachmittagsverabredung mit ihrer Freundin zurückkommt. Gegen 17 Uhr kommt ein Anruf der Tochter, die die Mutter (diese war als erstes am Telefon) dringend bittet und bedrängt, doch noch länger bleiben zu dürfen, da gerade „coole“ weitere Freunde gekommen seien und man unbedingt noch länger zusammen sein wolle. Der Mutter – vom Typ alles für andere tun wollen und alles richtig zu machen – fällt es deshalb schwer ihrer Tochter ein einfaches „Nein“ zu sagen. Sie gerät unter Druck, da sie ja selbst pünktlich weggehen will und ärgert sich über die Tochter, die ihr diese Frage antut. Ein einfaches Nein und „tut mir leid Tochter, es geht heute nicht“, würden reichen. Aber die Mutter verteidigt sich, sagt, die Tochter müsse es doch wissen, dass sie verabredet sei und dass sie nicht verstehen könne, dass die Tochter jetzt anrufe und ihr Druck mache, obwohl sie doch um ihre Verabredung weiß, usw.

Was gibt es da zu verstehen, wenn sich bei einer Jugendlichen neue Möglichkeiten auftun? Es ist völlig normal, dass die Tochter nachfragt. Es könnte doch sein, dass die

Eltern auch später losgehen können oder dass die Verabredung ausfällt oder nur ein Elternteil hingeht oder sie die Geschwister doch mitnehmen können, usw.

In unserem Fall schaltet sich nun auch noch der Vater ein, der die genervte Mutter am Telefon argumentieren hört, sich den Hörer greift und die Tochter noch zusätzlich angreift: „wie sie das ihrer Mutter wieder antun kann“ und „nie könne man sich auf dich verlassen“, usw. Die Tochter fährt daraufhin sofort, sich wie ein „begossener Pudel“ fühlend, nach Hause und hat am Abend, wenn die Eltern weg sind und die Geschwister schlafen, einen lange dauernden Essanfall gefolgt von wiederholtem Erbrechen, um mit ihrer Schuld und Schlechtigkeit und all dem Ärger fertig zu werden, den sie schon wieder in der Familie verursacht hat.

Was sich in diesem Beispiel zeigt, ist eine Verkettung ungünstiger Umstände. Wenn eine Mutter so belastet reagiert, könnte es ja sein, dass das andere Elternteil, in diesem Fall der Vater, gelassener reagiert und seiner Tochter am Telefon vielleicht sogar humorvoll verständlich macht, dass die Mutter gerade gestresst ist – sie findet z.B. nichts Passendes zum Anziehen für den Abend – und die Tochter sich keine Sorgen machen soll. Leider müsse sie aber doch pünktlich kommen; man habe sich mit anderen gemeinsam zum Fahren verabredet. Sie solle sich aber noch gut amüsieren und vielleicht könne sie sich ja für morgen oder bald einmal wieder mit ihren Freunden verabreden.

Dies wäre das gleiche Resultat für die Tochter, die sich nun aber als Tochter gut fühlen kann trotz ihres Anrufs und ihrer Nachfrage. Fazit ist, dass im letzteren Fall die Tochter ihrer jugendlichen Expansion und gesund aggressiven Entwicklung nachkommen kann ohne „zu viel“ (im Sinne von eine Belastung) für die Familie zu sein und zudem noch getröstet wird in ihren Frust damit, dass sie das schöne Zusammensein mit den Freunden beenden muss.

Selbstverständlich kann es auch sein, dass die Tochter die Mutter am Telefon sehr unter Druck gesetzt hat, was aber in Ordnung ist, da sie sich ja auf etwas gefreut hat, frustriert wird und erst 16 Jahre alt ist. Es ging ihr jedenfalls nicht darum die Mutter unter Druck zu setzen, sondern sie wollte nur bei den Freunden bleiben und sie tritt für ihre Sache ein – was grundsätzlich richtig ist und sie in anderen Situationen in ihrem Leben noch gut gebrauchen kann. Es ist nichts Falsches daran, auch hartnäckig sein zu können und seine Sache zu verfolgen und nicht zu schnell aufzugeben. Dafür

wird sie verständlicherweise in diesem Moment nicht von ihrer Mutter gelobt werden können, aber zumindest sollte ihr Bestreben verstanden und sie nicht entwertet werden.

„Ich will etwas für mich, heißt nicht gleichzeitig, dass das gegen das Gegenüber ist, auch wenn es so aussehen mag“.

Die Kindertherapiegruppe findet jeden Morgen über 1 Doppelstunde statt und geht über in die Zwischenmahlzeit, so wie sie im normalen Therapieprogramm außerhalb der Elternwoche auch eingenommen wird (entweder betreut von den Ernährungsfachkräften oder als gemeinsames Essen in der Cafeteria mit den Mitpatientinnen). Im zweiten Zeitabschnitt am Vormittag schließt sich eine Esspsychotherapie-Einheit an (geleitet durch die Ernährungsfachkraft) mit der Vorstellung der Esspsychotherapiestrukturen der Klinik und der Vorbereitung des gemeinsamen Kochens mit den Eltern oder die analytische Kunsttherapie an – beides jeweils in kleineren Gruppen.

Danach folgt das gemeinsame Mittagessen wieder in der Betreuung durch die Ernährungsfachkräfte, gefolgt von der Mittagsessstörungsgruppe (Eltern und Kinder, Ernährungsfachkräfte, leitende Oberärztin), so wie sie auch im normalen Essstörungstherapieprogramm an jedem Tag stattfindet, nun ergänzt um die Teilnahme der Eltern. Hier findet die Auseinandersetzung um alle Ess-Trink-Gewichts- und Bewegungsthemen und die gesamte Esskontrollsymptomatik statt.

Immer montags wird das Wochengewicht erfasst, d.h. Montag früh ist begleiteter Wiegetermin für alle Anorexien (für die Bulimien dienstags), so dass wir den Gewichtsverlauf in der vorangegangenen Woche überprüfen können. Dabei streben wir bei den Anorexien eine Zunahme von mindestens 500g pro Woche (bis maximal 1000g) an. Die Zusammenhänge, warum die gewünschte Gewichtszunahme gelungen oder nicht gelungen ist, werden gemeinsam mit allen Teilnehmern der Mittagsgruppe besprochen und analysiert, wobei uns auch hier wieder die Meinungen der Mitpatientinnen zum jeweiligen Thema wichtig sind und wir diese auch aktiv einholen. Die Idee dahinter ist, dass dies zum „sich sicherer fühlen“ im Esspsychotherapieprozess beiträgt.

Wir bieten dazu weiterhin eine Essplan gestützte (Kalorien und Fett bzw. Makronährstoff definierte) Wiederernährung mit einem am Aufnahmetag gemeinsam mit einer Ernährungsfachkraft erstellten Essplan an (beginnend mit mindestens mit 40kcal, besser noch 50kcal/kg KG und einem Fettanteil von mindestens 40%), um damit einen wöchentlichen Zunahmedurchschnitt von mindestens 500g zu erreichen. Anpassungen (Erhöhungen oder Reduktionen der täglichen Kalorienmenge) erfolgen nach dem Wochengewicht oder nach Zwischengewichten (nach einem sog. Stufenplan, der allen Patientinnen und auf Nachfrage auch den Eltern bei Aufnahme ausgehändigt wird) und nach der Besprechung in der Mittagsgruppe.

Daneben gibt es auch mehrmals **wöchentliche Einzeltermine zur Essplanbesprechung bei den Ernährungsfachkräften**, an denen in der Eltern-Kind-Therapiewoche auch die Eltern teilnehmen können.

Bei den Patientinnen mit einer Bulimie, die zumeist ein Gewicht im Normalbereich haben, arbeiten wir ebenfalls mit einem Essplan, der typischerweise als Einstiegsplan mit 1800kcal/Tag und einem Fettanteil um 35% gestartet wird. Wir zielen als erstes auf das Aufgeben der bulimischen Symptomatik und das Halten des Eingangsgewichts ab und nutzen dazu auch Überwachungseinheiten (in unserer medizinischen Zentrale) nach den Mahlzeiten. Ein besonders wichtiger Teil im Esspsychotherapieprozess sind hier das strukturierte Essen und die Symptomdruckanalysen. Mit letzteren wird versucht zu ergründen und den Betroffenen aufzuzeigen, wozu die bulimisch essgestörte Symptomatik gebraucht wird, bzw. was sie ausgelöst hat.

In Anwesenheit der Eltern können Verhandlungen über Essplanerhöhungen oder Bewegungsbegrenzungen schwieriger sein, wenn die Betroffenen ihre Eltern zum „Schutz“ vor z.B. Erhöhungen nutzen wollen und so zäher als sonst mit uns ringen. Wichtig erscheint uns hierbei wieder das reihum Befragen der Mitpatientinnen, wie diese die Lage beurteilen, ob es unfair sei wie wir vorgehen bzw. ob wir verständlich genug gemacht haben, warum z.B. eine Essplanerhöhung so wichtig ist und nicht bis zum nächsten Wiegetermin zugewartet werden kann. Auch hier gilt, dass es keine Gewinner oder Verlierer geben sollte, sodass eine gemeinsame Lösung gefunden werden muss. Es gibt immer eine Kompromisslösung gegen die Essstörung: keinesfalls aber darf die Essstörung gewinnen!

„Niemand ist in der Klinik, weil die Essstörung eine Lösung für ihn ist!“

Wir erleben immer wieder Eltern, die bei ihren niedrig gewichtigen Kindern auffallend sorglos mit dem Thema Bewegung umgehen und sich zu wenig bewusst machen, dass eine Gewichtszunahme nur über mehr Essen und weniger Bewegung möglich ist. So gilt bei uns, dass jemand, der noch nicht das Normalgewicht erreicht hat, grundsätzlich auch nicht spazieren gehen soll, denn frische Luft gibt es auch innerhalb der Klinik nach einem kurzen Durchlüften oder bei geöffnetem Fenster, beim Sitzen auf einer Bank vor der Klinik oder im Sommer beim Liegen auf dem Liegestuhl. Unsere Patientinnen dürfen alles Mögliche im Sitzen und Liegen tun, was auf erstaunliches Unverständnis bei den Eltern stoßen kann, die „an die frische Luft müssen“ mit Bewegung gleichsetzen. Dabei spielt sicherlich auch die oft sehr schwierige Abgrenzung von den Erkrankten eine Rolle, wenn sie Bewegung zum Verbrennen von Kalorien und damit zur Gewichtsreduktion einsetzen wollen und diese zäh und unnachgiebig (eingengt und unflexibel) bei ihren Eltern einfordern. Wenn Eltern sich dann allzu schnell dazu überreden lassen, hat dies auch mit dem Vermeiden zorniger oder betont beleidigter Reaktionen der Betroffenen zu tun, die für die Eltern oft nur schwer auszuhalten sind. Andererseits schützt dieses Nachgeben der Eltern die Kinder nicht vor späteren Belastungen oder Vorwürfen in der Richtung immer noch so krank zu sein, mehr noch: es liefert sie diesen eher aus.

Einfacher werden diese Auseinandersetzungen dadurch, dass wir auch den Eltern unsere Stufenpläne aktiv aushändigen und im Therapieprozess immer frühzeitiger Elterngespräche führen, um die Eltern zu instruieren, wie sie sich anlässlich von Besuchen zu diesen Themen positionieren sollen. Gemeinsames Essen mit den erkrankten Kindern ohne esspsychotherapeutische Betreuung fördern wir nicht; im Gegenteil raten wir davon ab, da wir meinen, dass dies mit erreichter Anorexiegrenze oder auch erst mit Normalgewicht früh genug ist, also mit der bis dahin zunehmenden Überwindung des Hungerzustandes und all seiner psychischen und physischen Folgen. Wir akzeptieren aber gemeinsames Essen in der Klinik, insbesondere wenn der Therapieverlauf unkompliziert ist, dies vorher abgesprochen wurde und es dem „zwischenwieder Familie erleben“ dienen soll. Zeigen Patientinnen während gemeinsamer Mahlzeiten gestörtes Essverhalten, dann raten wir den Eltern sich an die Ernährungsfachkräfte zu wenden oder es auch selbst anzusprechen, wenn sie nicht vorwürflich sind sondern hilfreich sein wollen.

In der [Mittagsessstörungsgruppe](#) sprechen wir über das Essverhalten aller Beteiligten und was beide Seiten daran stört. Wenn essgestörte Kinder sich wegen eines auffälligen Essverhaltens auf Seiten der Eltern beklagen, ist es für uns wichtig zu ergründen, warum dieser Konflikt innerhalb der Familie nicht lösbar ist. Was ist das für eine pathologische Macht, die das kranke Kind innehat, dass ihm das Essverhalten, z.B. des Vaters nicht passt und warum wird das zu einem so großen Thema? Wie wäre es, wenn der Vater sagen würde: „tut mir leid mein Schatz, dass dich mein Essverhalten stört; ich wusste gar nicht, dass ich schmatze, ich werde mehr darauf achten, aber was sagen denn die anderen Familienmitglieder dazu? Sag es mir doch, wenn es dir wieder auffällt.“ Wir verstehen es so, dass Familien anhand solcher Probleme gut miteinander ins Gespräch kommen und viel miteinander lachen könnten, wenn sie nicht zu streng, zu rigide, zu ignorant, zu rasch beleidigt bzw. zu wenig geschmeidig und zu undiplomatisch mit solchen Situationen umgehen würden.

! Kritische Jugendliche sind die Normalität und nicht die Ausnahme !

Eltern sollten an solchen Auseinandersetzungen erkennen, dass es zentral um Abgrenzung und damit Identitätsbildung beim Kind geht in dem Sinne, dass darüber ausgefochten wird was man mag oder nicht mag („das Ich entwickelt sich in der Auseinandersetzung mit dem Du“) und dies keine Zurückweisung der Eltern durch das Kind oder eine Bevormundung bedeutet.

Wir besprechen in diesen Mittagsgruppen auch regelmäßig wie es [zu Hause nach der Klinikentlassung](#) mit dem Essen, Wiegen, Bewegen und dem Gewichtsverlauf weitergehen soll und raten den Eltern, ihre Kinder nicht zu früh und vor allem dann noch nicht mit nach Hause zu nehmen, wenn sie noch offensichtlich und „vor ihrer Nase“ essgestörtes Verhalten zeigen. Sie weisen damit auf indirekte Art und Weise darauf hin, dass es zuhause (noch) nicht klappen wird mit dem Essen.

Wir schlagen entsprechend den „Deutschen S3 Leitlinien Essstörungen“ bei Kindern und Jugendlichen für eine Entlassung mindestens die Anorexiengrenze (die 10. Alters-PZ) vor, besser aber das Erreichen des Normalgewichtsbereichs (die 25.BMI-PZ als untere Normalgewichtsgrenze bis zum Alter von 16 Jahren, danach den Mindest-BMI 18,5kg/m² bei Frauen und einen BMI von mindestens 19kg/m² bei Männern).

Gleichzeitig raten wir dazu, Betroffene mit noch nicht erreichtem Normalgewicht nicht zum Einkauf von Lebensmitteln mitzunehmen. Eine Einkaufsliste kann zuhause ausgelegt werden, damit persönliche Vorlieben beim elterlichen Einkauf berücksichtigt werden. Extratouren zum Einkauf spezieller Lebensmittel sollten nicht erfolgen. Eine Essstörung bzw. das Nichtessen hat nichts mit falschen Lebensmitteln im Haushalt zu tun. Das wäre ein großer Irrtum und sollte deshalb nicht beibehalten oder sogar noch gefördert werden. Noch nicht Normalgewichtige sollten deshalb auch noch keine fettarmen oder Light Produkte bzw. Süsstoff in ihren Speiseplan aufnehmen. Es wäre kein angemessener Realitätsbezug und gehört auf die Liste essgestörter Verhaltensweisen, wenn sich Untergewichtige so verhalten wie Übergewichtige, d.h. Kalorien- oder Fett einsparen wo sie nur können.

Sollten sich wieder Kämpfe um das Thema Essen usw. einstellen, darf auch mit uns in der Klinik Kontakt aufgenommen werden. Hilfreich kann dabei eine telefonische Termin-Voranmeldung sein, damit die richtigen Ansprechpartner in der Klinik und zuhause beteiligt sind und ein gemeinsames Gespräch (via Lautsprecher) erfolgen kann. Wir raten immer dazu, dass die Betroffenen an solchen Diskussionen beteiligt sind und machen durchaus auch einmal die Erfahrung, dass unsere ehemaligen Patientinnen im Recht sind mit ihrer Art der Einhaltung des Essplans und nicht die (z.T. überängstlich-kontrollierenden) Angehörigen.

Wann wieder Sporttreiben? Das ist eine weitere häufig gestellte Frage in den Mittagsgruppen. Wir raten dazu, dies nicht vor dem Erreichen bzw. Überschreiten (plus 1 kg) der Normalgewichtsgrenze (25.PZ bzw. BMI 18,5 bei Frauen und BMI 19 bei Männern) zu tun. Ihre persönliche Normalgewichtsgrenze kennen viele der Betroffenen und sie wissen, dass ein Gewicht an der unteren Normalgewichtsgrenze noch nicht ihrem anlagebedingten Normalgewicht entspricht. Minderjährige argumentieren oft, dass sie noch nie so viel gewogen haben, wie das errechnete Gewicht an der Anorexiengrenze oder der Normalgewichtsgrenze ausweist. Wir argumentieren, dass sie auch noch nie in diesem Lebensalter waren und das Wegbleiben der Periodenblutung und andere medizinischen Folgen des Hungerns anzeigen, dass ihr altersentsprechend gesundes Gewicht in einem höheren Bereich liegt als sie es wollen. Durch ein weiteres Längenwachstum kann sich das im Verlauf zusätzlich ändern. Wir empfehlen deshalb bei den Minderjährigen das halbjährliche

Nachmessen der Körpergröße und daran angepasst die Neuermittlung der Gewichtsgrenzen (nach den Altersperzentilen oder dem BMI).

Ab der Anorexiengrenze (10.PZ bzw. BMI 17,5) kann aber bei gutem Verlauf (also weiteren wöchentlichen Zunahmen von 200–300g, wie das die Leitlinien Essstörungen im ambulanten Rahmen empfehlen) die Teilnahme am Schulsport erfolgen, womit die Betroffenen einen normalen Wiedereinstieg in den Schulbesuch ohne auffallende Fehlzeiten und Ausnahmen haben möchten. Dies kann für einige der hoch sensiblen und sozial schüchtern auftretenden Patientinnen, die nicht auffallen wollen, wichtig sein. Wir stellen andererseits aber auch bereitwillig Sportbefreiungssatteste (bis zum stabilen Erreichen des Normalgewichtsbereichs) bei der Entlassung aus und geben sie den Betroffenen direkt mit. Hinsichtlich der erlaubten Bewegung schlagen wir vor, am Wochenbeginn erst zu wiegen (in Eigenregie morgens nüchtern nach entleerter Blase; mit Anlegen einer Gewichtsverlaufskurve, die die Eltern einsehen können) und die kommende Woche danach bewegungstechnisch zu planen.

Am frühen Nachmittag folgt dann die **Elterngruppe**. Wichtig ist uns dabei, dass alles was in der Elterngruppe gesprochen wird, auch in dieser Gruppe bleibt. Wir informieren die Eltern zu Beginn, dass es inhaltlich darum gehen soll, wie Eltern als „Stellschraube“ bei ihren Kindern die Krankheit Essstörung entweder (meist unbeabsichtigt) fördern oder sie auch reduzieren können. Wir beleuchten reihum die einzelnen Elternpaare oder die einzelnen Elternteile, wobei die Eltern damit beginnen, was sie selbst bereits als Problem (im Sinne von Stellschraube in der Erkrankung des Kindes zu sein) erkannt haben.

Diese Gruppe bietet auch einen besonderen Raum für die Belastungen der Eltern, die sich aus dem Umgang mit dem zum Teil auch bereits langfristig erkrankten (ggfs auch schon erwachsenen) Kind ergeben. Dabei fokussieren wir gezielt auf Abgrenzungsstrategien gegenüber problematischem Verhalten oder Schuldthematiken, die zu Belastungserleben führen, und beginnen mit deren Auflösung.

Eltern müssen nicht zu den Eltern–Kind–Therapiewochen kommen, weil sie so viel falsch gemacht haben und deshalb ihr Kind dadurch krank geworden ist; es ist

vielmehr so, dass sie durch ihr Kommen zu dessen Gesundheit beitragen können. Die Besonderheiten der Erkrankung erfordern meist eine Umstellung innerhalb der Familie mit einer tatsächlich erforderlichen, neuen elterlichen Sichtweise auf das erkrankte Kind. Dieses ist nicht stark entwickelt in seiner Persönlichkeit, was Eltern häufig falsch einschätzen. Es braucht daher mehr eindeutige und damit klar erkennbare Grenzziehungen, die wohlwollend-souverän eingesetzt werden. Essgestörte Kinder werden mit einem vor ihnen ausgetragenen familiären Belastungserleben überfordert; dagegen profitieren sie in ihrer Entwicklung von einer gewissen Leichtlebigkeit und dadurch spürbarer Lebensfreude in der Familie. Dies setzt aber gut entwickelte Konfliktlösestrategien voraus.

Die betroffenen Kinder brauchen im Besonderen auch Hilfen gegen ihren verzehrend erlebten Perfektionismus, den hohen (selbst gemachten) Leistungsdruck und die überhöhte soziale Sensibilität und Empfindsamkeit. Sie sind keine „coolen“ Jugendlichen/jungen Erwachsenen, was ihren oft schlechten (schwachen) Stand innerhalb der Gemeinschaft der Gleichaltrigen erklärt. Sie brauchen eine spezielle Förderung für den Entwicklungsabschnitt „Jugendalter“, der bedeutet eigenständiger zu werden und mit der Welt und dem was es in ihr gibt selbstbehauptender umzugehen und das für sich einzufordern was gebraucht wird, anstatt darauf zu warten es angeboten zu bekommen. Die Betroffenen bewerten vieles allzu überempfindlich, beziehen vieles zu negativ auf sich und stellen sich viel zu viel in Frage.

„Ihre Kinder können sich zu wenig selbstbehaupten, sich wenig oder nur mit Schuldgefühlen wehren und sich nicht „ins rechte Licht setzen“. Sie brauchen Ihre Hilfen um das zu lernen“.

Dem gegenüber steht die Hilflosigkeit der Eltern. „Müssen wir nun alle unsere Worte auf die Goldwaage legen?“ sind typische Fragen der Eltern, die wir mit „ja, das kann schon notwendig sein“, beantworten müssen. Es wird abhängig davon sein, welche Worte benutzt werden und so manches sollte tatsächlich so nicht gesagt werden, wie: *„Deine Mutter kann wegen dir nicht mehr schlafen, sie macht sich solche Sorgen um dich“.*

Ein robustes und freches Kind könnte hier antworten, dass sich die Mutter, wenn schon, dann ja auch tagsüber Sorgen machen kann, dann stört das nicht den

Nachtschlaf oder Mütter können auch Schlafstörungen haben, wenn sie keine essgestörten Kinder haben, da es ja nicht bewiesen sei, dass das eine mit dem anderen zusammenhängt, usw.

Wenn ein Kommunikationsstil vorherrscht, in dem Vorwürfe machen oder das sofortige Mitteilen einer Belastung üblich ist, wird dies bei einem empfindsamen, hellhörigen Gegenüber eine deutlichere Wirkung hinterlassen als bei einem robusteren Gesprächspartner, der Aussagen auch abschwächen, ihnen eine gewisse Leichtigkeit geben oder sie auch zurückweisen kann. Zu beidem scheinen in Familien mit Essstörungserkrankten weder die Eltern selbst noch die Kinder in der Lage zu sein.

Wieder ein Beispiel: Wenn eine essgestörte Tochter während der Familienmahlzeit in das Klavier hämmert anstatt am Essen teilzunehmen, dann hilft es nicht in dieser Situation am Esstisch sitzen zu bleiben, sich zu beschweren und die Tochter anzugreifen („du dominierst die Familie mit deinem Verhalten, deine Geschwister leiden unter dir“, etc.). Hier geht es darum zu erkennen, dass sich die ansonsten klug-vernünftige, hoch sensible essgestörte Jugendliche auffallend – und nicht ihrem Naturell entsprechend – störend verhält. Es muss sie also in der Familie etwas so sehr stören, dass sie es nicht mehr ertragen kann und gleichzeitig scheint es für sie unmöglich zu sein, dies zu einem günstigeren Zeitpunkt offenzulegen. Wichtig wäre es hier für die Eltern zu erkennen, dass die Tochter höchst genervt ist und äußerst ungeschickt bis selbstzerstörerisch auf das Problem hinweist. Vordringlich ist nun, das Problem auf Seiten der Tochter nicht noch zu vergrößern, d.h. Kritik an ihr in dieser Situation zu unterlassen. Sie sollte beruhigt und damit die Situation für alle entschärft werden.

Herauszubekommen was die Tochter so sehr stört, dass sie so massiv darauf hinweist, kann einige Zeit in Anspruch nehmen. Deshalb ist als erstes ein beruhigendes Einwirken auf die erregte Tochter wichtig – ohne Eskalation auf Seiten der Eltern. Die Tochter schlägt ja bereits „mit dem Rücken an der Wand“ um sich. Die Familie könnte sich z.B. zum Essen in die Küche zurückziehen, damit das sich im Moment sehr gestört verhaltende Kind am Klavier – wenn es nicht dazu zu bewegen ist mit dem Spielen aufzuhören – zumindest dadurch geschützt wird, dass die anderen weniger durch das Klavierspiel genervt werden. Es kann gut sein, dass das Aufhören des

Klavierspielens hier nicht das erste Ziel sein kann, sondern die Verminderung weiteren Schadens.

Das Multifamilientherapiesetting ermöglicht es, dass sich die Eltern auch in den Schilderungen und Verhaltensweisen der anderen Eltern/Familien wiederfinden. Dabei wird uns oft berichtet, dass sich manches auch dadurch erledigt, dass es in der Arbeit einer anderen Familie schon durchlebt wurde und daraus persönliche Schlüsse gezogen werden konnten. Wir achten darauf, dass in diesen Runden Eltern nicht auf eigenen oder auch Belastungen anderer „sitzen bleiben“, wenn sie die in den Elternrunden herrschende Offenheit nicht gewohnt sind. Eltern lernen unsere Offenheit aber auch oft schätzen und nehmen sie als erweiterte, auch verbesserte Möglichkeit im Zusammenleben nach Hause mit.

Im Therapiebaustein Esspsychotherapie stellen unsere Ernährungsfachkräfte das Esspsychotherapieprogramm der Klinik vor. Dabei geht es um das anfängliche Erstellen und dann weiterentwickeln der Esspläne, den Stufenplan, der allen Patientinnen und auch den Eltern ausgehändigt wird, unsere Wiegetermine, das „Betreute Essen“ mit dem Tellerservice (vorportionierte Mahlzeiten), die tägliche Mittagsgruppe (nach dem Mittagessen), das Portionstraining, unseren Umgang mit Bewegung und Sport und die Möglichkeiten der Weiterbetreuung nach dem Klinikaufenthalt (auch durch uns). Die Ernährungsfachkräfte beantworten die Fragen der Eltern rund um das Thema Essen/Gewicht/Bewegung und erklären unsere Strategien im Umgang mit essgestörten und zwanghaften/auch ritualisierten Verhaltensweisen. Eltern fragen dabei häufig nach, wie z.B. das Einkaufen und das Zubereiten der Mahlzeiten oder auch das Wiegen (Ermittlung des Wochengewichts) zu Hause umgesetzt werden soll.

Wir empfehlen den Familien einen offenen, aber vor allem unbelasteten und nicht vorwürflichen Umgang mit diesen Themen, wobei sie jederzeit auf die Experten der Klinik zurückgreifen sollten, wenn sie sich überfordert erleben. Dies ist besser als sich mit ihren Kindern zu streiten. Das Einkaufen und Zubereiten der Mahlzeiten soll, wie in jeder Familie üblich, von den dafür zuständigen Erwachsenen (oft der Mutter) nach deren Maßgaben übernommen werden. Wer noch nicht den Normalgewichtsbereich erreicht hat, sollte in der Küche in Sachen „Mahlzeiten zubereiten“ nichts zu tun

haben; auch das Abwiegen von Lebensmitteln ist zu Hause nicht erlaubt, da übertrieben. Das regelmäßige Wiegen der Patientin reicht zur Überprüfung des Essplans aus.

Wiegetermine sollen zuhause einmal pro Woche (jeweils am selben Wochentag nüchtern mit leerer Blase und nur in Unterwäsche) stattfinden. Das Gewicht sollte (auch zur Einsicht für die Eltern) in einer Tabelle (am besten auf Millimeterpapier) oder als Computer Datei dokumentiert werden. Die Waage kann – wenn es die Situation für die Betroffenen erleichtert – nur zum einmal wöchentlichen Wiegen in das Badezimmer gebracht werden. Sie darf dort nur stehen bleiben, wenn dies keinen Symptomdruck in Richtung häufigeres Wiegen auslöst.

Noch ein Beispiel: Nach der Entlassung aus der Klinik mit erreichtem Normalgewicht sei zunächst alles gut gelaufen. In einer Urlaubssituation (in Griechenland) sei es dann vermehrt zu Streitereien mit den Eltern gekommen, da die Patientin Vieles (ungewohnt Neues) nicht habe essen wollen. Sie sei allerdings schon immer recht „mäkelig“ gewesen, das sei in der Familie bekannt und habe nichts mit der Essstörung zu tun. Die Mutter habe aber viel „Alarm“ geschlagen, was die Tochter für übertrieben gehalten habe, ohne dies mit der Mutter klären zu können. Die Mutter habe darüber nicht mit sich reden lassen.

Wir gehen davon aus, dass sich die Patientin nicht ausreichend Gehör verschaffen konnte und die Mutter zu überbesorgt (im ersten gemeinsamen Urlaub nach dem Klinikaufenthalt) aufgetreten ist.

Die Mutter habe dann versucht ihr extra große Portionen zuzuschieben, was sie (innerlich) ärgerlich gemacht habe, da sie sich nicht ernst genommen gefühlt habe. Die Mutter habe dies nicht verstanden, sondern sich selbst als engagiert und zurecht besorgt erlebt, die Tochter darüber als „zickig und essgestört“ bezeichnet. In dieser angespannten Situation sei das Essverhalten der Tochter wieder schlechter geworden, da sie sich zu Unrecht eingeschränkt und bevormundet gefühlt habe, obwohl ihr Gewicht doch stabil geblieben war. Durch diesen nicht ausgetragenen „Machtkampf“ mit der Mutter habe sie im Verlauf aus Trotz immer weniger gegessen und hat damit soweit abgenommen, dass es zur Wiederaufnahme in der Klinik kommen musste.

Eine zweite Esspsychotherapie-Einheit stellt das gemeinsame Kochen in der Lehrküche in kleinen Gruppen (von 3 bis 4 Familien) dar. In dieser Einheit wird das tagesaktuelle vegetarische Menü nachgekocht und dabei auftretende schwierige familiäre Interaktionen (wer macht wem Vorschriften, wie ist der Umgang miteinander, können die Patientinnen das Kochen der Eltern annehmen) beleuchtet. Ängste unserer Patientinnen, die Eltern könnten dem Essen zu viel bzw. extra Fett hinzufügen oder die Portionen zu groß machen, „umherfliegende“ Kalorien könnten schon über die Atemluft aufgenommen werden, wer muss das Essen abschmecken und damit eine zusätzliche Kalorienaufnahme tolerieren, u.a.m., werden offengelegt und direkt dagegen vorgegangen. Die Portionierung findet zur Erleichterung für die Betroffenen durch jeden einzelnen selbst statt – bei den Patientinnen jedoch in Anleitung durch die EF – und es wird gemeinsam im Speisesaal am Eltern-Kind-Tisch der Elternwoche gegessen.

Der Baustein Kunsttherapie ist in unserem Gesamtkonzept ein Bereich, der starke Emotionen befördert, was sicherlich mit dem Medium Kreativtherapie, aber auch der langjährigen Erfahrung unseres Kunsttherapeuten mit den Eltern-Kind-Therapiewochen zu tun hat. Dieser Therapiebaustein stellt eine weitere Möglichkeit dar für die Familien sich mitzuteilen, sich zu öffnen und zu interagieren.

Für die Eltern ist es oft schwieriger als für die Kinder sich auf das „Malen“ einzulassen, da diese Art des Umgangs mit dem anfänglich nur nonverbalen Ausdruck für die Eltern zumeist lange zurückliegt und in früheren Zeiten mit Bewertung (Schulnoten) verbunden war. Es wird daher als entlastend wahrgenommen, dass das Niveau beim Malen dem eines 5–6 jährigen Kindes entsprechen darf (Strichmännchen-Zeichnen).

Der kunsttherapeutische Ansatz besteht aus zwei Phasen. In der ersten Phase wird als Aufgabe das gemeinsame Gestalten (Eltern und Kind) der Essstörung gegeben (Malphase). Dabei entwickeln sich erfahrungsgemäß Situationen, die für Eltern und Kinder hoch emotional besetzt sind. Sich auf einem großen Blatt (70 x 100 cm) den Konflikten zu stellen, die sich aus der Erkrankung eines Familienmitgliedes ergeben haben und diese gemeinsam zu bearbeiten, bedeutet gemeinsames Erleben für Eltern und Kind, wobei hier auch die Rückmeldungen der anderen Familien unterstützend wirken.

In der 2. Phase der Kunsttherapie (Reflektionsphase) werden die Familien zu einer therapeutischen Klärung angeregt im Sinne von Erkennen, Bearbeiten und dann Entwickeln möglicher Neuentscheidungen. So hat zum Beispiel ein Vater die Beziehungen in der Familie untereinander als ein Kartenhaus dargestellt, welches zusammengefallen sei; so hat er die Essstörungserkrankung seiner einzigen Tochter für die Familie erlebt. Tröstlich konnte er dann zusammenfassend darstellen, dass ja alle „Karten“ noch da sind und das Kartenhaus, sprich die Familie, wieder – wenn auch nun anders – aufgebaut werden kann.

Und noch ein Beispiel: Eine andere Tochter hat in ihrem gemeinsamen Bild mit den Eltern mehrere Mauern gemalt, an die die Mutter Leitern in roter Farbe gestellt hat, wohl um darüber näher zur Tochter kommen zu können. Die Tochter hat alle Leitern fortlaufend durchgestrichen und damit versucht Grenzen zu setzen, was die Mutter nicht gehindert hat immer weitere Leitern (und nichts anderes mehr) zu malen, die die Tochter immer wieder (und immer aggressiver wirkend) weggestrichen hat. Der Vater hat sich herausgehalten und am Rande des Bildes für sich gemalt. Im anschließenden (verbalen) therapeutischen Bearbeitungsprozess konnte die Tochter der Mutter dann in der Gruppengemeinschaft ein deutliches „STOP“ signalisieren und sie auffordern, sich auf ihr eigenes Leben zu konzentrieren und sich mehr dem Vater zuzuwenden als ihr, was einen wichtigen Reifungsschritt nicht nur für die Tochter angestoßen hat.

Der gesamte Prozess der Eltern–Kind–Therapiewoche zieht sich über 5 Tage. An deren Ende folgt die gemeinsame **Abschiedsrunde**, die mit der Mittagsgruppe beginnt, in der noch einmal zusammenfassend alle Fragen bezüglich Essen/Gewicht usw. geklärt werden und in die Abschlussrunde dieser Woche übergeht. Das Bearbeiten aktueller noch bestehender Probleme schließt dies mit ein, aber auch ein ausführliches Resümee über diese Woche. Dabei gleichen wir jedes Resümee mit unseren Aufzeichnungen der Eingangsrunde ab und geben dementsprechend ggfs auch Empfehlungen. Zumeist sind sowohl die Eltern als auch die Kinder sehr zufrieden mit der gemeinsam verbrachten und der therapeutisch geführten Zeit, der andauernden Auseinandersetzung um das Begreifen der Essstörung und was sich zu deren Aufgabe ändern sollte. Dass beide Seiten diese Woche auch als anstrengend erleben, wird uns

auch gelegentlich zurückgemeldet, aber auch dass es gut und gerne noch eine Woche so weitergehen könnte.

Wir schließen immer damit, dass es uns wichtig ist, die Eltern-Kind-Therapiewoche als einen Teil eines Gesamttherapieprozesses zu sehen, in den sich weitere familientherapeutische Sitzungen und Trainingseinheiten für die Eltern/Familien einfügen können. Dies tun wir insbesondere auch um Enttäuschungen zu reduzieren, die sich durch zu hohe Erwartungen (an sich und an andere) ergeben könnten.

Menschen mit Essstörungen und oft auch deren Familienmitglieder zählen eher nicht zu den „Dickhäutern“, sondern sie sind „dünnhäutig“ im Sinne von sensibel, einfühlsam, beeindruckbar und wenig widerstandsfähig gegen Einwirkungen von innen und außen. „Kein dickes Fell haben“ ist kein Persönlichkeitsfehler, aber es ergibt sich daraus die Notwendigkeit in einem dazu passenden Umfeld zu leben, das dazu beiträgt das Leben leichter zu nehmen und allfällige Verletzungen und Lebensbelastungen zu verringern. Erst dann kann Familie ein Ort der Erholung vom Leben draußen sein. Trotz oder gerade wegen einer erhöhten Sensibilität können Menschen ein erfülltes und emotional reiches Leben führen, dies besonders bei dem vielen künstlerischen Talent, das viele unserer Betroffenen mitbringen.

**Dr. med. Wally Wunsch-Leiteritz; Dr. med Andreas Leiteritz für das gesamte
Behandlungsteam Essstörungen**

