

Handlungsleitlinien für die Personzentrierte Psychotherapie mit weiblichen Jugendlichen und jungen Frauen mit Anorexia Nervosa

Hildegard Steinhauser

Freie Praxis

Augsburg

Ellen Weinhold

Freie Praxis

Dessau-Roßlau

Der Artikel beschreibt das Personzentrierte Störungsverständnis der Anorexia nervosa, die Diagnostik und die Behandlungsansätze. In den unterschiedlichen Therapiephasen Beziehungsaufbau, Inkongruenzbearbeitung und Ablösung werden differenziert die Begegnungshaltung, die Handlungsstrategien und die Interventionsmethoden dargestellt. Bei der Genese der Anorexie sind vielfältige Faktoren wirksam. Neben gelernten Wertbedingungen können auch körperliche Gewalterfahrungen oder familiäre Konflikte eine wichtige Rolle spielen. Auf Basis der personzentrierten Grundhaltung von bedingungsloser Wertschätzung, Empathie und Kongruenz entwickeln sowohl die Betroffenen als auch die Bezugspersonen ein Verständnis für die Symptomatik. Belastende Inkongruenzen werden deutlich und neue korrigierende Erfahrungen können symbolisiert werden. Das Selbstwertgefühl steigt und konstruktive Veränderungen im Umgang mit der Ernährung, mit den Selbstansprüchen und in Beziehungen werden möglich. Methoden wie das Familienbrett, kreative Medien und Körperwahrnehmungsübungen unterstützen den Heilungsprozess.

Schlüsselwörter: Anorexia nervosa, Magersucht, Personzentrierte Psychotherapie, Kinder, Jugendliche, Bezugspersonen, Leitlinie, störungsspezifisches Vorgehen, Inkongruenz

Guidelines for Person-Centered Psychotherapy with Female Adolescents and Young Women with Anorexia Nervosa. The article describes the person-centered understanding of anorexia nervosa, its diagnosis and treatment approaches. The encounter attitude, action strategies, and intervention methods of the different therapy phases – relationship-building, incongruence processing, and detachment – are presented in a differentiated way. Various factors play a role in the genesis of anorexia. In addition to learned conditions-of-worth, experiences of physical violence or family conflicts can also be significant contributors. Based on the person-centered foundational approach of unconditional positive regard, empathy and congruence, both the affected individuals and their significant others develop an understanding of the symptomatology. Distressing incongruences become apparent, and new corrective experiences can be symbolized. Self-esteem increases, and constructive changes in handling nutrition, self-expectations, and relationships become possible. Methods such as the family board, creative media, and body awareness exercises support the healing process.

Keywords: anorexia nervosa, eating disorders, person-centered psychotherapy, children, adolescents, significant others, guidelines, disorder-specific, approach, incongruence

<https://doi.org/10.24989/person.v29i2.8>

Hildegard Steinhauser, geb. 1961, Dipl.-Pädagogin (Univ.), Kinder- und Jugendpsychotherapeutin in eigener Praxis seit 1989, Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, anerkannte Supervisorin (DGVt), Lehraufträge am Kinder-Trauma in Offenburg für Personzentrierte Spieltherapie, am Dorothea-Weinberg-Institut für traumabezogene Spieltherapie und STI-Traumatherapie, Trainerin für Karate und Selbstverteidigung (4. Dan-DKV) seit 1995.

Ellen Weinhold, geb. 1978, Dipl.-Psychologin, Personzentrierte Psychotherapie für Kinder und Jugendliche und deren Bezugspersonen, Heilpraktikerin für Psychotherapie in freier Praxis Dessau-Roßlau.

Korrespondenzadresse:

Ellen Weinhold, www.ellenweinhold.org, praxis@ellenweinhold.org

Der Einfachheit halber nutzen wir im gesamten Text ausschließlich die weibliche Form als Therapeutin und beziehen damit alle Geschlechter mit ein.

1. Erscheinungsbild der Störung

Das Bild der Anorexia nervosa zeigt sich im absichtlich selbst herbeigeführten und aufrechterhaltenden Untergewicht. Eine irrealer Angst vor einem dicken Körper ist das gesamte Leben überlagernd präsent. Das Gewicht und das Körperbild werden verzerrt wahrgenommen und beeinflussen das Selbstwertgefühl nahezu ausschließlich.

Die Gedanken beschäftigen sich ständig mit dem Zählen von Kalorien, mit dem Gewicht und dem Aussehen.

2. Diagnose/Differentialdiagnostik

2.1. Spezifika des Störungsbildes und Klassifikation

Bei der Anorexia nervosa handelt es sich um eine psychisch bedingte Essstörung, bei der die *Nahrungszufuhr auf ein Minimum* beschränkt wird. Das Körpergewicht liegt unter dem für das Geschlecht, die Größe und das Alter zu erwartendem Gewicht. In der ICD 11/Diagnose 6B10 (WHO, 2024) wird *Untergewicht* festgestellt bei einem BMI $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ bei Erwachsenen und einem Unterschreiten der 5. Gewichtsperzentile bei Kindern und Jugendlichen. Das DSM-5/Diagnose 307.1 benennt unterschiedliche Schweregrade und definiert Untergewicht ab einem BMI von 17 kg/m^2 (APA, 2013).

Neben der Einschränkung der Nahrungsaufnahme führt das ICD 11 (WHO, 2024) Verhaltensweisen auf, um das Gewicht zu reduzieren oder auf einem extrem niedrigen Niveau zu halten:

- selbstinduziertes Erbrechen
- selbstinduziertes Abführen
- exzessive körperliche Aktivitäten
- Gebrauch von Appetitzüglern und Diuretika.

Das DSM-5 unterscheidet den „restriktiven Typ“, bei dem die Gewichtskontrolle über eingeschränkte Nahrungszufuhr und vermehrte körperliche Aktivität erreicht wird, und dem „Binge-eating/purging-Typ“, bei dem das Essen großer Nahrungsmengen und anschließendem Erbrechen sowie der Gebrauch von Laxantien, Klistieren oder Diuretika im Vordergrund stehen (APA, 2013, S. 338 f).

Die Betroffenen haben *ausgeprägte Ängste* zu dick und schlaff zu sein bzw. zu werden. Trotz des Untergewichtes wird der Körper bzw. einzelne Körperteile als „zu dick“ empfunden (*Störung der Wahrnehmung*). Es liegt eine exzessive Beschäftigung mit dem Körpergewicht und der wahrgenommene Körpergestalt vor und diese werden nahezu ausschließlich für den empfundenen *Selbstwert* in den Fokus genommen.

2.1.1. Körperliche Folgeerscheinungen

Es liegt eine Unterernährung unterschiedlichen Schweregrades vor, die sekundär zu endokrinen und metabolischen Veränderungen und zu körperlichen Funktionsstörungen führt: u. a. Menstruations- und Fertilitätsstörungen, Kreislaufstörungen, Herzrhythmusstörungen, Hirnatrophie, Blutarmut, Schädigung der Nieren und Knochenveränderungen/Osteoporose (vgl. Jacobi, Paul & Thiel, 2004). Zu beobachten ist auch das Wachstum von Lanugohaaren (Haarflaum). Die Mortalitätsrate liegt bei 6 bis 10 %. Die Betroffenen sterben an den körperlichen Folgen oder durch Suizid. Damit ist die Anorexie bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen die psychische Erkrankung mit einer der höchsten Mortalitätsraten (vgl. Fichter, 2016).

2.1.2. Epidemiologie

Für Frauen mit Anorexie liegt die 12-Monats-Prävalenz für das Risikoalter zwischen 15 und 35 Jahren bei ca. 0,4 % (DGPM, 2018, S. 341).

Die Lebenszeitprävalenz liegt in den meisten europäischen Ländern und Nordamerika seit den 1970er Jahren bei etwa 0,5–0,7 %. Mädchen und Frauen erkranken etwa zehnmal häufiger als Jungen und Männer. Die höchste Rate an Neuerkrankungen findet sich in der Altersgruppe der 15- bis 19-jährigen Mädchen und Frauen (vgl. Smink et al., 2012). Dies geschieht oft in Zusammenhang mit einem belastenden Lebensereignis. Der Verlauf ist extrem unterschiedlich. Leichtere Verläufe mit vollständiger oder weitgehender Rückbildung der Symptome innerhalb von fünf Jahren sind häufig (APA, 2013, S. 341 f).

2.2. Differentialdiagnostik und Komorbidität zu Anorexia nervosa

Die aktuellen S3-Leitlinien empfehlen differentialdiagnostisch alle körperlichen Erkrankungen, die mit einer Gewichtsabnahme verbunden sind, abzuklären, insbesondere die „Zöliakie“, „Morbus Crohn und Colitis ulcerosa“ (DGPM, 2018, S. 68f). Auch psychische Erkrankungen wie „schwere Depressionen“ können hauptsächlich für das Untergewicht sein (APA, 2013, S. 344) oder sie treten komorbid auf. Das sind vor allem Depressionen, Angststörungen oder Zwangserkrankungen“ (Zeeck et al., 2020, S. 67).

Bei erwachsenen Patientinnen liegen in knapp der Hälfte der Fälle komorbide Persönlichkeitsstörungen vor. Zu den vier häufigsten Persönlichkeitsstörungen zählen mit abnehmender Häufigkeit zwanghafte, vermeidende, abhängige bzw. Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Martinussen et al., 2017). Die Häufigkeit posttraumatische Belastungsstörungen bei Personen mit Anorexia nervosa lag in einer Studie mit 753 betroffenen Frauen bei 13,7 % (Reyes-Rodríguez et al., 2018).

2.3. Diagnostisches Vorgehen

Da eine fehlende Krankheitseinsicht und damit eine mangelnde Motivation zu einer Behandlung zentrale Merkmale der Anorexie sind, muss die diagnostische Phase in besonderer Weise dazu genutzt werden, eine Verbindung zur Jugendlichen oder jungen Frau aufzubauen. Nur so kann die Basis für eine erfolgreiche Therapie gelegt werden.

Es sollte in der Anfangsphase deutlich werden, dass weniger die isolierten Symptome, sondern viel mehr die gesamte Person im Vordergrund steht. Die Therapeutin macht deutlich, dass sie wirklich verstehen möchte. Auch Stärken und Ressourcen sind in den Fokus zu nehmen. Dem drängenden Wunsch der jungen Mädchen und Frauen nach Selbstbestimmung und Kontrolle muss besonders in den ersten Stunden mit viel Empathie und Wertschätzung begegnet werden.

Bei diesem Verstehensprozess beziehen wir uns auf den Empathie-Begriff von Binder & Binder. Es geht um ein angemessenes Schwanken zwischen mehr emotionalen und mehr kognitiven Arten des Verstehens [Übersetzung d. Verf.] (Binder & Binder, S. 175) oder auch um „disorder-specific empathic understanding“ bzw. „therapeutic empathy (Binder & Binder 2001, S. 178 f).

Die am häufigsten verwendeten *diagnostischen Instrumente* sind das „Diagnostische Interview bei psychischen Störungen“ (DIPS; Margraf et al., 2017) und das „Diagnostische Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter“ (Kinder-DIPS). Das SKID (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Wittchen et al., 1997) wird ebenfalls häufig genutzt.

Es werden hinreichende Daten zur Diagnosestellung nach der ICD aus der Selbst- und Fremdwahrnehmung aufgenommen. Manche strukturierten klinischen Interviews und Checklisten sind ggf. etwas später im Prozess einzusetzen, da davon auszugehen ist, dass in der Selbstauskunft bestimmte Inhalte erst nach dem Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung geäußert werden können.

Neben der Aufnahme anamnestischer Daten ist es manchmal möglich, schon in den ersten Stunden eine *projektive Methode* wie das Familienbrett, den Lebensfluss oder den therapeutischen Sandkasten zu nutzen.

Zur Differentialdiagnostik und auch zur Abklärung der o.g. körperlichen Symptomatik oder relevanter komorbider medizinischer Erkrankungen ist eine ausführliche *medizinische Diagnostik* unverzichtbar. Sie dient auch der Einschätzung der unmittelbaren Gefährdung und der Erkennung möglicher Komplikationen.

Zentral für das diagnostische Vorgehen in einem personenzentrierten Prozess ist die empathische Wahrnehmung und Beobachtung der Klientin und der familiären Interaktion. Auch das

therapeutische Beziehungserleben gibt wichtige Hinweise auf den psychischen Hintergrund der Erkrankung, auf die psychischen Strukturen und hilft, erste Hypothesen zu Inkongruenzen zu entwickeln. Da im Kontext der Anorexie häufig familiäre Konflikte eine Rolle spielen, ist darauf gezielt zu achten.

Diese Interaktionsdiagnostik erfordert von der Therapeutin eine Art „Selbstteilung“ – einmal als Beteiligte am Prozess und andererseits als Beobachterin der Interaktion, der eigenen Resonanz auf die Klientin und des Interaktionsverhaltens der Klientin (vgl. Finke, 2019, S. 177 f).

Bei den Klientinnen mit einer anorektischen Symptomatik werden die Grenzen einer „Status-Diagnostik“ am Beginn einer Therapie besonders deutlich.

3. Personzentriertes Störungsverständnis/Genese

Rogers spricht in der Beschreibung seines eigenen Forschungsprozesses von der Suche nach einer „Ordnung“ (Rogers, 2009, S. 17). Mit aller Vorsicht soll nun auf die Spezifika eingegangen werden, auf die „Ordnung“, die in der Anorexia nervosa erkennbar ist. Rogers betont, dass bei aller Typisierung und Kategorisierung unbedingt darauf geachtet werden muss, den „hilfreichsten und bedeutendsten Aspekt der Erfahrung zu beachten, nämlich dass es sich um eine echte Beziehung zweier Personen handelt, in der beide nach besten Kräften bemüht sind, in der Interaktion sie selbst zu sein“ (Rogers, 2009, S. 47f).

Die Anorexie ist multikausal zu verstehen und wir beziehen uns hier auf jene Aspekte, die für die Arbeit mit der Familie besonders von Bedeutung sind.

3.1. Gelernte Wertbedingungen bei der Anorexia nervosa

Menschen mit dieser Erkrankung haben häufig die nachfolgenden Wertbedingungen (conditions-of-worth) internalisiert. Das Kind lernt Wertbedingungen – im Gegensatz zur bedingungslosen Wertschätzung, statt sich selbst als „Ort seiner Bewertungen“ – „organismischer Bewertungsprozess“ – zu erleben (Rogers, 2009, S. 71). Der Blick der Betroffenen ist stets nach außen gerichtet. Sie versuchen verzweifelt, die an sie gerichteten Erwartungen zu erfüllen.

Die Anorexie ist als ein möglicher Lösungsversuch zu verstehen, um den im Folgenden dargestellten Ängsten und drängenden Bedürfnissen zu begegnen.

A) „Ich bin wertvoll, wenn ich perfekt bin.“

Da diese Wertbedingung per se unerfüllbar ist, sind Schamgefühle sowie Schuld- und Versagensängste die ständigen Begleiter dieser Kinder und Jugendlichen. Sie strengen sich an.

Sie versuchen verzweifelt „gut genug“ zu sein und durch ein Streben nach Macht und Kontrolle ihren Ohnmachtsgefühlen entgegenzuwirken. Im Bereich „Essen“ können Sie Kontrolle erleben und damit eine notwendige Entlastung erzeugen. Kontrolliertes „Essverhalten“ und mangelnde „Körperzufriedenheit“ der Bindungspersonen können verstärkend wirken (Reich, 2003, S. 21f).

B) „Ich bin wertvoll, wenn ich besonders einzigartig, besonders individuell bin, wenn ich mich von der Masse abhebe“.

Ein „Normal“-Gewicht würde mit der Sorge eines Versorgungs- und Aufmerksamkeitsverlustes einhergehen (vgl. Herpertz et al., 2008).

C) „Ich bin wertvoll, wenn ich ganz eng an meine Bezugsperson gebunden bin.“

Dieser Aspekt des Selbstbildes, welchen das Kind versucht zu leben und zu fördern, ist in Verbindung zu sehen mit der häufig beschriebenen erdrückenden, einengenden, ängstlichen Überfürsorge der Bezugsperson bzw. einer besonders „engen Bindung an die Familie“ (Herpertz et al., 2008, S. 259). Den Hintergrund dazu scheinen z. T. konflikthafte innerfamiliäre Beziehungen zu bilden und ein entsprechender Druck auf den Kindern und Jugendlichen, die Familie zu erhalten (vgl. Herpertz et al., 2008). Reich beschreibt, dass die notwendige Trennung/Loslösung hier „über die Verweigerung des Essens ausgedrückt“ wird (Reich, 2003, S. 20).

Die Bindungspersonen anerkennen die feinen Signale aus dem organismischen Erleben des Kindes nicht. Sie „übersehen“ auch die Hinweise auf die resultierenden Ängste des Kindes und auf dessen verzweifelte Versuche zu gefallen. Petersen beschreibt den Prozess wie folgt: Die Bindungsperson kann diese Gefühle der Angst und Hilflosigkeit nicht verstehen und damit auch nicht wertschätzen, also nicht anerkennen. Sie wertet diese vielleicht sogar teilweise ab. So kann auch das Kind diese Gefühle und Empfindungen nicht verstehen und in ihr Selbstkonzept integrieren. „Es bleibt seinen eigenen unverstandenen leib-seelischen Bedrohungsgefühlen ausgeliefert“ (Petersen, 1997, S. 39 f).

Während die Wertbedingungen A und B ihren Ursprung in der „Selbst-Wertschätzung“ (mehr oder weniger bedingungslos) der Bezugspersonen haben (Rogers, 2009, S. 79), spielen bei der Wertbedingung C familiäre Prozesse eine entscheidende Rolle.

3.2. Psychische Folgen der bedingten Wertschätzung

Mit der Erfahrung, dass Bewertungsprozesse an Bedingungen von außen geknüpft sind, entsteht die Notwendigkeit, zahlreiche inkongruente Selbsterfahrungen entweder zu vermeiden oder dem Gewährsein zu entziehen (abzuwehren). So entwickeln sich in der Folge mehrere psychische Merkmale:

- geringes Selbstwertgefühl (Insuffizienzgefühl)
Bruch (1982, S. 42) zitiert dazu: „Ihr ganzes Leben hätten sie dem Wunsch geopfert, den Erwartungen ihrer Familie zu entsprechen, hätten ständig in Furcht gelebt, sie seien im Vergleich zu anderen *nicht gut genug* und also enttäuschende Versager.“ Die DGPM beschreibt diesen mangelnden Selbstwert und die damit verbundene Überangepasstheit in der Kindheit als einen „Risikofaktoren“. Er meint „diese Mädchen oder jungen Frauen sind damit besonders empfänglich für gesellschaftliche Normen und geben dem Druck nach Schlankheit eher nach“ (DGPM, 2018, S. 9f).
- „gefühlblind“
Gerlinghoff verwendet im Zusammenhang mit der Anorexie den Begriff der Alexithymie oder auch Gefühlsblindheit. Diesen Mädchen und jungen Frauen fällt es sehr schwer, einen Zugang zu den eigenen Gefühlen und einen Bezug zu ihren somatischen Beschwerden herzustellen (vgl. Gerlinghoff & Backmund, 2022).
- Anlehnungs- und Autonomiebedürfnisse nicht exakt symbolisierbar
Die Bindungspersonen konnten in der Regel sowohl das Anlehnungsbedürfnis (Wunsch nach Nähe und Fürsorge) als auch das Autonomiebedürfnis nicht bedingungslos annehmen und empathisch verstehen.

Es entsteht ein „Psychopathogener Teufelskreis“, in dem sich „Selbstzweifel und Minderwertigkeitsgefühle einerseits“ und „Verhaltens- bzw. Erfahrungseinschränkungen andererseits“ gegenseitig verstärken (Speierer, 2018, S. 37). Primäre Inkongruenzen ziehen sekundäre Inkongruenzen nach sich. Die Betroffenen ziehen sich immer mehr aus sozialen Kontexten zurück. Gefühle der Einsamkeit nehmen zu und selbstwertsteigernde soziale Erfahrungen nehmen ab. Social media, die sowohl eine Art Kontrollmöglichkeit als auch eine Art Zugehörigkeit zu bieten scheinen, sind Teil dieses Teufelskreises.

3.3. Weitere Wirkmechanismen

Neben diesen psychosozialen Einfüssen auf das selbstinkongruente Erleben – Speierer nennt diese „sozialkommunikative Inkongruenzquellen“ (vgl. Speierer, 2018) – sind auch andere

Einflüsse bedeutsam, die v. a. den Ausdruck auf der körperlichen Ebene begünstigen:

Sozio-kulturelle Einflüsse & Körperschemastörung

Die Wertbedingung „Ich bin nur in Ordnung, wenn ich perfekt bin.“ trifft auf das gesellschaftliche Schlankkeitsideal und wird innerpsychisch ergänzt bzw. fokussiert zu: „Ich bin nur in Ordnung, wenn mein Körper perfekt schlank ist.“ In den letzten 10 Jahren spielen die digitalen Medien wie tiktok, instagram und facebook eine nicht zu unterschätzende Rolle. Sie können sowohl auslösende als auch aufrechterhaltende Bedingung der Anorexie sein. Junge Menschen präsentieren sich mit Hilfe von überarbeiteten Photos und gezielt erzeugten Lebensausschnitten. Diese verschönten Darstellungen zeigen völlig unrealistische Lebensentwürfe. Frustrierende Vergleiche sind unausweichlich (zu dem Einfluss der digitalen Medien u. a. Kleemans et al., 2018).

Der innerpsychische Prozess zum Phänomen der Körperschemastörung lautet: „Egal, wie dünn ich bin, es ist nie dünn genug, nie gut genug.“ Perfekt kann nie das sein, was ist, es ist immer etwas, das ich erreichen muss. Die organismische Wahrnehmung signalisiert zwar die extreme Abmagerung und der organismische Bewertungsprozess erkennt die schädigende und gefährliche Wirkung der Nahrungsverweigerung, doch diese Bewertung muss abgewehrt werden. Nur so kann das notwendige Selbstbild aufrechterhalten werden.

Lebensereignisbedingte Einflüsse

Am Beginn der Anorexia nervosa als auslösende Bedingungen stehen immer wieder real erlebte oder befürchtete (Existenz-) Krisen bzw. Abbrüche von persönlich bedeutungsvollen Beziehungen z. B. in der peer-group. Die Betroffenen geraten in einen Zustand sekundärer Inkongruenz. Schon die natürliche und unkontrollierbare Adoleszenzphase mit den körperlichen Veränderungen, dem Beginn der Menstruation und dem „Eintreten in die Erwachsenenwelt“ in der „Verselbständigungsphase“ stellt eine stark wirkende Inkongruenzquelle dar (Reich, 2003, S. 18).

In ihrer Falldarstellung schreibt Petersen: „Durch die akute Häufung belastender Lebensereignisse trat eine massive und zusätzliche Beeinträchtigung der Übereinstimmung zwischen inneren und äußeren Erfahrungen mit dem Selbstkonzept ein“ (Petersen, 1997, S. 41).

Auch körperliche und sexuelle Gewalterfahrung in der Kindheit stellen „signifikante, aber unspezifische Risikofaktoren“ für deren Entstehung dar (Jaite, 2025).

Liebers & Eggers schreiben dazu: „Sich nicht als Frau fühlen zu wollen, gilt als typisch für viele essgestörte Mädchen, denn nicht selten sind sie Opfer sexuellen Missbrauchs geworden.“ (Liebers & Eggers, 2005, S. 53). Die Anorexie gehört zur

erweiterten Gruppe der „unspezifischen Traumafolgestörungen“ (Behr et al., 2020, S. 319).

Verstärkende Einflüsse aufgrund der Unterernährung

Schon 1982 beschrieb Bruch Auswirkungen auf Fühlen, Denken, Wahrnehmen aufgrund der „biochemischen Veränderungen in Folge der chronischen Unterernährung“ (Bruch, 1982, S. 23). Herperzt-Dahlmann beschreibt ein aktuelles Arbeitsmodell zu den biochemischen Einflüssen folgendermaßen: „Die Darmflora beeinflusst über die ‚Darm-Hirn-Achse‘ das Zellwachstum im Gehirn und moduliert Stimmungen und Denken“ (Herperzt-Dahlmann, 2021).

4. Fallspezifische Therapieplanung

Für die Arbeit mit den an Anorexie erkrankten Mädchen und jungen Frauen sind folgende Aspekte zu beachten:

- Die Betroffenen haben in der Regel nur ein wenig ausgeprägtes Krankheitsbewusstsein. Sie sind für die Einsicht zu gewinnen, dass die Essstörung ihr Leben einengt und ein Abschied von der Krankheit lohnend für eine freier empfundene Lebensqualität sein könnte. Dies erfordert die Klärung/Veränderung des v. a. von Selbstkontroll- und Perfektionismusidealen geprägten Selbstkonzeptes, bestehend aus Selbstbild, Selbstideal und dem Beziehungskonzept einer Person (Finke, 2019, S. 19 f) auf der einen Seite und dem Bewusstwerden und Integrieren des organismischen Erlebens auf der anderen Seite.
- Das die Krankheit mitbedingende Erleben von Ohnmacht wird bei der beginnenden Magersucht durch die selbstbestimmte Tagesstruktur, die Nahrungsaufnahme, die Bewegungs- und Sportaktivitäten und die Selbstbeschränkung von Sozialkontakten kompensiert. Diese Bewältigungs-„Strategien“ werden als positiv wahrgenommen und ermöglichen das Erleben von Kontrolle. Dies bewirkt zumindest in geringem Ausmaß ein Gefühl von Selbstwert (Gerlinghoff & Backmund, 2017, S. 41).
- Das komplexe Krankheitsgeschehen ist geprägt von einer schwer nachvollziehbaren Gedankenwelt (Gerlinghoff & Backmund, 2022, S. 21). Die therapeutische Herausforderung liegt darin, mit bedachtsamer Neugier, Wertschätzung und einfühlend-vorsichtiger Konfrontation gemeinsam mit der Betroffenen diese Gedankenwelt zu öffnen, zu verstehen, deren selbstzerstörerische Macht zu reflektieren und den Mut zu finden, sich daraus befreien zu wollen (Gerlinghoff & Backmund, 2017, S. 155).
- Verschiedenste Behandlungskonzepte (vgl. DGPM, 2018) weisen auf die Notwendigkeit eines multimodalen Vorgehens

hin. Dazu gehören regelmäßige medizinische Untersuchungen, eine begleitende Ernährungsberatung, der Einbezug der Familie, von Schule/Ausbildungsplatz und des weiteren Umfelds und der regelmäßige Austausch aller Beteiligten.

- Der Verlauf der Krankheit ist nicht vorhersehbar und erstreckt sich oft über einen langen Zeitraum. Häufig tauchen im Verlauf andere Formen der Essstörungen auf. Die häufig begleitenden psychischen Störungen können sich im Verlauf zu eigenständigen Diagnosen entwickeln (vgl. Gerlinghoff & Backmund 2022, S. 25). Dies erfordert von der begleitenden Therapeutin ein extrem hohes Maß an geduldiger Achtsamkeit für den meist langen Gesundungsprozess. Es können phasenweise wiederholte stationäre Aufenthalte notwendig werden, während derer die Aufrechterhaltung des Kontaktes von der Therapeutin in Absprache mit der Jugendlichen angeboten wird, um die Beziehungskontinuität zu gewährleisten und die Fortführung der ambulanten Therapie als Option im Fokus zu halten.
- Die Herkunftsfamilie ist bei der Therapieplanung und -gestaltung unbedingt mit einzubeziehen, da die Symptomatologie die individuelle Lebensgestaltung der einzelnen Familienmitglieder sowie die Dynamik des gesamten Familienlebens in hohem Maße beeinflusst.

4.1. Vorphase

Die Vorphase besteht aus dem Erstgespräch, der diagnostischen Abklärung, der Indikationsstellung (Notwendigkeit von Psychotherapie, Frequenz, Informationen zur notwendigen ärztlichen Begleitung, Absprachen mit der Jugendlichen einschließlich der Formulierung ihrer Ambivalenzen).

Während des diagnostischen Prozesses ist es die Aufgabe der Therapeutin, sich zu prüfen, ob sie für den in der Regel langen Therapieprozess genügend Geduld, Durchhaltevermögen, Bereitschaft für Verstehen und Begleiten bereithalten kann und will. Auch muss sie die jeweils spezifische Familiendynamik in den Blick nehmen und für sich klären, wie sie diese im Therapieprozess begleiten kann.

4.2. Therapieziele

Aus den in der Abbildung 1 dargestellten „allgemeinen“ Themenbereichen lassen sich Therapieziele ableiten, die mit der jeweiligen Person gemeinsam formuliert werden:

- Begleitung bei der **Entwicklung eines ersten Krankheitsgefühls** und **-verständnisses**.
- Achtsames, stetiges Begleiten, Hinterfragen und Reflektieren der **Therapiemotivation**, die immer wieder neu „ge-lockt“ werden muss.
- Der **Gesundheitszustand** nimmt aufgrund der möglichen Lebensgefährdung einen hohen Stellenwert ein. Dies erfordert die ständige Abstimmung der verschiedenen Maßnahmen mit Berücksichtigung der für die Klientin so fundamental wichtigen Kontrolle und Selbstbestimmtheit, vor allem in Bezug auf die konkrete Veränderung des meist sehr rigiden Essverhaltens.
- Je nach Entwicklung des Therapieprozesses muss die Option/Notwendigkeit eines für die Gesundung hilfreichen Zwischenschrittes in Form eines **stationären Aufenthaltes** mitbedacht werden.
- Massive Störungen der **Körperwahrnehmung** sowie des Körperbildes sind die ständigen Begleiter in der Gedanken- und Empfindungswelt der Betroffenen. Ein wesentliches Ziel ist es, sich dem eigenen Körper anzunähern und sich mit ihm „anzufreunden“, ihn anzunehmen.
- Entwicklung von Selbstachtung, Selbstakzeptanz und eines **positiven Selbstbildes** i. S. spezifischer Vorstellungen und Wahrnehmungen, die eine Betroffene von sich selbst hat. Dies erfordert einerseits die Bewusstmachung der eigenen selbstzerstörerischen Gedanken, andererseits den Mut, sich aus dieser Gedankenwelt zu befreien, persönliche Ressourcen zu entdecken und diese abweichend vom bisherigen dichotomen Bewerten in schwarz-weiß-Kategorien in ein vollständigeres Selbst zu integrieren. Diese Veränderungen erfordern eine wachsame Auseinandersetzung mit dem alles Tun und Erleben begleitenden Perfektionismus.
- Die **Entwicklung von realen Sozialkontakten** erfordert Fähigkeiten bezüglich der Selbst- und Fremdwahrnehmung, des Einfühlungsvermögens, der Perspektivenübernahme, der Selbstbehauptung, des Erprobens von Kontakt-Aufnahme, -Halten und -Beenden in unterschiedlichsten sozialen Kontexten. Die (Aus-)Wirkungen der **virtuellen Kontakte** werden betrachtet.
- **Der (Wieder-) Aufbau von Freizeitaktivitäten** braucht die Neugier und den Mut, sich wieder zu öffnen für ein Erleben außerhalb des extrem eingeschränkten Erlebensraumes. Das Sammeln von früheren Interessen und das Entdecken neuer Möglichkeiten legt den Grundstein für die Aufgabe, dem Leben neue Erfahrungen hinzuzufügen.
- Je nach Verlauf der Krankheit muss die **schulische bzw. berufliche Situation** berücksichtigt werden.
- Unterstützung der Jugendlichen bei ihrem individuellen Weg, **eigene Lebensträume zu entwickeln** oder bereits in sich schlummernde zu erspüren und sich zu trauen, diese Schritt für Schritt zu realisieren und als prozesshafte Entwicklung zu erkennen.
- Förderung der Bewusstheit über das weite Spektrum der Lebens-Gestaltungsmöglichkeiten in eigenverantwortlicher

Selbstbestimmung mit qualitativ anderen Kontroll- und Steuerungsmöglichkeiten als die der Anorexie zugrundeliegenden. Für den Gesundheitsprozess ist die möglichst zufriedenmachende **Entwicklung und Stabilisierung der in der Familie, unserer Kultur und Gesellschaft möglichen Autonomie** entsprechend den Postulaten von Carl Rogers zur Entwicklung der Persönlichkeit „Das Selbst zu sein, das man in Wahrheit ist“ (vgl. Rogers 1983, Kap. 6, Kap. 8) erforderlich. Besonders herausfordernd ist dabei die

alters- und entwicklungsadäquate Loslösung aus den meist sehr eng-vertrauten – auch verstrickten – Beziehungsstrukturen innerhalb der Herkunftsfamilie, respektive der häufig sehr engen Mutter-Tochter-Beziehung, evtl. ist die Umsiedlung in eine spezialisierte Einrichtung zu realisieren.

- **Rückfallprophylaxe** wie Stabilisierung des Therapieerfolges, Verhinderung von Rückfällen, Krisenintervention und Förderung der Verselbständigung (BZgA, 2011).

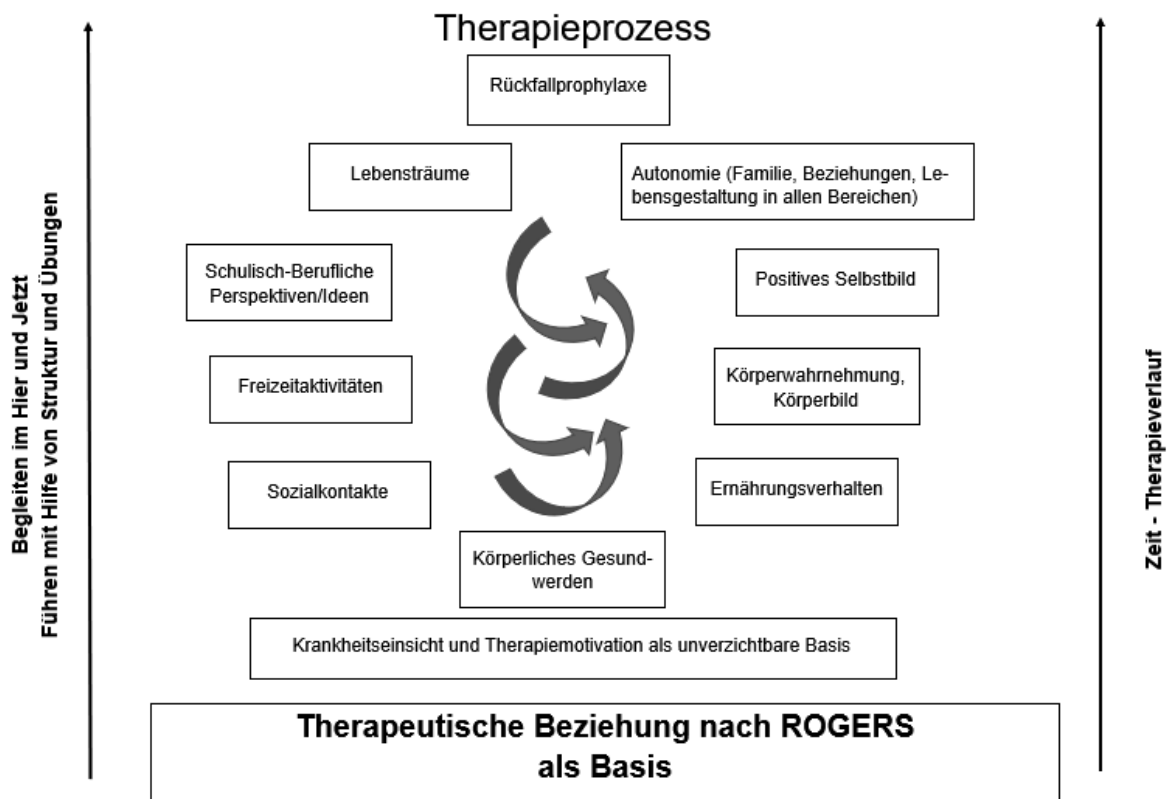


Abbildung 1: Therapieziele

4.3. Kontraktbildung

Für die Zusammenarbeit mit der Jugendlichen, ihren Bezugspersonen und der gesamten Familie sind klare Absprachen notwendig, die unter Umständen im Verlauf des Therapieprozesses immer wieder neu an die jeweilige Situation angepasst werden müssen. Besonders zu beachten:

- Klare Vereinbarung zur Schweigepflicht

- Vereinbarung über die Zusammenarbeit mit einer ärztlichen Begleitung der Jugendlichen
- Regelungen über den Umgang mit eventuell nötiger medikamentöser Unterstützung
- Sammlung der Themen und Wünsche der Bezugspersonen
- Vereinbarungen über die ggfs. hilfreiche und sinnvolle Zusammenarbeit mit dem weiteren Umfeld

5. Handlungsleitlinien für die therapeutische Arbeit mit weiblichen Jugendlichen und jungen Frauen

Handlungsleitlinien in den unterschiedlichen Therapiephasen

THERAPIEEINGANGSPHASE		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategie	Interventionsmethoden
<p>1 Bedingungsfreie Wertschätzung Die Therapeutin erweist der Jugendlichen unbedingte Wertschätzung als Person in „ihrer Welt“ einschließlich ihrer Lebensumwelt.</p>	<p>Die jungen Frauen kommen selten eigenmotiviert, manchmal formulieren sie eine vage Ahnung, dass sie vielleicht Unterstützung für ihre Lebensbewältigung brauchen könnten. Sie verhalten sich der Therapeutin gegenüber oft vorsichtig zurückhaltend und mehr oder weniger latent ablehnend. Als Beziehungsangebot ist es erforderlich, der Jugendlichen trotz deren Abwehrverhaltens (zum Schutz ihres Selbstkonzeptes) bedingungsfrei wertschätzend, akzeptierend und präsent zu begegnen, ihr Anerkennung für ihre Entscheidung zu vermitteln, überhaupt anwesend zu sein und das Interesse für ihre individuelle Lebensgeschichte und -erfahrung in den Fokus zu stellen (weg von der alleinigen Sicht auf die Symptomatik hin zu einer Beschäftigung mit den vielen Facetten ihrer Persönlichkeit, ihres Erlebens und Bewertens ihrer Lebensqualität. Dabei auch darauf achten, dass die Symptomatik weder verleugnet oder tabuisiert wird.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Direktes Nachfragen bezgl. Ihrer Motivation, Unsicherheit, Misstrauen, Ambivalenz, Benennen der Seite in ihr, die eine neue Begegnung wagt, um eventuell eine Veränderung ihrer momentanen Lebenssituation für sich selbst in Erwägung zu ziehen. • Schaffen von klaren Rahmenbedingungen als Grundlage; Verlässlichkeit, regelmäßige ärztliche Kontrollen mit einer Ärztin der freien Wahl, Information über Schweigepflicht, Möglichkeiten der Bezugspersonen-Beratung, damit Anbieten von Halt und Orientierung. • Verdeutlichen, dass das selbstschädigende Verhalten von der Therapeutin in den Blick genommen wird, sie nur gemeinsam mit der Jugendlichen an einer Veränderung in Richtung Körpergesundheit arbeiten kann. Freiraum anbieten, wie sie die Therapiesituation für sich nutzen will und die angebotene Bereitschaft der Therapeutin, sie darin zu unterstützen, annehmen wird (Vertrauensaufbau durch Selbstbestimmung und Kontrolle über das Geschehen).
<p>2 Aufbau von Veränderungsmotivation Die Frage nach dem Ausmaß der Veränderungsmotivation begleitet den Therapieprozess wechselweise offen oder latent und muss kontinuierlich im Blick gehalten und beachtet/wertgeschätzt werden. Zu Therapiebeginn ist sie meist nur rudimentär spürbar. Die Therapeutin begleitet die Mädchen und wird aktiv, indem sie die Sehnsucht nach einem positiven Lebensgefühl immer wieder in den Vordergrund der Wahrnehmung rückt bzw. diese wachsen lassen (will).</p>	<p>Die jungen Frauen haben sich in ihren Kokon zurückgezogen und leben in einer Art Entwicklungsstillstand mit dem Blick auf eine weitere Gewichtsreduktion, die alleiniges, kurzfristige Glückserleben in ihnen auslöst. Es gibt die vage Erkenntnis, dass sie sich nach einem anderen Leben sehnen, nach Erleben von Glück, Selbstwertschätzung, Leichtigkeit und unbeschwertem, innigen Kontakt mit Gleichaltrigen. Überzeugung vermitteln, dass es nicht alleine um die Überwindung von Krankheitssymptomen und Gewichtsnormalisierung geht. Das Ziel ist die Umwandlung der Essstörung in Lebensqualität.</p>	<p>Fokus auf die individuelle Existenz, das Selbstkonzept, das Beziehungskonzept, verschiedenste Lebensperspektiven als selbstbestimmt beeinflussbar richten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offenlegen, Verstehen, Annehmen dessen, was ist – dafür braucht es aktives Nachfragen. • Das ausschließlich mit der Essstörung „gefüllte“ Leben der Jugendlichen anschauen und verstehen mit Fragen nach dem „Sinn meiner Anorexie“, „Wofür ist sie nützlich und welche Funktion erfüllt sie in meinem Leben“ und daraus die Motivation für Mut zur Veränderung entwickeln. • Unterstützung der Bewusstheit/Gewahrwerdung mit kreativen Medien z.B. Skulpturen/Bilder kreieren, die das gegenwärtige Leben darstellen. • Vorsichtig-klare Konfrontation mit den Konsequenzen bei weiterer Gewichtsreduktion und Existenzgefährdung (stationärer Krankenhausaufenthalt, Mortalität). • Konzeptualisierung der Vorstellungen zum eigenen Ergebnis. • Erstellung einer timeline retrospektiv wie prospektiv aktualisiert das Erleben von Glücks- und Zufriedenheitserleben in verschiedensten Lebenskontexten.

<p>3 Einfühlerdes Verstehen/Empathie</p> <p>Die Lebensgestaltung der Jugendlichen wird als Lösungsversuch verstanden, im Sinne des „reproduktiven Verstehens“ (Finke 2019, S. 44). Die Therapeutin fühlt sich in deren Verzweiflung ein und nimmt Kontakt auf mit dem eigenen Einsamkeits-/ Ohnmachts-Erleben, den Selbstzweifeln/Selbsthass, dem Perfektionismus. Die Therapeutin will die selbstzerstörerische Lebensbewältigung einerseits verstehen und akzeptieren, andererseits das Entdecken neuer Bedeutsamkeiten „am Rande der Gewährwertung“ im Sinne eines „Produktiven Verstehens“ (Finke, 2019, S. 44) ermöglichen. Die Therapeutin nimmt dabei Hypothesen zur Inkongruenzkonstellation der Betroffenen (Finke, 2019, S. 23) wahr.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Die Therapeutin begleitet verstehend die Jugendliche beim Ausdruck ihrer Bedürfnisse auf der Handlungs- und verbalen Ebene. ● Das allmähliche Anvertrauen der Jugendlichen von eigenem Erleben, Verhalten, Bewerten zeigt, dass die Jugendliche sich in Ansätzen bereit fühlt, sich der Therapeutin zuzuwenden. Diese Entwicklung ist als Aktualisierung von Vitalitätspotential anerkennend auszusprechen. ● Es werden erste Ansätze zur vorsichtig konstruktiven Auseinandersetzung mit dem Selbstkonzept (vgl. Finke, 2019, S. 26/27) reproduktiv und produktiv verstehend und positiv beachtend aufgegriffen. Eine eigeninitiativ-liebevolle Selbstwahrnehmung wird gefördert. ● Die Rolle/Position der Jugendlichen in der Familie im Blick halten, vorsichtig thematisieren und zu reflektieren beginnen. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Erleben des Selbst- und Weltverständnisses (Fragen nach dem Sinn des Lebens im Allgemeinen und in Bezug auf die eigene Existenz) der Jugendlichen verbal und nonverbal einfühlernd verstehen und ihr dabei ermöglichen, sich mit sich und ihrer Sichtweise auseinanderzusetzen. ● In der Alter-Ego-Beziehung sich in die Jugendliche einföhler, um in stellvertretender Introspektion die Formulierung von gerade gegenwärtigen Geföhleren und Bedürfnissen zu übernehmen. ● Einföhlerdes Verstehen der Krankheits- und Gesundheitsseite mit der Methode der Externalisierung: identifizieren, deutlich voneinander trennen, den Kampf zwischen beiden Seiten im Hier und Jetzt konkretisieren, beide Seiten explizit zu Wort kommen lassen.
--	--	--

<p>4 Kongruenz</p> <p>Die Auseinandersetzung mit sich selbst wird ermöglicht durch die wach-aufrichtige Geistesgegenwart der Therapeutin und ihre Bereitschaft, mit allen Sinnen bei der Begegnung zu sein.</p> <p>Die Jugendliche braucht für ihr Wagnis, sich auf die Beziehung einlassen zu können, ein authentisches, glaubwürdiges mit achtsamer Präsenz gelebtes Gegenüber (vgl. Begegnung als „Refugium“ (Stammli, 2017). Dies erfordert von der Therapeutin einen hohen Bewusstseinsgrad gegenüber ihren persönlichen Wahrnehmungen, Achtsamkeit von eigenen Geföhleren, inneren Unstimmigkeiten, Widersprüchen und die im Hinblick auf den Entwicklungs-/Veränderungsprozess der Jugendlichen immer wieder neu abzuwägende Entscheidung, wann und in welcher Form sie diese daran teilhaben lässt. Dies erfordert eine ausgeprägte Selbstreflexion über das Hin-und-Herpendeln zwischen der Alter-Ego-Beziehung und der Dialog-Beziehung.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Eingeständnis, dass sich die Therapeutin für eine positive Veränderung der Lebensqualität der Jugendlichen einsetzen wird und dabei auf die Bereitschaft der Jugendlichen, sich auf diesen nur gemeinsam zu beschreitenden Weg einzulassen, angewiesen ist. ● Die Therapeutin spricht klar ihre stetige Bereitschaft an, die Jugendliche auf deren Entwicklungsweg zu begleiten. Gleichzeitig benennt sie die Geföhler der Freude, Sorge, Ohnmacht angesichts der oft winzigsten Befreiungsschritte aus der „körperlichen Geföhlerzone“ einerseits und den von der Jugendlichen gelebten extremen Selbstbeschränkungen andererseits ● Die persönlichen Grenzen werden klar formuliert und auf Einhaltung dieser Grenzen wird Acht gegeben. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Bewusster Wechsel zwischen der Alter-Ego-Beziehung und der Dialog-Beziehung. ● Selbstöffnung der kognitiven und emotionalen Resonanz gegenüber der Jugendlichen führt bei der Mitteilung positiver Geföhler und Bewertungen zur Verbesserung des Selbstwerterlebens, bei Mitteilung konfrontierend-kritischer Resonanz oder Beobachtung von Widersprüchen ist die Aktivierung der Selbstreflexion möglich. ● Achtsames Augenmerk auf die körperliche Geföhlerung (transparenter regelmäßiger Austausch mit der Ärztin), bei Grenzüberschreitung Strukturieren der verschiedenen Optionen, Arbeit mit Selbstanteilen. ● Kontinuierliche Wertschätzung der momentanen Entwicklung der Jugendlichen bei gleichzeitiger Formulierung von Zuversicht für die Entscheidungskompetenz der Jugendlichen, sich auf ihren „Lebens-Weg“ zu machen.
---	--	--

- 5 Präsenz und Momentzentriertheit**
- Die Begegnung mit der Jugendlichen erfordert von der Therapeutin gegenwärtig zu sein mit dem „gesamten persönlichen Potential dessen, wer sie ist, was sie empfindet, weiß und kann und dies entsprechend dem Prozess in die gemeinsame Situation einzubringen“ (Staemmler, 2017, S. 68ff).
- Das wache Begleiten von Moment zu Moment mit dem passgenauen Aufgreifen dessen, was für die Jugendliche im Hier und Jetzt bedeutsam ist (vergangenes Erleben/Erinnern, gegenwärtiges Wahrnehmen/Nachdenken/Bewerten/Hinterfragen, vorweggenommenes Sehnen, Erträumen, Fürchten, Sorgen in einem zukünftigen Lebensabschnitt) ermöglicht eine positive Beziehungserfahrung (Beziehungsaufbau).
- Sich dem Rhythmus der Jugendlichen anpassen, gegebenenfalls mit innerer Geduld und Gelassenheit der eher zögerlichen Selbst-Exploration folgen oder bei schnellem Redefluss klar-wertschätzend entschleunigen.
 - Dem Moment entsprechend feinfühlig begleiten mit den aufgrund der Erfahrung und der Intuition sich anbietenden Interventionsmethoden (u. a. Anregen zur Zusammenarbeit, Konfrontieren, Humor lebendig werden lassen, Explorieren, kreative Gestaltungsideen zur Symbolisierung einführen).
 - Für alle Kreationen, die im Verlaufe entstehen, wird zu Beginn ein Karton für deren Aufbewahrung gestaltet. Er wird zu jeder Therapiestunde ins Therapiezimmer geholt.

MITTLERE THERAPIEPHASE

Begegnungshaltung	Handlungsstrategie	Interventionsmethoden
<p>Die Grundelemente der Therapieeingangphase sind auch in der mittleren Therapiephase gültig. Ergänzend dazu wird die Therapeutin in der Dialog-Beziehung den Rand der Gewährwerdung auszuleuchten beginnen und dabei genau auf die Resonanz der Jugendlichen auf dieses aktivere Vorgehen achten. Die Therapeutin achtet auch auf ihre eigenen Resonanzen, um Verstehenshypothesen formulieren zu können. Dabei ist die Therapeutin auch gewahr und darauf vorbereitet, dass tiefgreifende Ursachen inner- und außerfamiliär (sex. Gewalt ...) zutage treten können.</p>	<p>In der mittleren Therapiephase steht das explizite Arbeiten an den immer wieder neu zu reflektierenden Therapiezielen im Mittelpunkt. Dabei wird das Prinzip der Eigenverantwortung und des Selbstmanagements verfolgt und der Jugendlichen die grundlegende „Bestimmer-Position“ über Gesprächs- und Handlungsverlauf übergeben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anregen von kreativen Schreibprozessen (Anregungen in Büscher, 2023), Gestaltungen mit Kritzeln, Skizzen, Farbe, Skulpturenbau, Experimenten mit Klang-Instrumenten, Bewegungs-Experimenten zur Entwicklung von körperbezogener Achtsamkeit und Akzeptanz (vgl. Schwarte & Alexandridis, 2024).
<p>Drei Aspekte sind dabei zu reflektieren: (a) Wenn das Vertrauen der Jugendlichen in die Bereitschaft der Therapeutin, ihrem Welt-Erleben akzeptierend/wertschätzend zu begegnen, gewachsen ist, kann die Therapeutin mit ihrem Wissen um Zusammenhänge von Bedürfnissen und deren Bewertungen vorsichtig-ergänzend an den für die Jugendliche aktuellen Themen anknüpfen, um neue innere Prozesse und das Wagnis neuer Sichtweisen anzuregen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Die Therapeutin informiert über die Krankheit, deren möglicher Entstehung, deren Aufrechterhaltung und deren Macht über das gesamte Erlebens-Spektrum der Jugendlichen. Nur mit einem umfassenden Verstehen der Erkrankung kann eine Krankheitsbewältigung gelingen (vgl. Gerlinghoff/Backmund, 2022). • Daraus ableitend entwickelt die Jugendliche ein individuelles Krankheitsverstehen unter Einbezug der Lebens- und Krankheitsgeschichte mit verschiedenen Aspekten des Selbstkonzepts und 	<ul style="list-style-type: none"> • Lebenslinie erstellen, mit Erinnerungen an positiv und negativ erfahrenes Erleben (sichtbar machen mit Hilfe von Spielfiguren – unterschiedliche Größen, Farben, Nähe-Distanz). • Fragen zur Erkrankung wie: „Welche Auslöser gab es? Welche Bedeutung hat die Magersucht in deinem Leben? Welche Vorteile, welche Nachteile hat die Magersucht für dich?“ • Sammeln von sich-selbst-abwertenden Gedanken, Finden von entgegengesetzten positiven Gedanken in Bezug auf Essen, zwischenmenschliche Beziehungen, Leistungserwartung und -druck, Perfektionismus, Zukunftsperspektive → Aus diesem Verstehen/Akzeptieren können Lebensaspekte erahnt und deren Veränderung

(b) In Abhängigkeit der zunehmenden Stabilität des Selbstwerterlebens wird eine stärkere Konfrontation mit dem Selbstkonzept und Selbstideal einerseits, dem Erspüren von davon abweichenden spontanen Bedürfnissen (organismischem Erleben) andererseits und einer daraus sich entwickelnden Anregung zu veränderten Bewertungen und Handlungen möglich. Die Arbeit an der Inkongruenz zwischen Selbstkonzept und organismischem Erleben rückt in den Fokus.

- Beziehungserfahrungen (vgl. Finke, 2019, S. 25).
- Die Therapeutin regt Suchprozesse zur Identifizierung der isolierenden Gedankenwelt an (schwarz-weiß Polaritäten, extreme Leistungserwartungen in Bezug auf Sport, Aussehen, Familie, Freunde, Schule).
- Die Jugendliche wird darin begleitet zu verstehen, dass diese Gedanken-Welt das Erleben permanenten Versagens bewirkt und dass dieses Erleben mit Gewichtsabnahme kompensiert wird und zum einzigen Lebensziel geworden ist.

als Sehnsucht formuliert werden (z. B. weniger Perfektionismus mit konkreten Verbalisierungen und praktischen Übungen, weniger Vergleich- und Konkurrenz-erleben, mehr Selbstwert-Spüren, mehr Selbstzutrauen).

- Wahrnehmen von Glückserleben unabhängig von der Gewichtskurve (in Anlehnung an Gerlinghoff & Backmund, 2022).
- Ressourcen stärken
- Mein Fähigkeitenbaum in Anlehnung an Vopel (2001), Ressourcen als selbst gestaltete Schatzkiste.
- Auf der Suche nach persönlichen Glücksmomenten im Alltag (vgl. Görlitz 1998, Bd. 1, S. 228), Arbeit mit der Matroschka-Puppe (vgl. Weinberger & Papastefanou, 2008).

(c) Wenn sich die Jugendliche in der Beziehung gehalten und sicher fühlt, ein sichereres Identitätserleben im Sinne eines klareren Bildes der eigenen „inneren Welt“ in sich entdeckt, kann es ihr bei diesem Entwicklungsschritt gelingen, sich kritisch der Therapeutin gegenüber zu äußern.

Die Therapeutin achtet diese Eigenständigkeit positiv und reagiert darauf wertschätzend-präsent-authentisch. Dies führt für die Jugendliche zu einer neuen positiven Beziehungserfahrung.

Die Jugendliche kann ihrem Wunsch nach Nähe, Anlehnung, Fürsorge einerseits und ihrem Bedürfnis nach Autonomie andererseits folgen und erlebt auf diese Weise korrigierende Beziehungserfahrungen.

Die Therapeutin bietet die kontinuierliche Zusammenarbeit an, Ressourcen zu entdecken und zu aktivieren („innere Ressourcen, äußere Ressourcen“ (vgl. Gerlinghoff, Backmund, 2022, S. 107). Es gilt, die generalisierten negativen Selbstbewertungen und rigiden Wertvorstellungen als starre Überzeugungen zu thematisieren und zu aktualisieren. Dabei vermittelt die Therapeutin Zuversicht für die Entwicklung hin zu Veränderung. Ein realistisches Selbstbild wird durch die Akzeptanz-erfahrungen der Jugendlichen und die verbale und nonverbale Spiegelung immer wieder in den Blick genommen.

Es wird regelmäßig das Therapiegeschehen reflektiert (Beziehungsebene, Inhaltsebene, Prozessebene); auch die bisherige und zukünftige Entwicklung außerhalb der Therapie werden mit einbezogen.

Die Selbstwahrnehmung wird durch ein angemessenes einführendes Verstehen der gezeigten Gefühle der Jugendlichen unterstützt. Gemeinsam werden automatisierte abwertende, negative Selbst- und fantasierte Fremdwahrnehmungen reflektiert.

Ein Fokus wird auf die Körperwahrnehmung gelegt, da sie einen zentralen Stellenwert in der Selbstwahrnehmung (pathologisch verzerrtes Körperbild) einnimmt und mit meist seit Jahren enormen Unsicherheiten, Ängs-

Während der Therapiestunde je nach Prozessverlauf Körperwahrnehmungen durch unterstützende Fragen anregen, zu Bewegungs-Experimenten und zur Beschäftigung mit einzelnen Körperteilen (Hände, Füße, Gesicht, Bauch) einladen, Anregungen hierzu mit den „Focusing-Fragen an den Felt Sense“ (vgl. Kern, 2022, S. 103).

- Übungen zur Selbstwahrnehmung von Emotionen, Übungen eines wertschätzenden Umgangs damit (nicht mehr ausblenden, weghungern oder abtrainieren, sondern sie beachten, differenzieren, wertschätzen und regulieren lernen).

Begegnungshaltung	Handlungsstrategie	Interventionsmethoden
	<p>ten, schmerzvollen Erinnerungen, massiven Selbstabwertungen, Selbsthass und Selbstverletzungen verbunden ist. Die Wahrnehmung des eigenen Körpers wird meist völlig abgewehrt, ausgeblendet und kann nicht mehr ins Erleben integriert werden. Bestimmte Körperregionen werden einer ständigen Sichtkontrolle unterzogen und dabei mit ritualisierter, abwertender Kritik belegt. Dies erfordert ein achtsam-behutsames, in Absprache mit der Jugendlichen an verschiedene Körperregionen und mit den damit verbundenen Themen herantastendes Vorgehen.</p> <p>Der Therapieprozess ist gekennzeichnet als ein begleitendes Ermutigen bei dem Herausfinden aus der selbstgewählten Isolation und dem Hineinfinden in eine aktivere Lebensgestaltung mit befriedigenden Freizeitaktivitäten mit sich selbst (flow-Erleben im Sinne Csikszentmihalyi, 2017) und in der Gemeinschaft mit Anderen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Übungen zur Körperwahrnehmung: der eigene Atemrhythmus, Schaukeln in der Hängematte in verschiedenen Körperhaltungen, die einzelnen Körperteile durch bewusstes Bewegen oder Dehnen spüren. ● Übungen zum Körperausdruck: Aufmerksamkeit auf die eigene Körperhaltung lenken, Körperhaltungen in Verbindung mit verschiedenen Gefühlen ausprobieren, Körperausdruck mit selbst ausgesuchter Musik in Einklang bringen, ja- und nein-sagen über den Körperausdruck. ● Sich mit den Vorstellungen vom eigenen Körperbild beschäftigen mit einer Umrisszeichnung (gefühlte Umrisse zeichnen, dann den „echten“ Umriss; Arbeit mit Fotos aus verschiedenen Lebensphasen bewertungsfrei beschreiben (vgl. Wunderer, 2019). ● Wiederholte Auseinandersetzung mit dem Anblick des Körpers im Spiegel (wertneutrale Beschreibung des Körpers, offenes Ansprechen der aufkommenden Emotionen, Thematisieren von negativ und positiv empfundenen Körperzonen. ● Entspannungsübungen mit Musik und Phantasiereisen, wie „Wellen“, „Zwei Flüsse“ (vgl. Wilk, 2021), Imaginäre Körperreisen (vgl. Fruth, 2023). ● Neugier wecken für die Suche nach Aktivitäten aus den Erfahrungs-Bereichen des kreativen Gestaltens, des musischen Lernens, der verschiedenen Bewegungskünste, bei deren Tun Freude und Selbstvergessenheit erlebt werden könnte, Motivation fördern, diese auszuprobieren, auszuwählen, was zu einer stabilen Wohlfühl-„Säule“ im Leben werden könnte. Dabei Herausfinden, unter welchen Bedingungen das „Aufgehen im Tun“ sich wohlfühlender erleben lässt (alleine oder in der Gemeinschaft mit Anderen).
<p>Die Ernährungsweise wird aufmerksam beachtet und das Einverständnis der Jugendlichen einholend in den Fokus gerückt.</p>	<p>Die Therapeutin signalisiert achtsam ihre Bereitschaft, konkret oder je nach Situation auch systematisch Erfahrungen in Alltagssituationen bzgl. der Nahrungsaufnahme zu reflektieren.</p> <p>Die Therapeutin unterstützt bzw. organisiert eine Ernährungstherapie. Bei einer jahrelangen Fehlernährung ist es schwer, eigenständig gesundheits-fördernd mit Nahrung umgehen zu können. Dies muss offengelegt und mit der Jugendlichen abgesprochen werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Anbindung an eine Gruppe mit regelmäßigen Treffen unter Anleitung einer Ernährungsberater*in. ● Gemeinsames Zusammenstellen von Mahlzeiten, Kochen und Essen mit Reflexion des individuellen Erlebens/Bewertens/Verhaltens. ● Verschiedene Ess-Situationen abfragen, Skalierung, wie leicht/schwer welche Situation fällt, welche Gedanken und Emotionen damit verbunden sind.

Das Lebensthema „Beziehungen“ wird achtsam begleitet, dabei retrospektiv die familiären Beziehungserfahrungen und deren Auswirkungen auf Erlebens- und Bewertungsprozesse bis in die Gegenwart reflektiert und auf zukünftige Wünsche hin gemeinsam betrachtet, dabei wird der gemeinsame Austausch mit der Familie in unterschiedlichsten Konstellationen unterstützt.

Daraus resultiert die Arbeit an primären und sekundären Inkongruenzen.

Mit Hilfe der Therapeutin kann die Jugendliche ihre Beziehungsfähigkeit, Nähe-Distanz-Regulierung, transparent-klar-kongruenten Kommunikationsstil und Konfliktlösungsstrategien entwickeln und fördern.

In Absprache mit der Jugendlichen werden die Angehörigen in den therapeutischen Prozess mit einbezogen, einerseits retrospektiv aus Sicht der Jugendlichen (erlebte Beziehungsmuster, Modelle der Bezugspersonen bzgl. Lebensweise, Werthaltungen, Persönlichkeitsmerkmale), gegenwartsorientiert bzgl. des Umganges mit den Symptomen im Familiensystem.

Behutsam ein Bewusstsein dafür entwickeln, welche Macht die Jugendliche mit ihrem Symptom innerhalb ihrer Familie hat, wie sie ihren eigenen Willen in konstruktiverer Weise zum Ausdruck bringen und dabei ihre Autonomie, ihr Kontrollerleben zunehmend entwickeln könnte (vgl. Liechti & Lichti-Darbellay, 2020). Hierbei wird die (Ab-) Lösung aus der Herkunftsfamilie sowie ein möglicher Wechsel in eine eventuell auf Essstörungen spezialisierte Jugendwohngruppe thematisiert und je nach Prozessverlauf in den Blick genommen.

- Mit Hilfe von standardisierten Spielfiguren oder Handpuppen, die zu den einzelnen Familienmitgliedern gewählt werden, kann die Auseinandersetzung mit familiären Rollen, Kommunikations- und Beziehungsmustern begonnen werden.
- Sich Klarheit verschaffen über die gegenwärtigen Beziehungen und deren Bedeutsamkeit graphisch als „Soziales Atom“ darstellen (vgl. Wunderer, 2019, S. 185) oder als „Steineskulptur“.
- Plastische Darstellung von erlebten, ersehnten Beziehungen (Nähe-Distanz-Grenzen innerhalb der familiären Beziehungen, auch transgenerational) mit Hilfe von Spielfiguren (Beziehungen in der Herkunftsfamilie, in einer Freundschaftsbeziehung, in kleinen Gruppen), dabei die subjektive Wahrnehmung anerkennen lernen, mit Größe, Farbe, Nähe/Distanz der Figuren spielen (vgl. Gerlinghoff/Backmund 2022).
- Aus dem Alltag Experimentieren mit den „4 Seiten einer Nachricht“ nach Schulz von Thun (2009) und dabei persönliche „Vorlieben“ der Wahrnehmung erkennen, ausbauen, verändern.
- Mit fantasierten Rollenspielen Perspektivenwechsel, Einfühlungsvermögen, Klarheit von Selbstaussagen bis zur Selbstbehauptung ausprobieren (Kontakte aufnehmen, Gespräche beginnen, Gespräche aufrechterhalten, Ja/Nein-Sagen, Formulierungen für typische Entscheidungsunsicherheiten finden, Komplimente annehmen und formulieren, unerwünschte Kontakte beenden, Widerspruch äußern, auf Kritik reagieren ...).
- Anregen zur Klärung von Beziehungswünschen, Möglichkeiten der Realisierung finden, entsprechend organisieren, ausprobieren, reflektieren, gegebenenfalls verändern ...

THERAPIEABSCHLUSSPHASE

Begegnungshaltung

Die Grundelemente der beiden vorhergehenden Therapiephasen gelten auch für die Therapieabschlussphase.
Besonders bleibt die „Selbstprüfung“ der Therapeutin, die unbedingt zu wählende Selbstbestimmung/Autonomie der Jugendlichen zu achten.

In dieser Phase sind ergänzend vier Themenbereiche bedeutsam und werden in Abstimmung mit der Jugendlichen erarbeitet:

Handlungsstrategie

Interventionsmethoden

Insbesondere die in der mittleren Therapiephase aufgeführten Interventionsmethoden werden auch in der Abschlussphase genutzt. Eine besondere Bedeutung haben Rollenspiele und darüber hinaus gezielte, die Selbstreflexion, Selbstbestimmung der Jugendlichen fördernde Gespräche. Des Weiteren geht es um die Verankerung und Stabilisierung der positiven Erfahrungen und Erkenntnisse durch Symbole und Rituale.

(a) Weiterhin Beachtung der „Normalisierung“ der Ernährungsweise, die Stabilisierung der körperlichen „Gesundheit“ und die damit verbundenen Wahrnehmungen, den häufig sehr widersprüchlichen Gefühlen und Bewertungen der Jugendlichen. Dies gilt es in der Dialog-Beziehung aktiv anzusprechen.

- Systematisch Erfahrungen in Alltagssituationen bzgl. der Nahrungsaufnahme reflektieren.
- Weiterhin Übungen zur Körperwahrnehmung.

- Die weitere Flexibilität mit verschiedenen Nahrungsmitteln erfragen.
- Reflexion anregen, wie halt gebend die eigenen Ernährungsregeln sind, unter welchen Bedingungen dies nützlich, wann hinderlich ist.
- Erstellen einer Angsthierarchie bzgl. bestimmter Nahrungsmittel, Planung des Verzehrs von herausfordernden Nahrungsmitteln, Überprüfen, wann erwünschtes verändertes Verhalten gelingt.
- Nahrungsaufnahme als Genuss erleben lernen nach Görlitz (1998, Bd. 1, S. 148). Das Gefühl von Satt-Sein bewusst erleben – mit Rückbezug auf Nahrungsmittel als auch Transfer auf den Aspekt des emotionalen sich Satt-Fühlens.
- Mit Hilfe von Symbolen das „momentane Innenleben“ darstellen und die dazu stimmigen Körperwahrnehmungen erspüren (vgl. Weigel, 2015).
- Wiederaufnahme der Spiegelkonfrontation, um die Vorstellung vom eigenen Körper mit der visuellen Begegnung im Spiegel zu vergleichen.

(b) Aktive Begleitung bei der Reflexion im Rückblick auf die erreichten Entwicklungen, im Hinblick auf weitere wünschenswerte Veränderungen: Schule/Arbeit/Ausbildung, Lösung aus der Herkunftsfamilie, eventuell Auszug in eine Jugendwohngruppe, Freizeit-Erleben, soziale Kontakte, Familie, Balance zwischen den einzelnen Lebensbereichen.

- Die Erinnerungen der Jugendlichen an die Zeit zu Therapiebeginn wird aktiv angeregt und konkretisiert. Was hat sich verändert/entwickelt?
- Die Motivation/Lust/Freude zur weiteren Entwicklung locken.

- Erstellung einer timeline (mit dickem Seil, Glitzersteinen und Natursteinen) zur Darstellung der Entwicklung seit Therapiebeginn – (Erinnerung an „Glitzermomente“ und „Stolpersteine“ als Markierungen im Verlauf – mit Foto dokumentieren).
- Anhand von konkreten Beispielen aus dem Alltag die glückliche Veränderung des dichotomen, teilweise zwanghaften Denkens hin zu differenzierterer Wahrnehmung und Bewertung erkennen und sich über die sich daraus ergebende Konsequenz zu mehr Gelassenheit freuen.

- Das Bild der „Selbstwert-Säulen“ nach Felnhofer et al. (2022): die Selbstakzeptanz, das Selbstvertrauen, die soziale Kompetenz und das soziale Netz nutzen, um die erreichte Entwicklung eventuell auch zeichnerisch darzustellen und damit im Erleben stärker zu verankern.
- Reflexion über das Selbstkonzept, eine versöhnliche Verabschiedung vom Idealselbst und eine wertschätzende Hinwendung zum Realselbst anregen.
- Anhand der Therapieziele Resümee ziehen, was der Jugendlichen an Entwicklungen gelungen ist und welche Bedürfnisse hinsichtlich einer selbstverantwortlichen Lebensgestaltung sie in ihren Blick nehmen will.
- Konkrete Fragestellungen für die Planung/Organisationsnotwendigkeiten hinsichtlich der Zukunftsplanung/Lebensentwurfes (Beruf/Ausbildung/Schule; Lebensunterhalt/Finanzierung durch Bezugspersonen, Bafög, Arbeit; Freizeit/Soziales Leben; Wohnverhältnisse).

Die Therapeutin regt die Reflexion an zur Frage nach der persönlichen autonomen Lebensgestaltung im Sinne des „Was es heißt, sich selbst zu finden“ (Rogers, 1983, S. 114) und wie diese „Entdeckungen“ im Alltag gelebt werden können. Dabei wird immer wieder die Achtsamkeit darauf gelenkt, dass sich diese Entwicklung als ein lebenslanger Entwicklungsprozess mit der Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen entfalten wird.

Für die Entwicklung zunehmend realisierbarer und spürbarer Autonomie bzgl. der eigenen Lebensgestaltung werden die verschiedenen Aspekte der Frage nach dem Sinn des Lebens aktiviert (vgl. Schnell 2020).

- Hinterfragen der Indikatoren für das Erleben von Lebens-Sinn (vgl. Schnell, 2020)
 - Orientierung (welche Werte sind mir wichtig – woher habe ich sie, welche möchte ich verändern)
 - Bedeutung (in Bezug auf meine Existenz, mein Wirkungsfeld bzgl. Beziehungen, Gesellschaft, Begegnungen in verschiedensten Kontexten ...)
 - Zugehörigkeit (wo finde ich meinen Platz, fühle ich mich verbunden mit Menschen, mit einer Denkrichtung, Religion, Tieren, Natur ...)
 - Kohärenz (wie will ich mich entwickeln, damit sich mein Leben stimmig anfühlt).

(c) Mögliche Rückfälle werden thematisiert und „normalisiert“. Wachsame Bereitschaft, um einen Umgang damit und Strategien zur Prophylaxe zu entwickeln.

- Für einen möglichen Rückfall wird eine realistische Einstellung vermittelt (keine Dramatisierung, keine Bagatellisierung).
- Gemeinsam wird eine auf konkrete Fragen der Jugendlichen gerichtete Rückfallprophylaxe entwickelt.

- Sammeln von möglichen Situationen/Denk- und Bewertungsprozessen und dadurch ausgelösten Emotionen, die einen Rückfall hervorrufen könnten.
- Problemlösestrategien im Umgang mit diesen Situationen aktualisieren (vgl. Wunderer, 2019, S. 193).
- Erstellen eines Notfallplans (Liste von äußeren wie inneren Ressourcen/Aktivitäten) im Vorfeld eines Rückfalls (Erkennen einer Gefahr – mögliche äußere/innere Auslöser).

Begegnungshaltung	Handlungsstrategie	Interventionsmethoden
(d) Den Abschiedsprozess vorbereiten und dessen konkrete Durchführung mit der Jugendlichen planen. Die Therapeutin achtet auf den eigenen Prozess und wägt ab, wann Aspekte davon im Sinne einer kongruenten und authentischen Begegnung für den Prozess der Jugendlichen hilfreich sind.	<ul style="list-style-type: none"> • Es gilt den „rechten“ Zeitpunkt zu finden, um den Abschiedsprozess zu thematisieren. In der allmählichen Lockerung der Beziehung bis hin zum Abschiednehmen von regelmäßig stattfindenden, vertrauten Begegnungen bildet sich achtsam ein neuer Rhythmus mit passender Geschwindigkeit. Es geht um die Balance zwischen Loslösen und gleichzeitigem Halt geben mit der Perspektive, zu dieser Vertrauens-Sicherheitsbasis zurückkehren zu können. Die Therapeutin begleitet einfühlsam-wertschätzend die Wünsche und Bedürfnisse der Jugendlichen. • Die Therapeutin und die Jugendliche nehmen persönlich (außen und innen) Abschied. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsam mit der Jugendlichen Therapiefrequenz thematisieren. • Klärung des Wunsches nach zukünftigen Stunden als „Basis“ zur „Nachsorge“ oder bei „Notfällen“. • Den Entwicklungsprozess, das Erreichte Verankern mit Hilfe von Gestaltungen mit verschiedenen Materialien, konkreten Erinnerungs-Symbolen, körperlichen Wahrnehmungs- und Bewegungs-Ritualen. • Abschiedsstunde planen: Abschiedsritual z. B. mit kleinen Abschiedsessen mit Musik, Kerze ...; Symbol für die Therapiestunden, für die erreichte Entwicklung, für die gemeinsame Arbeit, für die Zukunft finden, ein gemeinsames Gedicht schreiben, der zu Therapiebeginn gestaltete Karton kann für den Rückblick auf den Prozess und die Entwicklung herangezogen werden – Klärung darüber, ob sie ihn mitnehmen und für sich bewahren möchte (vgl. Ideen zu Ritualen: Heisig & Lück 2024).

6. Handlungsleitlinien für die begleitende Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen

Bei dem Symptombild der Anorexie ist die Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen unerlässlich. Über sie erfolgt der Kontakt z. B. zu den medizinischen Kolleg*innen; mit ihnen müssen immer wieder Grenzsituationen abgeklärt und besprochen werden. Die große Bedeutung der Bezugspersonenarbeit betont u. a. Fröhlich-Gildhoff (2003).

6.1. Therapie-Eingangsphase

6.1.1 Begegnungshaltung und Handlungsstrategien

Alle Beteiligten haben bereits einen langen Weg des Leidens und der Angst hinter sich. Wut, Ohnmacht, Schuld und Erschöpfung prägen die ersten Stunden. Dies erschwert den Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung. Die Basisvariablen Empathie und bedingungslose Wertschätzung sind entsprechend zentral in dieser ersten Phase.

Die Therapeutin gibt neben der betroffenen Klientin auch den Bezugspersonen wertschätzend Raum zur Darstellung der eigenen Sichtweise bzw. nimmt empathisch wahr, welche Empfindungen und Sichtweisen diese durch verbale und nonverbale Botschaften kommunizieren. All dies Wahrgenommene wird bedingungslos wertgeschätzt, auch alles Widersprüchliche und alles vermeintlich Destruktive.

Die Bezugspersonen haben beispielsweise oft große Schuldgefühle. Diese sind aber in der Anfangsphase oft noch so

bedrohlich im Erleben der Bezugspersonen, dass sie nicht exakt symbolisiert werden können. Aggressive Gefühle dagegen sind oft zu Beginn des Prozesses deutlich (spürbar). Sie dienen u. a. dem Abwehrprozess zum Schutz der Selbststruktur (vgl. Rogers, 2009).

Die Bezugspersonen werden in ihrem biographischen Gewordensein gesehen und verstanden. Ihre Lösungsversuche und Lösungsstrategien werden ebenso wie die Gefühle von Wut und Verzweiflung gewürdigt und ihre Ressourcen erkannt und anerkannt. „Nur mit dieser bedingungsfreier positiver Beachtung kann die Beschämung infolge der Erschütterung des Selbstkonzeptes ertragen und damit die Verleugnung wesentlicher Aspekte des eigenen Selbst überflüssig werden.“ (Finke, 2019, S. 36).

Die Therapeutin strukturiert den Prozess v. a. in der Anfangsphase und in der Kontraktbildung. Auch durch den „**Info-Exchange**“ vermittelt die Therapeutin Sicherheit und Klarheit als Kontrapunkt zur Angst. Die Therapeutin informiert dabei über die Anorexie im Allgemeinen und aus ihren Erfahrungen heraus. Sie beschreibt, wie es den Betroffenen aus ihrer Erfahrung geht und wie sie und deren Familien damit umgehen. Auch zu den körperlichen Symptomen erfolgt eine Aufklärung und zum Ablauf der Behandlung. Der Begriff des „Info-Exchange“ soll verdeutlichen, dass es nie einseitig um Informations-Vermittlung geht, sondern stets um einen Austausch und damit um die gegenseitige Achtung vor dem individuell erworbenen und erfahrungsbasierten Wissen des anderen. Wir verzichten bewusst auf den gängigen Begriff der

Psychoedukation, der eine einseitige Wissensvermittlung und ein Ungleichgewicht in den Positionen implizieren könnte.

Auf der Basis einer grundsätzlichen Wachsamkeit der Therapeutin für die dynamischen familiären Prozesse erfolgt auch ein erstes Erkunden der Hypothesen innerhalb der Familie selbst zur Entstehung der Anorexie und ein erstes Verstehen der jeweiligen Inkongruenzen und der Funktion der Symptomatik im Hinblick auf das Familiensystem. Überdurchschnittlich häufig liegt eine Trennungssituation vor bzw. „haben die Betroffenen häufig die Aufgabe, ein ‚prekäres Gleichgewicht‘ in der Elternbeziehung aufrechtzuerhalten“ (Krieglstein, 2023, S. 250).

Dabei ist wiederholt zu betonen, dass das Ursachengefüge sehr vielschichtig und komplex ist und nicht eindeutig auf einzelne Faktoren zurückgeführt werden kann.

6.1.2 Interventionsmethoden

- Anamneseerhebung und spezifische Fragebögen zur ersten Status-Diagnostik und Differenzialdiagnostik
- Info-Exchange
- Genogramarbeit
- Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte (VEE) in Abhängigkeit von der jeweiligen Möglichkeit zur Symbolisierung
- Selbstreflexion der Therapeutin
- Therapiekontrakt
- Info-Material der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) – www.bzga-essstoerungen.de/ Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker bspw Eskalationsprophylaxe – www.bapk.de

6.2. Mittlere Therapiephasen

6.2.1. Begegnungshaltung und Handlungsstrategien

In der zweiten Phase geht es insbesondere um die Konfliktbearbeitung mit Hilfe vorsichtiger Konfrontation mit den jeweiligen Selbstanteilen, die noch nicht symbolisiert werden konnten. Hier ist in jedem Moment neu auszuloten, an welcher Stelle sich die Bezugspersonen und der therapeutische Prozess gerade befinden.

Wichtig sind **Unterstützung und Stärkung**: Wie sieht es mit Selbstfürsorge aus? Welche Möglichkeiten gibt es aufzutanken? Wie können sie mal abschalten und Abstand zu ihrem erdrückenden Familienalltag schaffen?

Nur so gestärkt können die außergewöhnlich hohen Belastungen ausgehalten und der Blick behutsam auf die jeweiligen eigenen Anteile gerichtet werden:

a) Verstehen der (familiären) anorektischen Symptomatik (Genese und Aufrechterhaltung)

Die enorme Macht des Symptoms wirkt auf die Betroffene aber auch auf das gesamte Familiensystem. Die Funktion der Symptomatik will unbedingt verstanden werden, um nachhaltige Veränderung und Heilung möglich zu machen.

Wichtige Fragen sind: Welche Resonanz auf das Thema Magersucht zeigt sich in mir (Bezugsperson)? Was haben diese Symptome meines Kindes mit mir zu tun? Was bewirkt diese Erkrankung in mir und in unserer Familie? Welche „wichtige“ Bedeutung hat sie für unser Zusammenleben und für unser Familiensystem? Was wäre anders, wenn es das Symptom nicht gäbe? Was würde mit uns als Paar passieren, wenn unser Kind nicht krank wäre und wir uns nicht diese Sorgen machen müssten?

Es geht um das **Verstehen der eigenen Erlebens-, Bewertungs- und Handlungsmuster** und das vor dem Hintergrund der eigenen Biographie in der jeweiligen Herkunftsfamilie und der jetzigen Familie (transgenerative Perspektive).

Wie ist das mit den **Leistungs- und Perfektionsansprüchen** in der Familie? Welche Bedeutungen und Wirkungen haben diese im Leben der Bezugspersonen? Welche Auswirkungen haben Sie auf die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes? Hierbei ist der Modellwirkung der Bezugspersonen unbedingt Achtung zu schenken, wobei sich dabei Väterliches und Mütterliches deutlich unterscheiden mag.

Die Therapeutin macht „Verstehensangebote“, beharrt also selbst nicht auf dem Innehalten der „Wahrheit“ und drängt diese auch nicht auf. Sie kann eine Hilfestellung zu einer „exakteren Symbolisierung“ des Erlebten anbieten (Finke, 2019, S. 42). Wie war es früher und wie ist es heute mit dem **Erkennen und Anerkennen der Signale**, die vom Kind/Jugendlichen/jungen Erwachsenen geäußert wurden und werden? Bruch beschreibt die „übermäßige Konformität“ der Kinder, die stets darauf aus sind, sich einzufügen und die an sie gerichteten Erwartungen zu erfüllen. Dabei bleibt kein Raum, um die eigene Identität zu erfahren und zu formen oder Autonomie zu erleben und zu entwickeln. Die Bezugspersonen erkennen dies jedoch nicht als „Zeichen inneren Elends“ des Kindes (Bruch, 1982, S. 60).

Welches vielleicht neue Bild zeigt sich, wenn ich empathisch und bedingungslos wertschätzend auf mein Kind schaue? Kann ich meine Tochter mit ihren individuellen Bedürfnissen, ihrem emotionalen Erleben und ihren Ressourcen immer mehr erkennen? Und wie kann auf dieser Basis eine gute Balance zwischen **Bindung und Autonomie** gelebt werden, zwischen dem Streben nach sicherer Gebundenheit und mutiger Individuation?

Möglicherweise ergeben sich Konflikte zwischen den Bezugspersonen aus unterschiedlichen Sichtweisen. Welche Dynamik zeigt sich zwischen Ihnen? Und können die Unterschiede vielleicht auch von Nutzen sein?

Für das Thema Bindung/Autonomie können wir uns an die Wut der Bezugspersonen vom Beginn der Therapie erinnern. Sie hilft, enttäuschte Bedürfnisse, eigene Wünsche und Ziele wieder stärker in den Fokus zu nehmen. Die Wut ist auch ein kraftvoller Gegenspieler gegen das Gefühl der Ohnmacht.

b) Umgang mit der Symptomatik/dem Essverhalten

Natürlich drängt es neben der Notwendigkeit, die Symptomatik zu verstehen, auch zu konkreten Hilfen im Umgang damit und v. a. in den alltäglichen so herausfordernden „Essenssituationen“. Es geht um die Analyse und Bearbeitung konkreter Interaktionen zwischen den Bezugspersonen und der Jugendlichen. Häufig spielen hier die Mechanismen „Katastrophisieren“ und „Bagatellisieren“ eine Rolle. Auch die jeweiligen Sichtweisen auf das Thema „Essen und Körper“ zeigen sich hier. Die zum Teil heftigen Konfliktsituationen werden detailliert durchgegangen und Handlungsoptionen erarbeitet. So können die Bezugspersonen wieder mehr Selbstwirksamkeit spüren und entwickeln. Sie stärken ihre „elterliche Präsenz“ (Omer & Streit, 2016) und Transparenz.

Sie werden bei all dem riesigen Druck wieder mehr **Halt-Gebende** und behalten eher einen liebevoll-klaren und strukturgebenden Umgang.

Es geht auch um das Thema Loslassen. Die Bezugspersonen sind oft in einer Art „Co-Abhängigkeit“. Sie konzentrieren sich nur noch auf die Tochter, reagieren überverantwortlich, übermäßig rücksichtsvoll und verlieren ihre eigenen Bedürfnisse und Grenzen aus dem Blick. So wird die Symptomatik eher aufrecht erhalten und/oder verstärkt. Dies gilt es empathisch verständlich zu machen und eine (Los-)Lösung zu ermöglichen.

c) Eigene Grenzen erkennen und achten

Die Symptomatik fordert immer wieder die **Grenzen** aller Beteiligten heraus. Diese gilt es zu erkennen und zu achten. Welche weiteren Unterstützungsmöglichkeiten gibt es? Wie sieht es mit Selbsthilfegruppen oder einer eigenen Therapie aus? Wie ist es mit einer ambulanten oder stationären Hilfen für die Jugendliche? Für viele Bezugspersonen fühlt sich dieser zuletzt genannte Schritt nach „Versagen“ und „absoluter Katastrophe“ an und auch nach „das Kind im Stich lassen“. Hier braucht es ein behutsames Vorgehen und eine langsame Annäherung.

Als Therapeutin ist es wichtig die Zusammenarbeit mit anderen Helfern zu fördern und auch hier als Vorbild für die Bezugspersonen zu agieren.

6.2.2. Interventionsmethoden

- Selbsteinbringung, Kongruenz, vorsichtige Konfrontation
- Ressourcenfokussierung und -aktivierung
- Negative Glaubenssätze erkennen und positive Affirmationen erarbeiten
- Auseinandersetzung mit dem Thema „Trennung“ (in der Loslösung der Tochter, als Paar) anregen
- Familienbrett, Rollenspiel, Psychodrama, Aufstellungen, Lebensfluss, Telearbeit
- Sandspiel: Dieses wird keinesfalls ausschließlich in der Arbeit mit Kindern eingesetzt. In der Arbeit mit dem Sand und dem Gestalten eines „Bildes“ mit Figuren und Symbolen scheint eine psychische Energie freigesetzt zu werden, die im Sinne von Rogers der Aktivierung „selbstheilender Potentiale“ dient (vgl. Goetze, 2002, S. 280).
- Im Rahmen der Bearbeitung der perfektionistischen Einstellung kann auf die rational-emotive Therapie von Albert Ellis (1977) zur kognitiven Verhaltensmodifikation zurückgegriffen werden. Hierbei geht es um die Bearbeitung irrationaler Glaubenssätze. „Alles-oder-Nichts-Denken“ und „Verabsolutierungen“ werden erkannt und kognitive Umstrukturierungen eingeleitet (Goetze, 2002, S. 374).
- Das Konzept der „Neuen Autorität“ von Heim Omer kann hilfreich sein, um die Bezugspersonen in ihrer festen/klaren und gleichzeitig liebevollen Haltung zu stärken (Omer & Streit, 2016).
- Helfer*innenrunden
- Anbindung an Selbsthilfegruppe

6.3. Abschlussphase

6.3.1. Begegnungshaltung und Handlungsstrategien

In dieser Phase geht es um die Verankerung der erarbeiteten Veränderungen. Diese sollen fest in den Alltag integriert werden. Das Erworbene wird gewürdigt und das Zutrauen in die innere Kraft/Weisheit gestärkt. Es geht also sowohl um einen Rückblick als auch um einen Ausblick. Gibt es eine Vision für die Zukunft?

Im Rahmen dieser letzten Phase spielt natürlicherweise das Thema Abschied mit hinein. Nicht selten tauchen hier noch einmal verstärkt Ängste auf. Diese wollen verstanden und gehalten werden als natürliche Reaktion auf diesen Entwicklungsschritt und nicht als „Rückschritt“. Auch Trauer darf sein bzw. will gelebt werden. Vielleicht tauchen auch noch offene Themen oder Unerledigtes auf. Es ist also wichtig, dieser letzten Phase genug Zeit zu geben, um wirklich das Erworbene zu festigen und Heilung weiter zu fördern. Die Verschiebung des Fokus auf sich selbst und die eigenen **Bedürfnisse, Wünsche und Ziele** wollen weiter entwickelt und gelebt werden.

6.3.2. Interventionsmethoden

- Bilanzierung
- Abschlussdiagnostik
- Rückfallprophylaxe
- Abschiedsritual
- Eigenreflexion zum Therapieprozess zur Psychohygiene und zur Qualitätssicherung/-steigerung

Literatur

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing. Deutsch: Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.) (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Hogrefe.
- Behr, M., Hüsson, D., Luderer, H.-J. & Vahrenkamp, S. (2020). *Gespräche hilfreich führen – Band 2: Psychosoziale Problemlagen und psychische Störungen in personenzentrierter Beratung und Gesprächspsychotherapie*. Beltz Juventa.
- Binder, U. & Binder, J. (2001). A Theoretical Approach to Empathy. In: Band 3, 293–326. Hogrefe.
- Bruch, H. (1982). *Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht*. Fischer.
- Büscher, S. (2023). *Ansichtssache – den Blickwinkel erweitern. Mein Reinschreibbuch mit Geschichten, Übungen und Impulsen*. Beltz
- BZgA (2011). *Empfehlungen zur integrierten Versorgung bei Essstörungen in Deutschland. Band 4*.
- Csikszentmihalyi, M. (2017). *Flow. Das Geheimnis des Glücks*. Klett-Cotta
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) (Hrsg.) (2018). *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen*. https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-0261_S3_Esstoeurung-Diagnostik-Therapie_2020-03-abgelaufen.pdf, abgerufen am 15.03.2025
- Ellis, A. (1977). *Die rational-emotive Therapie. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderungen*. Pfeiffer.
- Felnhofer, A., Klier, C., Galliez, S. (2022). *Therapie-Tools. Selbstwert bei Kindern und Jugendlichen*. Beltz.
- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders – Results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 49, 391–401.
- Finke, J. (2019). *Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung. Störungstheorie, Beziehungskonzepte, Therapietechniken*. Reinhardt.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2003). Bezugspersonenarbeit im Rahmen der personenzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, T. Hensel, S. Jürgens-Jahnert & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band 3, 293–326. Hogrefe.
- Fruth, S. (2023). *Imaginäre Körperreisen: Neue Wege zum individuellen Heilungsprozess*. Carl-Auer.
- Gerlinghoff, M. & Backmund, H. (2017). *Iss(s) Was?! Essstörungen sind Krankheiten*. Beltz.
- Gerlinghoff, M. & Backmund, H. (Hrsg.), (2022). *Essstörungen. Katalog der therapeutischen und kreativen Werkzeuge*. Beltz Juventa.
- Goetze, H. (2002). *Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie*. Hogrefe
- Görlitz, G. (1998). *Band 1. Körper und Gefühl in der Psychotherapie – Basisübungen*. Pfeiffer.
- Heisig, M.D. & Lück, S. (2024). *Rituale. 75 Therapiekarten*. Beltz.
- Herpertz, S., De Zwaan, M., & Zipfel, S. (Hrsg.). (2008). *Handbuch Essstörungen und Adipositas (Vol. 10)*. Springer.
- Herperzt-Dahlmann, B. (2021). Neue Wege aus der Magersucht. In: *Gehirn & Geist*, 2021 (2), Spektrum der Wissenschaft.
- Jacobi, C., Paul, T. & Thiel, A. (2004). *Essstörungen – Fortschritte der Psychotherapie*. Hogrefe.
- Jaite, Ch. (2025). Traumatische Kindheitserlebnisse bei Jugendlichen mit Anorexia nervosa im Vergleich zu einer psychiatrischen und einer gesunden Kontrollgruppe. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 2025 (2) <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000217>, abgerufen am 04.04.2025
- Kern, E. (2022). *Personenzentrierte Körperpsychotherapie*. Reinhardt.
- Kleemans, M., Daalmans, S., Carbaat, I. & Anschutz, D. (2018). Picture Perfect: The Direct Effect of Manipulated Instagram Photos on Body Image in Adolescent Girls. *HeisigMedia Psychology*, 21 (2018 (1), 93–110.
- Kriegelstein, K., von Hippel, A., Schuler, L. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2023). Krankheitsverläufe von jungen Frauen mit Anorexia nervosa in der auf Essstörungen spezialisierten stationären Jugendhilfe – vergleichende Einzelfallstudien. In Eickhorst, A. et al. (Hrsg.), *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie – Ergebnisse aus Psychotherapie, Beratung und Psychiatrie*, 72. Jahrgang, 2023 (3) (S. 250). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Liebers, V. & Eggers, Ch. (2005). Essstörungen. Hunger nach mehr. In: *Gehirn & Geist*, 2005 (5), GuG SERIE Kindesentwicklung, Spektrum der Wissenschaft.
- Liechti, J. & Liechti-Darbellay, M. (2020). *Anorexia nervosa – verzehrende Suche nach Sicherheit. Wege zur Veränderung im Kontext naher Beziehungen*. Carl-Auer.
- Margraf, J., Cwik, J.C., Suppiger, A., & Schneider, S. (2017). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS Open Access)*. Bochum: Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit, Ruhr-Universität.
- Martinussen, M. et al. (2017). The comorbidity of personality disorders in eating disorders: A meta-analysis. *Eating and Weight Disorders*, 22 (2), 201–209.
- Omer, H. & Streit, Ph. (2016). *Neue Autorität: Das Geheimnis starker Eltern*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petersen, H. (1997). *Anorexie nervosa*. In: Ecker, J., Höger, D. & Linster H. W., *Praxis der Gesprächspsychotherapie. Störungsbezogene Falldarstellungen*. Kohlhammer.
- Reich, G. (2003). *Familientherapie der Essstörungen*. In: Cierpka et al. (Hrsg.). *Praxis der Paar- und Familientherapie*. Hogrefe
- Reyes-Rodríguez, M. L. et al. (2011). Posttraumatic stress disorder in anorexia nervosa. *Psychosomatic medicine*, 73(6), 491–497. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31822232bb>
- Rogers, C. (1983, 4. Auflage). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Klett-Cotta
- Rogers, C.R. (1959a/2009). *Eine Theorie der Psychotherapie*. Reinhardt
- Schnell, T. (2020). *Psychologie des Lebenssinns*. Springer.
- Schulz von Thun, F. (2009). *Miteinander reden. Band 1 und 2 (47. Aufl.)*. Rowohlt.
- Schwarte, R. & Alexandridis, K. (2024). *Körperbild bei Essstörungen*. Reinhardt.
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports* 14(4), 406–414.
- Speierer, G.-W. (2018). *DIM – Das Differenzielle Inkongruenz Modell – Hand- und Arbeitsbuch der Personenzentrierten Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie) als Inkongruenzbehandlung*. 4. korrigierte Auflage.
- Stammmler, F.-M. (2017). *Kontakt und Verbundenheit. Relationalität in der Gestalttherapie*. EHP-Verlag.
- Vopel, K.W. (2001). *Interaktionsspiele für Jugendliche. Teil 2*. Isko Press.

- Weigel, E. (2015). KörperReich. Theorie und Praxis. Behandlung der Körperschemastörung. Books on Demand.
- Weinberger, S. & Papastefanou, C. (2008). Wege durchs Labyrinth. Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Jugendlichen. Juventa
- Wilk, D. (2021). Die Melodie der Ruhe. Trance-Geschichten: Gefühle wahrnehmen und akzeptieren. Carl-Auer (4. Auflage).
- Wittchen, H. U., Zaudig, M., & Fydrich, T. (1997). Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV (SKID). Hogrefe.
- World Health Organization (WHO) (2024). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11. Auflage). <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en> (abgerufen am 01.04.2025).
- Wunderer, E. (2019). Therapie-Tools Essstörungen. Beltz.
- Zeeck, A. et al. (2020). Self-Criticism and Personality Functioning Predict Patterns of Symptom Change in Major Depressive Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 11.