

**ANOREXIE UND ADOLESZENZ.
THEORIE UND PRAXIS AUS DER
SICHT DER INTEGRATIVEN
GESTALT THERAPIE**

Master-Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

im Universitätslehrgang Psychotherapie

Fachspezifikum Integrative Gestalttherapie

eingereicht von

Mag.^a My-Lan Chung-Grumböck

Department für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Universität für Weiterbildung Krems

Betreuer/in: Dr.ⁱⁿ Ulla Diltsch

Garsten, 12. Februar 2024

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Mag. My-Lan Chung-Grumböck, erkläre hiermit an Eides statt,

1. dass ich meine Master-Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master-Thesis oder wesentliche Teile daraus bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Master-Thesis mein Unternehmen oder einen externen Kooperationspartner betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master-Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

DANKSAGUNGEN / WIDMUNGEN

„Das einzig Unveränderliche ist die Veränderung.“

Laotse

ABSTRACT (DEUTSCH)

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Essstörung Anorexia nervosa in der Adoleszenz, insbesondere aus der Sicht der Gestalttherapie. Dargestellt wird ein Überblick der Definitionen nach ICD 10/11 und DSM V, eine detaillierte Beschreibung der Erkrankung und auf welche Weise sich Anorexie im Jugendalter zeigt. Dabei sollen die Eckpunkte einer Behandlung der Anorexie bei Jugendlichen und die dazugehörigen Herausforderungen genauer betrachtet werden. Die Zugänge der Integrativen Gestalttherapie in Bezug auf diese spezifische Essstörungsform bei Jugendlichen werden betrachtet und basierend darauf auf die psychotherapeutische Arbeit umgelegt. Nichtsdestotrotz sind weitere Studien notwendig, um zukünftig eine umfassende Wissensgrundlage zur Erkrankung Anorexia nervosa zu bieten.

Stichworte (Autorenschlagwörter):

Essstörungen, Anorexia nervosa, Adoleszenz, Integrative Gestalttherapie, Gestalttherapie.

ABSTRACT (ENGLISCH)

This paper deals with the eating disorder anorexia nervosa in adolescents, particularly from the perspective of the gestalt therapy. It provides an overview of the definitions according to ICD 10/11 and DSM V, a detailed description of the disorder as well as the different ways anorexia nervosa manifests itself in adolescents. The key points of anorexia treatment and the associated challenges in adolescence will be examined in more detail. The approaches of gestalt therapy in relation to this specific form of eating disorder in adolescence are considered and applied to psychotherapeutic work on this basis. Considering that there is a lack of current data, further studies are necessary in order to provide a comprehensive knowledge base on anorexia nervosa.

Keywords:

Eating disorders, Anorexia nervosa, adolescents, gestalt therapy

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung.....	1
1.1	Motivation und Forschungsfragen	1
2	Anorexia Nervosa	6
2.1	Definition nach ICD 10/ ICD 11/ DSM-5	6
2.2	Epidemiologie	9
2.2.1	Prävalenz und Inzidenz.....	9
2.2.2	Verlauf und Prognose.....	10
2.3	Ätiologie und wichtige Faktoren	13
2.3.1	Prädisponierende Faktoren.....	13
2.3.2	Auslösende Faktoren	15
2.3.3	Aufrechterhaltende Faktoren	16
2.3.4	Risikofaktoren.....	17
2.4	Symptomatik	17
2.4.1	Psychische Symptome	18
2.4.2	Körperliche Veränderungen.....	21
2.5	Diagnostik	24
2.5.1	Differentialdiagnostik	25
2.6	Psychiatrische Komorbiditäten	26
2.7	Behandlung der Anorexie	27
3	Adoleszenz	32
3.1	Entwicklungsaufgaben	32
3.2	Spezifische Aspekte in der psychotherapeutischen Arbeit mit Jugendlichen aus der Sicht der Gestalttherapie	34
3.2.1	Arbeit mit dem Bezugssystem.....	38
4	Psychotherapie Anorexia nervosa	40
5	Integrative Gestalttherapie und Jugendliche mit einer Anorexie	44
5.1	Konzepte und Grundpositionen der Integrativen Gestalttherapie ..	44
5.1.1	Kontakt – Kontaktgrenze – Kontaktprozess – Figur und Hintergrund	44

5.1.2	Ganzheitsprinzip und ganzheitliches Selbst.....	48
5.1.3	Hier-und-Jetzt und Dort-und-Damals.....	49
5.1.4	Phänomenologisch-hermetisches Erforschen	50
5.1.5	Dialogische Beziehung - Beziehungsorientierung.....	51
5.2	Integrative Gestalttherapie: Definition von Krankheit und Bedeutung der Psychosomatik	53
5.3	Gestalttherapeutische Betrachtungen in Bezug auf die Essstörung	58
5.4	Integrative gestalttherapeutische Zugänge in Bezug auf die Anorexie bei Jugendlichen	62
5.5	Methoden und Haltungen der Integrativen Gestalttherapie	70
5.5.1	Kontakt-Support-Konzept – dialogische Haltung – Figur/ Hintergrund-Prozess.....	71
5.5.2	Gewahrsein / Bewusstheit/ Awareness.....	73
5.5.3	Körperarbeit.....	74
5.5.4	Szenisches Arbeiten und innerer Dialog	76
5.5.5	Kreative Medien	76
5.6	Aspekte in der Zusammenarbeit mit dem Bezugssystem	78
5.7	Grenzen der Integrativen Gestalttherapie	80
5.8	Selbstfürsorge und Psychohygiene für Therapeut*innen	80
6	Zusammenfassung und Fazit	82
7	Offene Themen und Ausblick	86
8	Literaturverzeichnis	90
9	Tabellenverzeichnis	115
10	Anhang	116

1 Einleitung

1.1 Motivation und Forschungsfragen

Als im Jahr 2020 die Corona-Pandemie ausbrach und der erste Lockdown verordnet wurde, war vielen Menschen nicht bewusst, welche – auch noch andauernden – Auswirkungen die Maßnahmen auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen hatten. Aus einigen österreichischen und deutschen Bundesländern (siehe Wiener Essstörungskongress 2021) wurde von einer auffallenden Zunahme an Essstörungen berichtet. Eine Studie von Otto und seinen Kolleg*innen (2021) kam zu dem Schluss, dass die medizinischen Aufnahmen bezüglich einer Essstörung in einem Krankenhaus in der Zeit der Pandemie höher war als in der Zeit davor. Einige Studien (Hartman-Munick et al., 2022; Parpia et al., 2023; Spettigue et al., 2021) weisen darauf hin, dass die Isolation, das Gefühl von Einsamkeit, der Verlust von sozialen Kontakten, vermehrter Konsum von sozialen Medien und die Angst vor Gewichtszunahme die Entwicklung einer Essstörung begünstigt haben. Zusätzliche Forschungen sind weiterhin notwendig, um die Zusammenhänge zwischen Pandemie und psychischen Erkrankungen zu verstehen. Die betroffenen Jugendlichen hatten aufgrund der Pandemie-Maßnahmen (Home-schooling, Abstandsregel, etc.) weniger soziale Kontakte und viele Influencer*innen waren zu Beginn der Pandemie mit bestimmten Workout-Angeboten sehr erfolgreich (z.B. Pamela Reif oder Sophia Thiel). Die Rolle der sozialen Medien in der Zeit der Pandemie darf nicht unterschätzt werden (Fumi, 2022; Philipp & Truttmann, 2022).

Diese Literatararbeit setzt sich näher mit der Erkrankung der Anorexie bei Jugendlichen auseinander. Kapitel 2 gibt einen Überblick über das Störungsbild Anorexia nervosa wieder. Im Rahmen dessen wird betrachtet, wie die derzeitige Klassifikation nach ICD 10 (Ausblick auf ICD 11, da eine deutsche Fassung noch in Bearbeitung ist) und nach DSM V aussieht. Welche diagnostischen Instrumente zur Diagnostik herangezogen werden, wird in einem Unterkapitel knapp zusammengefasst. Durch die geringe Energiezufuhr ist der ganze Organismus

gefährdet und bei einem längeren Mangelzustand ist auch mit neurologischen Folgeschäden zu rechnen. Körperliche und psychische Folgeerscheinungen werden beschrieben. Bei vielen betroffenen Patient*innen können depressive oder zwanghafte Symptome wahrgenommen werden, sodass auch in dieser Arbeit die häufig auftretenden Komorbiditäten aufgegriffen werden. Im letzten Teil des zweiten Kapitels werden wichtige Aspekte angeführt, die bei der Behandlung einer Anorexie essentiell sind.

Das darauffolgende Kapitel 3 befasst sich mit der Adoleszenz und deren spezifischen Entwicklungsaufgaben. Für viele Jugendliche ist es wichtig, was andere Personen (vorrangig Gleichaltrige oder die Peergroup) über sie denken könnten. Ebenfalls möchten sie ihre eigenen Erfahrungen und Entscheidungen treffen und Aussagen vom Bezugssystem kritisch hinterfragen. In der psychotherapeutischen Arbeit mit Jugendlichen darf das Bezugssystem nicht unberücksichtigt bleiben, auch wenn viele jugendliche Patient*innen selbstständig wirken und Entscheidungen autonom treffen wollen. Regelmäßige Gespräche mit Eltern oder Elternteilen sind „state of the art“ und oft dienen die Psychotherapeut*innen als Übersetzungshilfe zwischen Jugendlichen und dem Elternteil. Der gestalttherapeutische Zugang in der Arbeit mit Jugendlichen bekommt in diesem Kapitel einen besonderen Stellenwert und wird durch Sichtweisen von Oaklander und Baulig vertieft.

Kapitel 4 gibt den derzeitigen Wissenstand in Bezug auf die Wirksamkeit von Psychotherapie in der Behandlung der Anorexia nervosa wieder. Die psychotherapeutische Arbeit mit dieser Patient*innengruppe ist gekennzeichnet von den Symptomen der Anorexie und des individuellen Entwicklungsalters. Gibt es Psychotherapierichtungen, die effektiver mit diesem Erkrankungsbild arbeiten können? Ein sehr niedriges Gewicht geht einher mit kognitiven und psychischen Einschränkungen, dies zeigt sich anhand der Krankheitseinsicht, Behandlungsmotivation und in der Mitarbeit im psychotherapeutischen Kontext (Treasure, Zipfel et al., 2015). Viele Betroffene wirken im Kontakt wie eine Hülle, mit einem eingeschränkten Zugang zu der eigenen Gefühlswelt. Verbesserungen treten dann mit einer Gewichtszunahme ein, jedoch bestehen bei einigen

Patient*innen weiterhin auch nach Erreichen eines Stabilisierungsgewichts psychopathologischen Auffälligkeiten (Manfred Fichter et al., 2006). Umso wichtiger ist es hierbei, sowohl Bezugspersonen als auch die Patient*innen ausreichend über dieses Störungsbild aufzuklären (Psychoedukation). Notwendig ist diese Aufklärung vor allem deshalb, damit die Betroffenen nicht in der Annahme verharren, dass „alles wieder gut / wie damals“ ist, sobald ein bestimmtes Gewicht erreicht ist

Kapitel 5 stellt sich zwei Forschungsfragen. Die erste behandelt die Sichtweise der Integrativen Gestalttherapie in Bezug auf die Anorexie bei Jugendlichen und welche Publikationen es dazu gibt. Zuerst wird näher beleuchtet, wie Krankheiten aus gestalttherapeutischer Sicht gesehen werden. Buber meint dazu, dass seelische Krankheiten gleichsam bedeuten, dass Beziehungen gestört sind (1965, zitiert nach Staemmler, 2009). Laut Ulrich Wolf (2017) traut sich der*die psychosomatische Patient*in nicht, sich mit einer Konfliktsituation vollständig auseinanderzusetzen. Dies führt dazu, dass Patient*innen im Vorkontakt des Kontaktzyklus steckenbleiben. Mit anorektischen Jugendlichen zu arbeiten, bedeutet, das Entwicklungsalter und die emotionale und geistige Reife zu berücksichtigen und das „Spezifikum“ der Anorexia nervosa zu kennen. Störungen im Kontaktzyklus, Figur-Hintergrund-Phänomen, Leib-Körper-Bild oder ambivalentes Verhalten sind nur einige Themen, denen Psychotherapeut*innen im Rahmen ihrer Arbeit mit dieser Patient*innengruppe begegnen. Der Fokus in dieser Literaturarbeit liegt auf der Schnittstelle zwischen der Integrativen Gestalttherapie und dem Störungsbild Anorexie im Jugendalter. Daraus folgernd erschließt sich die zweite Forschungsfragen, welchen Beitrag die Integrative Gestalttherapie für die Behandlung von anorektischen Jugendlichen leisten kann. Welche Haltungen und Methoden der Integrativen Gestalttherapie sind hilfreich, um jugendlichen Patient*innen mit einer Anorexie ein tieferes Verständnis für ihrer Erkrankung zu vermitteln? Welche Interventionen können den Genesungsprozess unterstützen? Es zeigt sich, dass der integrative-gestalttherapeutische Zugang und dessen Methodenvielfalt diese Fragen ganzheitlich erfassen. Gemeinsam mit den Patient*innen werden neue

Experimentierfelder entwickelt, um sie auf dem Weg zu einem gesunden Lebenskonzept zu unterstützen.

Den Abschluss dieser Arbeit bildet eine Zusammenfassung der aktuellen Fachliteratur zum Thema Anorexia nervosa in der Adoleszenz und die Beantwortung der zwei Forschungsfragen. Themen wie beispielsweise „Zwangsernährung“ oder die Behandlung mit einer scheinbaren Compliance dienen als Diskussionspunkt. Abschließend wird ebenso die medizinische und therapeutische Versorgung dieser Patient*innengruppe thematisiert.

Welchen Einfluss die Pandemie auf die Entstehung von Essstörungen hat, werden Studien der nächsten Jahre zeigen. Weiters ist in den psychiatrischen, psychosomatischen und psychosozialen Einrichtungen spürbar, dass sowohl Kinder als auch Jugendliche durch die Lockdowns Einschnitte in ihrer Entwicklung erlebt haben und unter den Folgen leiden. Begrüßenswert sind Projekte wie „Gesund aus der Krise“ (BÖP und ÖBVP) und den Betroffenen Hilfe und Unterstützung anbieten. Anhand des raschen Anstiegs von Patient*innen mit einer Essstörung wurde ersichtlich, dass in Österreich eine Versorgung dieser Patient*innengruppe aufgrund der beispielsweise langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz zu kämpfen hat. Sowohl niedergelassene Hausärzt*innen oder psychotherapeutische Kolleg*innen unterschätzen diese Erkrankung, die im chronischen Verlauf hoch gesundheitsgefährdet sein kann. Eine Früherkennung und ein früher Therapiebeginn (Treasure & Russell, 2011) begünstigen einen Genesungsverlauf. Ein Austausch zwischen den Fachkräften bzw. Konzepte für ambulante Nachbetreuung wie das Home-treatment in Deutschland (Herpertz-Dahlmann et al., 2021), wären auch für Österreich von Relevanz. Aufgrund der Tatsache, dass betroffene Patient*innen nach einem stationären Aufenthalt überfordert sein können, könnten diese von speziellen Schulungen, Psychoedukation und Elterntrainings profitieren.

Auf die italienischen Originalarbeiten von Margherita Spagnuolo Lobb und ihren Kolleg*innen und Richard Hycner konnte im Rahmen der Rechercharbeit nicht zugegriffen werden, deshalb werden diese Arbeiten sekundär zitiert.

Um im Rahmen dieser Arbeit alle Geschlechter gleichermaßen miteinzubeziehen, wird im weiteren Verlauf auf gendergerechte Sprache mittels Gender-Stern (*) geachtet.

Ergänzend zu dieser vorliegenden Arbeit finden Beobachtungen und Wahrnehmungen der Autorin aus dem stationären Alltag und der Arbeit mit der behandelten Patient*innengruppe Erwähnung, die nach dem Anhang zu lesen sind.

2 Anorexia Nervosa

Erstmals findet die Erkrankung Anorexia Nervosa im Jahre 1873 in der Literatur Erwähnung, unabhängig voneinander sowohl vom britischen Arzt Dr. Gull und vom französischen Arzt Ernest-Charles Laségue. William Gull beschreibt eine Erkrankung, die er meistens bei jungen Frauen (zwischen 16 und 23 Jahren) wahrnimmt, die extrem abgemagert waren, ohne jedoch eine körperliche Ursache aufzuweisen. Nebst den körperlichen Folgeerscheinungen aufgrund des Untergewichts (Amenorrhö, Verlangsamung des Pulses und der Atemfrequenz, niedrige Körpertemperatur, Hautveränderungen, Ödeme etc.) erwähnt er auch die Schilderungen der Patientinnen und deren Angehöriger. Die Betroffenen berichten, dass sie weder Appetit noch Schmerzen verspüren. Die Familienmitglieder kommentieren, dass die jungen Frauen sehr aktiv und unruhig erschienen (Gull, 1997). In ihrem Buch aus den 70er Jahren erläutert Hilde Bruch Spezifika dieser psychischen Erkrankung, die sie aufgrund ihrer Beobachtungen mit ihren anorektischen Patientinnen (Bruch, 2010) verzeichnet. So führt sie als Auffälligkeiten dieser „Hungerkrankheit“ die permanente Beschäftigung mit der Nahrung, eine Verlangsamung der Essgeschwindigkeit, eine Angst vor Gewichtszunahmen, diffuse Kommunikationsmuster und eine erhöhte Leistungsorientierung innerhalb der Familie an.

2.1 Definition nach ICD 10/ ICD 11/ DSM-5

Tabelle 1 zeigt die Diagnosekriterien der Anorexia nervosa nach DSM-5 (Falkai et al., 2018, S. 463):

Tabelle 1

DSM-5: Anorexia nervosa (307.1)

a.	Eine in Relation zum Bedarf eingeschränkte Energieaufnahme, welche unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Entwicklungsverlauf und körperlicher Gesundheit zu einem signifikant niedrigen Körpergewicht führt. Signifikant niedriges Gewicht ist definiert als Gewicht, das unterhalb des Minimums des normalen Gewichts, oder bei Kindern und Jugendlichen, unterhalb des minimal zu erwarteten Gewichts liegt.
----	--

b.	Ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, oder dauerhaftes Verhalten, das einer Gewichtszunahme entgegenwirkt, trotz des signifikant niedrigen Gewichts.
c.	Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur oder des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung oder anhaltende fehlende Einsicht in Bezug auf den Schweregrad des gegenwärtig geringen Körpergewichts.

Weiters findet im DSM 5 (Falkai et al., 2018, S. 463) eine Unterscheidung zwischen dem restriktiven Typ und dem Binge-Eating/Purging-Typ statt.

Tabelle 2

Differenzierung restriktiver und Binge eating/ Purging-Typ

Restriktiver Typ	Während der letzten 3 Monate hat die Person keine wiederkehrenden Essanfälle gehabt oder kein "Purging"-Verhalten (d.h. selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxanzien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt. Dieser Subtyp beschreibt Erscheinungsformen, bei denen der Gewichtsverlust in erster Linie durch Diäten, Fasten und/oder übermäßige körperliche Bewegung erreicht wird.
BingeEating/ Purging-Typ	Während der letzten 3 Monate hat die Person wiederkehrende "Essanfälle" gehabt oder "Purging"-Verhalten (d.h. selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxanzien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.

Ebenfalls im DSM-5 wird zwischen Teilremission und Vollremission unterschieden. Der Schweregrad wird folgendermaßen gegliedert: leicht ($BMI \geq 17 \text{ kg/m}^2$), mittel ($BMI 16-16,99 \text{ kg/m}^2$), schwer ($BMI 15-15,99 \text{ kg/m}^2$) und extrem ($BMI < 15 \text{ kg/m}^2$).

Der ICD-11 ist seit 1.1.2022 in der Anwendung gültig. Aufgrund der Tatsache, dass der ICD-11 noch nicht in der endgültigen, deutschen Fassung erschienen ist, wird entweder auf englischsprachige Termini oder auf die Entwurfsfassung des BfArM aus Deutschland (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, o.J.) Bezug genommen. Das BfArM arbeitet in der Kooperation mit dem Schweizer Bundesamt für Statistik an einer deutschen Übersetzung (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, n.d.). Im ICD-11 ist die Anorexia nervosa in der Kategorie „Fütter- und Essstörungen“ zu finden. Tabelle 3 gibt die Beschreibung

wieder (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, n.d., 6B80 Anorexia nervosa):

Tabelle 3

Definition der Anorexia nervosa (6B80) nach ICD-11

Beschreibung

Anorexia nervosa ist gekennzeichnet durch ein für die Körpergröße, das Alter und den Entwicklungsstand der Person signifikant niedriges Körpergewicht, das nicht auf eine andere gesundheitliche Störung oder auf die Nichtverfügbarkeit von Nahrung zurückzuführen ist. Ein häufig verwendeter Schwellenwert ist ein Body-Mass-Index (BMI) von weniger als 18,5 kg/m² bei Erwachsenen und ein BMI für das Alter unter der 5. Ein rascher Gewichtsverlust (z. B. mehr als 20% des gesamten Körpergewichts innerhalb von 6 Monaten) kann den Richtwert für ein niedriges Körpergewicht ersetzen, sofern andere diagnostische Anforderungen erfüllt sind. Bei Kindern und Jugendlichen kann es vorkommen, dass sie nicht so zunehmen, wie es aufgrund des individuellen Entwicklungsverlaufs zu erwarten wäre, und dass sie nicht an Gewicht verlieren. Ein niedriges Körpergewicht geht mit einem anhaltenden Verhaltensmuster einher, das die Wiederherstellung des Normalgewichts verhindern soll. Dazu gehören Verhaltensweisen, die auf eine Verringerung der Energiezufuhr abzielen (eingeschränkte Nahrungsaufnahme), Reinigungsverhalten (z. B. selbst herbeigeführtes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln) und Verhaltensweisen, die auf eine Erhöhung des Energieverbrauchs abzielen (z. B. exzessive körperliche Betätigung), typischerweise verbunden mit der Angst vor einer Gewichtszunahme. Ein niedriges Körpergewicht oder eine niedrige Körperform steht im Mittelpunkt der Selbsteinschätzung der Person oder wird fälschlicherweise als normal oder sogar übertrieben empfunden.

Bei Erwachsenen liegt der Schwellenwert bei einem BMI < 18,5 kg/m². Bei Kindern und Jugendliche wird die Anorexie unter der 5. BMI-Altersperzentile diagnostiziert, wobei es zusätzlich eine Differenzierung zwischen Anorexie mit „signifikant niedrigem Körpergewicht“ (6B80.0: 5-0,3 BMI-Altersperzentile) und mit „kritisch niedrigem Körpergewicht“ (6B80.1: unter 0,3 BMI-Altersperzentile) gibt. Mit der Codierung 6B80.2 wird auf die „Anorexia nervosa in Remission mit normalem Körpergewicht“ hingewiesen. Weiters wird zur Diagnosestellung auch ein sehr schneller Gewichtsverlust in den letzten sechs Monaten (20 Prozent des ursprünglichen Gewichts) berücksichtigt, wenn auch die anderen Kriterien erfüllt sind.

Der Anteil von atypischen Essstörungen (OSFED: „other specified feeding oder eating disorders“) ist höher und soll in einer ausführlichen Diagnostik berücksichtigt werden (Schulze & Kölch, 2020).

Die deutsche Fassung des ICD 10 darf noch weiterhin herangezogen werden, bis eine endgültige deutsche Übersetzung des ICD 11 offiziell herausgegeben wird. Die Kriterien für Anorexia nervosa mit der Kodierung F50.0 (Dilling & Freyberger, 2019, S. 205-206) lauten (Tabelle 4):

Tabelle 4

Diagnostische Kriterien der Anorexia Nervosa (F50.0.) nach ICD-10

a.	Gewichtsverlust oder bei Kindern fehlende Gewichtszunahme. Dies führt zu einem Körpergewicht von mindestens 15% unter dem normalen oder dem für das Alter und die Körpergröße erwarteten Gewicht.
b.	Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung von „fettmachenden“ Speisen
c.	Selbstwahrnehmung als „zu fett“ verbunden mit einer sich aufdrängenden Furcht, zu dick zu werden. Die Betroffenen legen für sich selbst eine sehr niedrige Gewichtsschwelle fest.
d.	Umfassende endokrine Störung der Achse Hypothalamus-Hypophyse-Gonaden; sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe, bei Männern als Interessensverlust an Sexualität und Potenzverlust.
e.	Die Kriterien A. und B. für Bulimia nervosa (F50.2) werden nicht erfüllt.

Anmerkung. Differenziert wird die AN ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsreduzierung (F50.00) und AN mit aktiven Maßnahmen (F50.01). Beginnt die Erkrankung vor der Pubertät, ist die Pubertätsentwicklung beeinträchtigt.

2.2 Epidemiologie

2.2.1 Prävalenz und Inzidenz

Schulze und Kölch (Schulze & Kölch, 2020) geben eine Lebensprävalenz von 0,5-3,7% bei Kindern und Jugendlichen an. Ähnliche Zahlen sind auch bei Herpetz-Dahlmann (2022d) zu finden, hier wird eine Lebensprävalenz der Anorexie bei weiblichen Jugendlichen zwischen 0,3-2%, bei männlichen Jugendlichen 0,1-0,3% angegeben. Mädchen sind von dieser Erkrankung öfter betroffen als Jungen, im Verhältnis 10-12:1 (Lucas et al., 1999; Schulze & Kölch, 2020; Strober et al., 2006)

und mit einer Inzidenz (bei 10- bis 19-jährigen Mädchen) von 34,6 pro 100.000 Einwohner*innen (Schulze & Kölch, 2020). Der Beginn einer Anorexia ist in der Jugend zu beobachten (Salbach et al., 2010), vor allem Mädchen in der Pubertät und im jungen Erwachsenenalter sind gefährdet (Ehrlich, 2021; Salbach et al., 2010; Schulze & Kölch, 2020). Die adoleszente Anorexia nervosa stellt die dritthäufigste chronische Erkrankung in diesem Lebensabschnitt dar (Herpertz-Dahlmann, 2022a).

2.2.2 Verlauf und Prognose

Viele Betroffenen fangen mit einer Diät an oder verzichten auf zucker- und fetthaltige Lebensmittel, meist mit der Erklärung sich gesund zu ernähren. Weiters werden Veränderungen in anderen Bereichen beobachtet: Isolation, Vernachlässigung von Hobbies, eine Zunahme von ehrgeizigen Verhalten in der Schule etc. (Herpertz-Dahlmann, 2022c). So reduzieren die Betroffenen ihre sozialen Kontakte und ziehen sich schrittweise in die eigenen vier Wände zurück. Soziale Aktivitäten bereiten den anorektischen Jugendlichen großen Stress.

Je früher die Symptome einer Anorexie erkannt werden, desto eher können auch dementsprechende Maßnahmen gesetzt werden. Die Prognose bei anorektischen Jugendlichen ist im Vergleich zu erwachsenen Anorektiker*innen günstiger (Herpertz-Dahlmann, 2022c). Ein schwedisches Forschungsteam (Dobrescu et al., 2020) beobachtete über einen Zeitraum von 30 Jahren eine Menschengruppe mit Anorexia nervosa (51 Teilnehmer*innen, Zeitpunkte der Messungen waren im Alter von 16, 21, 24, 32 und 44). Diese Langzeit-Follow-up-Studie kam zum Ergebnis, dass bei Jugendlichen ein günstiger Verlauf bezüglich Mortalität und Symptomverbesserung besteht. Es wurde keine Sterblichkeit festgestellt und fast 66% der Teilnehmer*innen gaben eine vollständige Genesung von der Essstörung an. Bei jeder fünften Person dieser Gruppe wurde jedoch eine chronische Essstörung beobachtet. Im Durchschnitt litten die Betroffenen etwa 10 Jahre lang an einer Anorexie. Bezogen auf die Kernsymptomatik der Anorexie konnte bei einer Metaanalyse festgestellt werden, dass 59,6% der AN-Patient*innen wieder

ein altersentsprechendes Gewicht erreichten, bei 57% setzte wieder die Menstruation ein und 46,8% zeigten ein gesundes Essverhalten (Steinhausen, 2002). 2009 publizierte Steinhausen einen weiteren Überblick über verschiedene Längsschnittuntersuchungen in verschiedenen Altersgruppen zum Outcome und zur Prognose von Anorexia nervosa. In Bezug auf jugendliche Patient*innen zeigt sich, dass ein Beginn der Erkrankung in der Adoleszenz mit einer niedrigen Sterblichkeitsrate und mit einem günstigeren Verlauf verbunden. Dies verhält sich als Gegensatz zu einer erwachsenen Patient*innengruppe. Ein Beginn der Anorexia nervosa vor der Pubertät (kindliche Anorexie) weist jedoch auf eine ungünstige Prognose hin, dies wird auch von Herpertz-Dahlmann und ihrem Team (Herpertz-Dahlmann et al., 2018) beobachtet. Die Anorexia nervosa zählt dennoch zu den psychischen Erkrankungen mit der höchsten Mortalitätsrate im Jugendalter. Schulze und Kölch (2020) geben 6% an, Steinhausen (2002) berichtet von Werten um die 5%.

Anorexia nervosa bei Jungen sind bezüglich Krankheitsverlauf und Faktoren, die die Erkrankung auslösen oder aufrechterhalten, ähnlich vergleichbar mit den weiblichen Patientinnen (Naab et al., 2014). Geschlechtsspezifische Unterschiede werden bezüglich Idealfigur und Vorstellung von Männlichkeit wahrgenommen (Mangweth-Matzek, 2022). Anorektische, männliche Jugendliche streben einen muskulösen und athletischen Körperbau an und in der männlichen Bevölkerung sind besonders Sportler gefährdet, eine Essstörung zu entwickeln (Nagata et al., 2020). Ebenso kann erhöhte motorische Unruhe, erhöhte Leistungsorientierung und mehr Ängste in Bezug auf die Sexualität bei jungen Männern mit einer Anorexie beobachtet werden (M. M. Fichter et al., 1985). Aufgrund der Tatsache, dass in der Gesellschaft eine Essstörung noch als „weibliche Erkrankung“ angesehen wird (Spratt et al., 2022), ist die Kommunikation darüber unter männlichen Patienten zudem mit Scham behaftet. Die aktuelle Studienlage bezüglich Anorexie bei Männern und Jungen zeigt, dass dieser Bereich noch wenig erforscht ist, vor allem im Vergleich zu weiblichen Patientinnen. Auch hier wären geschlechtsspezifische neue Erkenntnisse für die Behandlung hilfreich. Dass die Amenorrhoe im ICD 11 und im DSM-5 nicht mehr in den diagnostischen

Kriterien aufgelistet wird, kann als Adaption und Erweiterung des Krankheitsbilds angesehen werden, da dieses Symptom nicht auf Jungen und auf prämenarchale Mädchen zutreffen kann (Herpertz-Dahlmann & Hilbert, 2022).

Hat eine Anorexie, die in der Adoleszenz ausbricht, auf das Erwachsenenalter Auswirkungen? Dieser Frage ging das Team um Wentz et al. (2009) nach und begleiteten 18 Jahre lang 51 Personen, bei welchen im Durchschnittsalter von 14 Jahren eine Anorexie diagnostiziert wurde. In dieser Zeit gab es keine Todesfälle, jedoch hatten 12% weiterhin eine Essstörung und 39% litten unter mindestens einer psychiatrischen Störung (Kontrollgruppe 16%). Sowohl bei einer affektiven Erkrankung (22% : 4%) als auch bei einer Zwangsstörung (16% : 0%) zeigte die Anorexie-Gruppe eine höhere Rate. Des Weiteren kam die Studie zu dem Schluss, dass eine prämorbid zwanghafte Persönlichkeitsstörung, ein junges Alter bei Ausbruch der Anorexia nervosa oder autistische Züge einen schlechten Verlauf der Erkrankung begünstigen. Somatische Folgeschäden bei einer Chronifizierung zeigen sich im Erwachsenenalter im Kleinwuchs und eine defizitäre Ausbildung der sekundären Geschlechtsmerkmale. Negative Auswirkungen wurden auf die Knochenstruktur (erhöhtes Risiko für Osteoporose), die Reproduktionsrate und die Aufmerksamkeitsfähigkeit bestätigt (siehe Herpertz-Dahlmann et al., 2011). Bei den psychischen Erkrankungen wurden im Erwachsenenalter nach einer Pubertätsmagersucht Angststörungen (vermehrt soziale Phobien) und affektive Störungen beobachtet (Steinhausen, 2002).

In industrialisierten Ländern wie Japan, Hongkong oder Singapur zeigen die Statistiken, dass Essstörungen in gleicher Anzahl vorkommen wie in den westlichen Industrieländern. In Entwicklungs- oder Schwellenländern ist das Vorkommen von Anorexie und Bulimie niedriger, ein ansteigender Trend ist jedoch zu beobachten (Manfred Fichter, 2022). Die Lebenszeit-Prävalenz für Anorexia nervosa in nicht-westlichen Ländern beträgt eine Rate von 0,002 bis 0,9% (Makino et al., 2004).

2.3 Ätiologie und wichtige Faktoren

In der Ätiologie wird derzeit von einem multifaktoriellen Modell angelehnt an das biopsychosoziale Modell (Engel, 1996) ausgegangen, welches nebst den familiären und gesellschaftlichen Einflüssen die biologischen Faktoren (Genetik, Immunologie, Mikroben, Neurologie) mehr berücksichtigt (Herpertz-Dahlmann & Hilbert, 2022; Reich, 2017). Diese neuen Erkenntnisse im Bereich der Ätiologie haben die vorhergehende Forschungslage teilweise abgelöst. Im letzten Jahrhundert war die Wissenschaft davon überzeugt, dass als primäre Ursache für die Entstehung einer Essstörung die Kernfamilie angesehen wird. Die „Academy for eating disorder“ (Le Grange et al., 2010) brachte ein Positionspaper heraus und betont damit, dass keine wissenschaftlich belegten Erkenntnisse darauf hinweisen, dass die Familie als alleinige Ursache für die Genese einer Essstörung gilt. Der aktuelle wissenschaftliche Stand weist darauf hin, dass ein längerer Hungerzustand bedeutsame Auswirkungen auf der biologischen und sozialen Ebene und somit auf den Krankheitsverlauf hat. Soziokulturelle (z.B. soziale Medien, Gesellschaftsnormen etc.) und familiäre Faktoren tragen zur Genese und zur Aufrechterhaltung der Erkrankung bei (Herpertz-Dahlmann & Hilbert, 2022). Die klassischen Störungsmodelle können derzeit die Entstehung von Essstörung nicht ausreichend und befriedigend erklären und aus aktueller wissenschaftlicher Sicht wird von einer multifaktoriellen Bedingtheit von Anorexie, Bulimie und Binge-Eating-Disorder ausgegangen (Jacobi et al., 2004).

2.3.1 Prädisponierende Faktoren

2.3.1.1 Biologische Faktoren. Welche Rolle spielt die Genetik bei dieser Form der Essstörung? Eine Übersicht geben Bulik und ihre Kolleg*innen (2019) über Untersuchungen, die sich mit dem genetischen Faktor und der Entstehung einer Anorexia nervosa beschäftigen. Sie fanden heraus, dass das Risiko um elfmal höher ist an Anorexie zu erkranken, wenn in der Verwandtschaft jemand bereits an dieser Erkrankung leidet. Die Heritabilität von Familien-, Adoptions- und Zwillingsstudien rangiert von 20% bis 50%. Interessante Impulse kommen von

genomweiter Assoziationsstudien (GWAS), die bisher 1000 Genorte gefunden haben, die im Zusammenhang mit dem Körpergewicht und der Gewichtsregulation stehen (Hirtz et al., 2021). Die Anorexie nicht ausschließlich als psychische Erkrankung zu sehen, sondern den metabolischen Aspekt miteinzubeziehen, erweitert den Definitionshorizont der Anorexia nervosa (metabo-psychiatrische Störung). So wurden acht signifikante Loci im Zusammenhang mit Anorexie gefunden. Der genetische Abdruck dieser Essstörungsform zeigt sich in einem signifikanten Zusammenhang mit psychiatrischen Erkrankungen, motorischer Aktivität und metabolischen Merkmalen (Watson et al., 2019). Welchen Einfluss der Leptinspiegel auf die Gewichtsregulation hat, wurde bei drei schwerkranken Patientinnen im off-label-use beobachtet (Hebebrand et al., 2021). So bekamen diese für 14 Tage Metreleptin und bei zwei Patientinnen reduzierte sich der Bewegungsdrang und das wiederholte Gedankenkreisen ums Essen. Ebenso nehmen die zwei Teilnehmerinnen wahr, dass ihre innere Unruhe und die Angst vor Gewichtszunahme weniger wurden. Zusätzlich erlebten alle drei Patientinnen eine Besserung der depressiven Symptomatik. Weitere Untersuchungen mit einer größeren Teilnehmeranzahl könnten neue Erkenntnisse für die Behandlung von Essstörungen bringen.

In den letzten Jahren wurde viel zum Darmmikrobiom in Zusammenhang mit Essstörungen geforscht. Das Mikrobiom spielt eine Rolle bei der Regulierung des Gewichts, bei Kognitionen und Affekte (über die Darm-Gehirn-Achse), auf der hormonellen und immunologischen Ebene und bei Entzündungsprozessen (Seitz et al., 2020). Welche Bedeutung das Darmmikrobiom bei der Entstehung oder bei der Aufrechterhaltung hat, ist bis dato nicht eindeutig belegt (Herpertz-Dahlmann, 2022b).

2.3.1.2 Soziokulturelle Faktoren. Das Auftreten von Essstörungssymptomen in gehoberen sozioökonomischen Schichten sowie in bestimmten Risikogruppen (Sportler*innen, Models) ist auffällig erhöhter (Salbach et al., 2010), wobei auch ein transgenerationaler Effekt nachgewiesen werden konnte (Ahrén-Moonga et al., 2009). Ein wesentlicher Aspekt ist, welches Bild von einem Schlankeits- und

Schönheitsideal von der Gesellschaft vermittelt wird. Die Nutzung von sozialen Medien begünstigt eine Internalisierung von Schönheitsidealen (Mingoia et al., 2017), die jedoch nicht immer ein gesundes Bild von Schlanksein vermitteln. Jugendliche, die ein Handy mit Internetzugang besitzen, verbringen einen Teil ihrer Freizeit in dieser virtuellen Welt. Ein signifikanter Zusammenhang konnte zwischen Medienkonsum, negativem Körperbild und Essstörungen gefunden werden (Holland & Tiggemann, 2016).

2.3.1.3 Familiäre Faktoren. Welche Faktoren innerhalb einer Familie können bei der Entwicklung einer Essstörung mitspielen, die keinen genetischen Ursprung haben? Komplikationen bei der Geburt wurden gehäuft von anorektischen Patient*innen geschildert (Herpertz-Dahlmann, 2022b). Ebenso ist das Risiko bei Kindern und Jugendlichen an einer Essstörung zu erkranken höher, wenn die Mütter selbst von einer Essstörung betroffen waren. Diese Kinder haben Schwierigkeiten beim Füttern und im Essverhalten und zeigten sozio-emotionale Verhaltensauffälligkeiten (Martini et al., 2020). Dies muss jedoch auch unter dem Aspekt betrachtet werden, auf welche Weise diese Parameter wirken und welche zuerst auftreten. Fallweise kann nicht mehr eingeschätzt werden, ob familiäre Faktoren wie Familienstruktur oder defizitäre Interaktionsmuster bereits vor der Erkrankung vorgeherrscht haben oder als sekundär als Reaktion der Familienmitglieder auf die Erkrankung zu interpretieren sind (Naab, 2022).

2.3.2 Auslösende Faktoren

Prädisponierende Faktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit für eine Erkrankung, jedoch spielen zusätzlich noch andere Faktoren eine Rolle bei der Frage danach, ob eine Anorexie sich entwickelt. Kritische und stressige Lebensereignisse wie Trennungen oder der Verlust einer geliebten Person, können eine Essstörung auslösen. Begünstigt wird dies zudem im Falle, dass bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, wie beispielsweise ein niedriger Selbstwert oder ein ausgeprägter Perfektionismus, bereits vor Beginn einer Anorexie vorhanden sind (Treasure & Alexander, 2014). Durch schmerzliche Ereignisse kommen

Jugendliche an ihre Bewältigungsgrenzen und fühlen sich überfordert, alleine mit kritischen Situationen zurechtzukommen. Um ihren Selbstwert zu steigern und ihre Unzufriedenheit loszuwerden, entsteht der Wunsch abzunehmen, um einem konkreten Schönheitsideal zu entsprechen. In soziale Medien werden Idealbilder von schönen, attraktiven und erfolgreichen Personen vermittelt, die bei genauer Betrachtung mit bestimmten Filtern manipuliert werden. So werden die Taille und die Hüften schmaler geformt oder die Brüste vergrößert. Auch berühmte Schauspieler*innen oder Musiker*innen nutzen möglicherweise diese Filter, um schlanker und faltenloser auszusehen. Die Pandemie hat durch die strikten Maßnahmen in den Jahren 2020 und 2021 (Lockdown, Abstandsregeln, Home-schooling etc.) ihre Spuren in der Entwicklung vieler Kinder und Jugendlichen hinterlassen. Durch den Abbruch von sozialen Kontakten und durch die Überforderungen, die schulischen Anforderungen allein bewältigen zu müssen, kam es bei vielen Jugendlichen zu Ängsten betreffend eine unsichere Zukunft. In dieser Zeit war das Internet gehäuft der einzige soziale Kontakt.

2.3.3 Aufrechterhaltende Faktoren

Leider werden Anzeichen einer Essstörung bei den Betroffenen spät erkannt. Nagl und seine Kolleg*innen (2016) fanden in einer großen deutschen Stichprobe (14-24 Jahre) heraus, dass die Hälfte der Teilnehmer*innen, bei denen eine Anorexie oder eine Bulimie diagnostiziert wurde, bereits vor dem 13. Lebensjahr Symptome aufwiesen. Die Auffälligkeiten blieben von den Eltern unentdeckt oder die Betroffenen selbst glaubten, dass es ihnen ohne fachliche Hilfe wieder besser gehen würde. Wird die Erkrankung über einen längeren Zeitraum nicht ernst genommen und nicht professionell behandelt, besteht die Gefahr einer Chronifizierung oder neuroprogressiver Veränderungen, die möglicherweise irreversibel sind (Treasure, Stein & Maguire, 2015). Kriterien für eine schwere und anhaltende Anorexie sind eine länger als drei Jahre andauernde Erkrankung, mindestens zwei erfolglos evidenzbasierte Behandlungen und ein weiterhin

vorherrschendes restriktives Diätverhalten und Untergewicht (Herpertz-Dahlmann, 2022b).

2.3.4 Risikofaktoren

Eine gute Übersicht über psychosoziale Risikofaktoren für Anorexia nervosa gibt folgende Tabelle 5 (Fittig & Jacobi, 2022; Salbach et al., 2010, S. 40-41):

Tabelle 5

Psychosoziale Risikofaktoren für Anorexie

Geburt	Weibliches Geschlecht; nichtasiatische Ethnizität; Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt
Kindheit	Alter (Adoleszenz bis frühes Erwachsenenalter); gesundheitliche Probleme; wählerisches Essverhalten, Symptome der Anorexia nervosa in der Kindheit; Schwierigkeiten beim Füttern, Konflikte und Kämpfe um das Essen; Adoption und Pflegeerziehung; Schlafprobleme; überbehüteter Erziehungsstil; kindliche Schlafstörung; kindliche Angststörung; zwanghafte Persönlichkeitsstörung; sexueller Missbrauch; hohes Maß an Einsamkeit und Schüchternheit
Jugend	Übermäßige Sorgen über Figur und Gewicht/ Diätverhalten; Neurotizismus, Akkulturation; übertriebenes Sporttreiben; körperdysmorphe Störung, Zwangsstörung; ein höheres Niveau an risikobehafteten persönlichen, diätbezogenen und Umgebungsfaktoren (z.B. Sportarten und Berufsgruppen, negativer Selbstwert, Perfektionismus)

2.4 Symptomatik

In der Literatur wird oft das „Minnesota-Starvation-Experiment“ von Keys, Brozek und Henschel aus den 40er Jahren als Ausgangslage herangezogen. Die Untersuchung befasste sich mit der Fragestellung darum, welche Auswirkungen ein Hungerzustand auf die psychische und physiologische Ebene hat. Es wurden 36 Männer rekrutiert, die den Kriegsdienst aus unterschiedlichen Gründen verweigerten und sich freiwillig zur Teilnahme an einem Experiment meldeten. Im Untersuchungszeitraum waren die Männer zusätzlich verpflichtet, jede Woche 15 Stunden im Labor mitzuhelfen, 22 Meilen zu absolvieren und 25 Stunden and

Bildungsangeboten teilzunehmen. Die ersten drei Monate bekamen die Teilnehmer eine Ernährung mit ca. 3200 Kalorien pro Tag. Danach wurde die Essensmenge auf die Hälfte (1570 Kalorien) für sechs Monate reduziert. Anschließend fand die eingeschränkte Rehabilitationsphase von drei Monaten statt, in welcher die Männer 2000 bis 3200 Kalorien zu sich nehmen durften. In den letzten acht Wochen wurde die uneingeschränkte Rehabilitationsphase eingeleitet, in der die Teilnehmer keine Kalorieneinschränkungen hatten. Es wurden die physiologischen und psychischen Veränderungen von den Forschern beobachtet und die Teilnehmer mussten ein Tagebuch führen. Die Ergebnisse zeigten, dass die Phase der „Semistarvation“ eine große Auswirkung auf den menschlichen Organismus hatte. Äußerlich war die Gewichtsabnahme sichtbar durch ein hageres Erscheinungsbild. Die Teilnehmer gaben signifikante Schwierigkeiten in ihrer Kraft und ihrer Ausdauer an. Ebenfalls wurde eine Abnahme von Körpertemperatur, Herzfrequenz und des Sexualinteresses wahrgenommen. Das Verhalten der Teilnehmer veränderte sich dahingehend, dass sie sich täglich mit dem Thema Essen beschäftigten. Diese erhöhte Beschäftigung mit dem Thema Essen äußerte sich darin, dass die Gruppe vermehrt über Essen sprachen, träumten und fantasierten. Die Männer klagten über Erschöpfung, eine erhöhte Reizbarkeit, depressive Verstimmung und apathisches Verhalten (Dulloo, 2021; Kalm & Semba, 2005). Die Ergebnisse von damals gaben Einblick, was ein Hungerzustand mit dem Organismus macht. Einige Schlüsse aus dem Experiment von Keys, Brozek und Henschel dienen weiterhin einem besseren Verständnis der Anorexie. Eine eingeschränkte Nahrungsaufnahme oder ein längerer Hungerzustand kann sich auf psychischer als auch auf körperlicher Ebene negativ auswirken.

2.4.1 Psychische Symptome

Da der Verlauf bei vielen Betroffenen schleichend erfolgt, bleiben manche Verhaltensweisen für die Eltern der anorektischen Jugendlichen länger unbemerkt. Zuerst verzichten die Betroffenen auf zucker-, fett- und

kohlenhydrathaltige Nahrungsmittel, mit der Begründe auf eine gesündere Ernährung umzusteigen. Dabei werden Obst, Vollkornprodukte, Diät-Nahrungsmittel, vegane oder vegetarische Lebensmittel bevorzugt. Herpertz-Dahlmann (2022c) nennt Primärsymptome, die sich bei Kindern und Jugendlichen dadurch zeigen, dass sie vermehrt Interesse haben an der Zusammensetzung und dem Kaloriengehalt von Nahrungsmitteln. Weiters werden Hauptmahlzeiten vermieden oder verweigert. Die Nahrungsmittel werden in „gesunde“ und „nicht gesunde“ unterschieden und häufig werden Gewichtskontrollen durchgeführt. Neben der Unzufriedenheit über das Aussehen, nehmen Rückzug als auch traurige und depressive Verstimmungen zu. Es ist eine ausgeprägte motorische Unruhe und Leistungsorientierung zu beobachten. Bei den Mädchen kommt es zu einer primären oder sekundären Amenorrhö.

Patient*innen mit einer Anorexie zeigen ein pathologisches Essverhalten. Sie beschäftigen sich intensiv mit den Themen Ernährung und Figur. Die Nahrungsmittel werden in „gutes und schlechtes Essen“ unterteilt. Essenssituationen belasten viele Betroffene mit einer Anorexie, auch die Zeit davor und danach. Patient*innen erzählen, dass eine innere Stimme ihnen befehle, dass sie nicht essen dürfen. Dieses Symptom muss jedoch von akustischen Halluzinationen („Stimmen hören“), die bei schizophrenen Störungsbildern vorkommen, unterschieden werden (Herpertz-Dahlmann, 2022d). Im Verhalten können die Eltern beobachten, dass die betroffenen Jugendlichen sich öfters am Tag wiegen, sich mit anderen Personen in den sozialen Medien vergleichen und zunehmend Hobbies und soziale Aktivitäten vermeiden (Herpertz-Dahlmann & Hilbert, 2022). Sorgen treten bei Eltern auf, wenn gemeinsame familiäre Aktivitäten wie gemeinsames Abendessen oder Kinobesuche nicht mehr möglich sind und die Jugendlichen sich vermehrt depressiv, ängstlich und zwanghaft zeigen. Viele entwickeln ein zwanghaftes ritualisiertes Essverhalten im Laufe der Erkrankung. Dies zeigt sich anhand einer langsamen Essgeschwindigkeit, in der Einteilung der Lebensmittel in „erlaubt“ und „verboten“ oder indem die Patient*innen das Essen in viele kleine Teile zerteilen (Jaite et al., 2021).

Ein anderes Kernsymptom bei der Anorexia nervosa ist die Körperbildstörung. Die Betroffenen nehmen ihren Körper verzerrt wahr und erleben den Brust-, Hüft- und Bauchbereich überproportional. In ihrer Metaanalyse beschäftigen sich Cash und sein Kollege Deagle (1997) mit den Themen Körperbild und Essstörungen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass essgestörte Patient*innen eine größere Unzufriedenheit mit ihrem Körper aufwiesen als die Kontrollgruppe. Weiters basiert die verzerrte Körperwahrnehmung nicht auf sensorischen Defiziten.

Bei magersüchtigen Patient*innen kann eine ausgeprägte Selbstwertproblematik (Jaite et al., 2021) beobachtet werden. Zu Beginn dieser Erkrankung haben viele den Wunsch abzunehmen, um einem Schönheitsideal zu entsprechen. Da soziale Medien zum Alltag von vielen Jugendlichen gehört, werden sie ständig mit perfekten Fotos von perfekten Menschen gefüttert (Instagramm, Facebook, Tiktok etc.). Oft vergleichen sich Patient*innen mit anderen Jugendlichen im Internet und fühlen sich zu dick. Wenn sie es schaffen, abzunehmen, empfinden sie ihre Disziplin als etwas, worauf sie stolz sein können. Aus dem Umfeld kommen diesbezüglich auch positive Rückmeldungen und dies wiederum bestätigt die anorektischen Jugendlichen in ihrem Vorgehen und motiviert sie, mehr an Gewicht zu verlieren.

Konflikte zu Hause und im Freundeskreis sind zu Beginn einer Anorexie nicht selten. Eine radikale Gewichtsabnahme löst in der Familie und im Freundeskreis Sorgen und Ängste aus. Da Patient*innen die Magersucht häufig abstreiten, entstehen Konflikte zwischen den betroffenen Personen und deren Umfeld. Dies führt dazu, dass die Betroffenen selbst sich vermehrt zurückziehen oder die sozialen Kontakte zu Gleichaltrigen einschränken. Durch die Starvation wird auch die sexuelle Entwicklung gebremst. Magersüchtige Jugendliche zeigen kein sexuelles Interesse und verpassen durch die Erkrankung wichtige soziale und sexuelle Erfahrungen in der Pubertät zu machen (Jaite et al., 2021).

Der Starvationszustand bewirkt, dass Jugendliche sich depressiv, hoffnungslos und leicht irritierbar wahrnehmen können (Jaite et al., 2021). Im Akutzustand sind vermehrt depressive Symptome zu beobachten, die durch eine Gewichtsrestitution weniger werden (Herpertz-Dahlmann, 2022a). Falls sich die

depressive Verstimmung auch nach Erreichen eines altersgemäßen Gewichts nicht ändert, kann dies auf eine Komorbidität hinweisen.

Bei vielen anorektischen Patient*innen ist ein extremer Drang nach Perfektionismus und eine hohe Bewertung von Leistung zu beobachten (Salbach et al., 2010). Sie verbringen viel Zeit mit Lernen und es ist ihnen wichtig, gute Noten zu schreiben. Ihr eigener Anspruch an sich selbst und bezüglich Essen und Idealfigur ist sehr hoch (Herpertz et al., 2022).

Bei manchen Jugendlichen mit einer Anorexie ist ein erhöhter Bewegungsdrang zu beobachten. Einige treiben exzessiven Sport oder versuchen jede Möglichkeit zu nutzen, um sich zu bewegen. Vielen beschreiben es als Zwang, dass sie sich bewegen müssen (Dittmer et al., 2021; Herpertz-Dahlmann, 2022d).

2.4.2 Körperliche Veränderungen

Die meisten körperliche Veränderungen sind direkte Auswirkungen aufgrund des Gewichtsverlusts (Ehrlich, 2021). Medizinisch als gesundheitsgefährdend eingestuft werden Patient*innen, wenn sie viel Gewicht in kurzer Zeit abnehmen und wenn sie jünger sind. Viele Patient*innen verzeichnen auch einen Stillstand bei der körperlichen Entwicklung in der Pubertät (Herpertz-Dahlmann, 2022d). Aus medizinischer Sicht wird besonders auf die Elektrolyt- und Phosphat-Werte und Herzfrequenz geachtet. Bei anorektischen Patient*innen vom Binge-/ Purge-Typ sind Veränderungen in der Dehydration und im Elektrolyt-Haushalt gravierend. Untenstehend eine grobe Zusammenfassung der körperlichen Veränderung und möglichen Komplikationen (P. Otto, 2022, S. 32):

Tabelle 6

Körperliche Veränderungen

ZNS	Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Synkopen, Hirnatrophie
Blut	Anämie, Thrombozytopenie, Elektrolyte
Herz	Blutdruck ↓, Bradykardie, Palpitationen, Arrhythmien
Haut	Leichte Verletzbarkeit, trockenes Hautbild (schuppig), Lanugobehaarung, Akrozyanose
Niere	Nierensteine, Nierenversagen
Gastrointestinaltrakt	Meteorismus, Obstipation

Hormone	Amenorrhö, Schilddrüsenhormone ↓, Kortisol ↑
Muskeln	Muskelschwäche
Knochen	Osteoporose, Osteopenie
Haare	Haarausfall

Es wird an dieser Stelle auf die vertiefende Literatur von Herpertz et al. (2022) und Herpertz-Dahlmann und Hilbert (2022) verwiesen.

Veränderungen auf der endokrinologischen Ebene haben bei Kindern und Jugendlichen (im Vergleich zu Erwachsenen) einen gravierenden Effekt auf den Reifungsprozess. Auswirkungen sind auf der Hypophysen-Gonaden-Achse (FSH↓, Östrogen ↓, Androgene ↓, LH Pulsatilität ↓), Hypophysen-Nebennierenrinde-Achse (Cortisol ↑, DHEAS ↔), Hypophysen-Schilddrüsen-Achse, bei Wachstumshormonen (GH-Resistenz) und bei appetit-regulierende Hormonen (Leptin ↓, Ghrelin ↑, PYY ↓) zu beobachten. Der Rückgang von Östrogen und Androgene bewirkt, dass Jugendliche ein geringeres sexuelles Interesse aufbauen bzw. es zu einer Stagnation in der psychosexuellen Entwicklung kommt. Der Abfall von Leptin-Werten hat negative Konsequenzen für die Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Eine Mangel an Calcium und Vitamin D kann bei Jugendlichen das Risiko einer Osteoporose erhöhen (Herpertz-Dahlmann & Hilbert, 2022). Bei anorektischen Kindern und Jugendlichen mit einem chronischen Verlauf, wird ergänzend darauf hingewiesen, dass das Längenwachstum gebremst wird. Sollte ein Normalgewicht wieder erreicht werden und falls die Erkrankung nicht über einen längeren Zeitraum besteht, kann das Wachstum durchaus wieder angeregt werden (Herpertz-Dahlmann et al., 2018). Besonders bei jungen Patient*innen ist bei längerer Starvation auf die Auswirkung auf den Knochenaufbau zu achten, weil sie dadurch einem erhöhten Frakturrisiko ausgesetzt sind. Eine Normalisierung der Knochenstruktur ist umso wahrscheinlicher, wenn Patient*innen die Erkrankung in der wachstumsaktiven Phase unter Kontrolle haben.

Auf der neurologischen Ebene ist im Kinder- und Jugendalter auf die „Pseudoatrophia cerebri“ (Reduktion von grauer und weißer Substanz) zu achten, da aufgrund eines hohen Gewichtsverlusts die Konzentration- und

Gedächtnisfunktionen stark beeinträchtigt sind. Jugendliche im schulischen und Ausbildungskontext belastet dies sehr, da Lernsituationen auf diese Weise für sie noch anstrengender sind. Langzeitstudien weisen darauf hin, dass die Substanzreduktion bei Erwachsenen bei Gewichtsrestitution reversibel ist, die bisherige Studienlage bei Adoleszenten ist hingegen nicht so eindeutig. Es wird befürchtet, dass die neuronalen Veränderungen im Jugendalter schwerwiegender sind als im Erwachsenenalter (Herpertz-Dahlmann & Hilbert, 2022). Eindrücklich sind im Vortrag von Frau Herpertz-Dahlmann (2022a) die Gehirn-Scans einer anorektischen Patientin im Alter von 13 und 17 Jahren. Nach 4 Jahren Erkrankung ist eine schwer ausgeprägte Hirnatrophie (Verlust von Hirnsubstanz) bildgebend zu erkennen. Neurologische Untersuchungen fanden bei erwachsenen Anorexie-Patient*innen eine Tendenz zur Überfokussierung (Aufmerksamkeits-Bias) für essstörungsspezifische Reize, Defizite in der kognitiven Flexibilität und zentrale Kohärenz als auch signifikante Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung. Eine Aufmerksamkeitsverzerrung führt dazu, dass Betroffene sich übermäßig mit körper- und essensbezogenen Themen beschäftigen (siehe Minnesota-Experiment) und dies zur Aufrechterhaltung der Erkrankung beiträgt. Eine schwach ausgeprägte zentrale Kohärenz stellt einen kognitiven Stil dar, in dem mehr auf Details geachtet und eine ganzheitliche Informationsverarbeitung vernachlässigt wird. Im Akutstadium einer Anorexie zeigen sich auffällige Defizite in der Theory of Mind (ToM). Es fiel den Betroffenen schwer, die Perspektiven anderer Personen zu erkennen und sich mental in andere Personen hineinzusetzen. Bei Kindern und Jugendlichen verbessert sich die allgemeine Verarbeitungsgeschwindigkeit nach Erreichen einer Gewichtsstabilisierung (Schulte & Konrad, 2022). Die Auswirkungen auf die Hirnstrukturen und Gehirnwachstum ist noch nicht gänzlich erforscht und es benötigt dringend vertiefende Forschungen dazu.

2.5 Diagnostik

Eine ausführliche medizinische Abklärung beinhaltet sowohl eine körperliche Untersuchung (Körpergröße, Gewicht, Hautbild, Behaarung, Zahnstatus, Speicheldrüsenschwellung) sowie Laboruntersuchungen (Blutbild, Blutzuckerhaushalt, Unverträglichkeiten, Hormonstatus, Elektrolyte, EKG, Vitaminhaushalt, Abklärung Morbus Crohn, MRT etc.). Detaillierte zusätzliche medizinische Untersuchungen können bei Schulze und Kölch (2020) nachgelesen werden. Neben diesen Untersuchungen ist die Anamnese ein wichtiges diagnostisches Instrumentarium, um die Symptome zu erfragen. Die Krankengeschichte sollte sowohl von den Eltern als auch von dem*der Jugendliche*n erhoben werden (Herpertz-Dahlmann & Hilbert, 2022). Welche Informationen relevant für die Diagnosestellung sind, wird von Herpertz-Dahlmann & Hilbert (2022, S. 33) mittels der folgenden Tabelle dargestellt:

Tabelle 7

Anamneseerhebung

a.	Der Zeitpunkt erster Auffälligkeiten und des primären Gewichtsverlustes
b.	Prämorbidetes Gewicht
c.	Die Höhe des Gewichtsverlustes in welchem Zeitraum dies stattfand
d.	Bei Mädchen: Der Zeitpunkt und das Gewicht, bei welchem die Menstruation sistierte.
e.	Die Ernährungsmenge an den letzten Tagen vor der Behandlung
f.	Die Einnahme von Laxantien und selbst induziertes Erbrechen
g.	Somatische Symptome (Synkopen, Schwindel, Kältegefühl, „Schlappheit“, Schlafstörungen, Konzentrationsfähigkeit)
h.	Psychische Veränderungen (traurige Stimmung, häufiges Weinen, Rückzug, Aggressivität, Zwänge, Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten)
i.	Krankheitseinsicht

In der Psychodiagnostik gibt es Interviewverfahren und Fragebogenverfahren, die sowohl den Eltern als auch den Jugendlichen zum Ausfüllen gegeben werden können. Es geht bei der psychologischen Diagnostik um die Erhebung von

Essstörungssymptomen. Auffälligkeiten im Essverhalten, kompensatorische Verhaltensweisen, Krankheitsbeginn und Verlauf, Essstörungspathologien (z.B. Körperbildstörung), allgemeine Psychopathologien (Ängste, Selbstwert, depressive Anzeichen) und Aufrechterhaltungsfaktoren. Einen guten Überblick über essstörungsspezifischen Verfahren geben Meule und Hilbert (2022). Die gängigsten Verfahren sind EDI-2 (Eating Disorder Inventory), EDE-Q (Eating Disorders Examination) und SIAB-S (Strukturiertes Inventar für Anorektische und Bulimische Essstörungen). Zur Abklärung von Komorbiditäten können ergänzend Verfahren zur depressiven Symptomatik, zu Zwängen, zu Ängsten und zur Persönlichkeit herangezogen werden. Von der Durchführung einer Leistungsdiagnostik wird in einem akuten Starvationszustand abgesehen, außer es besteht der Verdacht, dass die Symptomatik mit einer schulischen Überforderung im Zusammenhang steht (Schulze & Kölch, 2020).

2.5.1 Differentialdiagnostik

Eine Gewichtsabnahme oder eine reduzierte Nahrungsaufnahme bedeutet nicht, dass es sich um eine Anorexie handelt. Sowohl medizinische als auch klinisch-psychologische Diagnostik sind indiziert, um ein klares Krankheitsbild zu erhalten. Gewichtsverlust tritt auch bei anderen psychischen Störungsbildern wie Depression, Angst, Zwangsstörung, ARFID (avoidant-restrictive food intake disorder) oder beim Missbrauch von illegalen Substanzen auf (Neale & Hudson, 2020). Ebenfalls muss aus dem medizinischen Bereich bei Erkrankungen des Darms (z.B. entzündliche Darmerkrankungen, Zöliakie, Malabsorptionssyndrom, Diabetes, Morbus Addison), bei Systemerkrankungen (z.B. Schilddrüsenfunktionsstörungen, systemischer Lupus Erythematodes, Malignitäten, Infektionen) oder iatrogenen Krankheitsbildern (z.B. Appetitlosigkeit aufgrund von Nebenwirkungen der Medikamente) differenziert werden (Neale & Hudson, 2020). Herpertz-Dahlmann (2022c) fügt weiters an, dass bei der „Störung mit Vermeidung und Einschränkung der Nahrungsaufnahme“ (ARFID) der Unterschied zur Anorexia nervosa darin liegt, dass die betroffenen Patient*innen

keine Körperschemastörung thematisieren und meistens jünger sind. Sie fallen in der Kindheit dahingehend auf, dass sie weder auf Nahrung fokussiert sind oder eine sensorische Überempfindlichkeit beim Essen angeben.

2.6 Psychiatrische Komorbiditäten

Das Erscheinungsbild der Anorexie löst bei Eltern und Fachkräften viele Befürchtungen, Ohnmacht und Hilflosigkeit aus. Oft werden dadurch komorbide psychische Störungsbilder übersehen. Komorbiditäten sind bei Essstörungen eher die Regel als die Ausnahme (Treasure et al., 2010). Die häufigsten Komorbiditäten im Jugendalter sind Angststörungen (Sozialphobie, Trennungsangst), affektive Störungen, Zwangserkrankungen und Suchterkrankungen – wobei die letztangeführte häufiger beim Binge/ purge-Typ zu finden sind (Herpertz-Dahlmann, 2022a). Für das Behandlungskonzept ist es wichtig auch diese psychischen Erkrankungen nicht außer Acht zu lassen. Einen Überblick über Komorbiditäten bei Jugendlichen mit einer Anorexie geben Swanson und ihr Team (2011): Angsterkrankungen 20-60% (Soziale Phobien 20-55%, Trennungsangst 17-66%), Affektive Störungen 15-60%, Zwangserkrankungen 20-40%, Suchterkrankungen 8-18%. Weiters werden auch selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität bei dieser Patient*innengruppe beobachtet. In der Diagnoseerstellung ist es hilfreich genauer zu explorieren, ob die Befürchtungen der betroffenen Jugendlichen begrenzt sind auf die Themen von Essen, Gewicht und Körper oder auch andere Bereiche tangieren (Schweiger, 2022). Bei älteren Jugendlichen werden zunehmend beginnende komorbide Persönlichkeitsakzentuierungen wahrgenommen. Bei vielen Patient*innen können ein erhöhter Drang zum Perfektionismus, Vermeidungsmotivation, erhöhte Sensibilität für Belohnungen, eine geringe Extravertiertheit und ein kontrolliertes Verhalten als Ausdruck von Selbstbestimmung betrachtet werden. Es konnten Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und Essstörungstypen festgestellt werden. Eine vermeidende und zwanghafte Persönlichkeitsstörung wurde am häufigsten beim restrikten Anorexie-Typ und

bei Patient*innen mit einer Binge-Eating-Disorder nachgewiesen. Borderline und paranoide Persönlichkeitsstörungen stehen eher in Zusammenhang bei einer Anorexie mit einem purging- oder binge-eating-Verhalten, bei Bulimie und bei Essstörungen, die nicht näher spezifiziert sind (Farstad et al., 2016). Diese Metaanalyse bezieht sich auf Studien, die sowohl Erwachsene als auch Jugendliche erfassten. Die Berücksichtigung von Persönlichkeitsmerkmalen kann in der Behandlung von Essstörungen hilfreich sein.

2.7 Behandlung der Anorexie

Die Behandlung einer Anorexia nervosa bei Jugendlichen soll laut NICE-Empfehlungen (NICE National institute for health and care excellence, 2017) folgende Aspekte beinhalten: Psychoedukation über das Krankheitsbild; Gewichtsrestitution, multidisziplinäre Zusammenarbeit und Einbeziehen der Familienmitglieder. Die S3-Leitlinien (Herpertz et al., 2019, S. 78) definieren folgende Behandlungsziele in einer Behandlung einer Anorexie:

Tabelle 8

Behandlungsziele Anorexia nervosa

a.	die Wiederherstellung und das Halten eines für Alter und Größe angemessenen Körpergewichts
b.	eine Normalisierung des Essverhaltens
c.	die Behandlung körperlicher Folgen von Essverhalten und Untergewicht
d.	die Beeinflussung der dem Störungsbild zugrunde liegenden Schwierigkeiten auf emotionaler, kognitiver und interaktioneller Ebene
e.	eine Förderung der sozialen Integration, die oft mit einem „Nachholen“ verpasster Entwicklungsschritte verbunden ist

In ihrem Vortrag im Rahmen des Essstörungskongress 2022 in Alpbach, fasst Martina de Zwaan (2022) die wichtigsten Aspekte in der Therapie von Essstörungen zusammen: Früherkennung, Diagnose, Differentialdiagnose, Komorbidität, medizinische Diagnostik und Komplikationen, Motivation zur Therapie, Psychotherapie, medikamentöse Behandlung, Selbsthilfe (für Betroffene und Familienangehörige). Vor Beginn einer Psychotherapie ist eine medizinische und klinisch-psychologische Abklärung unabdingbar, besonders um körperliche

Folgeschäden zu minimieren, Komorbiditäten zu eruieren und Differentialdiagnosen auszuschließen. Darauf aufbauend fällt die Entscheidung, welches Behandlungssetting (stationär, tagesklinisch, ambulant) für den*die betroffene*n Patient*in geeignet ist. Reich (2017) empfiehlt, wenn in den ersten drei Behandlungsmonaten keine Verbesserungen im Essverhalten und keine Gewichtszunahme stattfinden, dass ein stationärer Aufenthalt in Betracht gezogen werden sollte. Kriterien, die eine stationäre Aufnahme bei Kindern und Jugendlichen befürworten sind nach Reich (2017, S. 36):

Tabelle 9

Kriterien für eine stationäre Aufnahme

a.	Anhaltender oder rapider Gewichtsverlust (> 20% über 6 Monate)
b.	Gravierendes Untergewicht (BMI unterhalb der 3. Altersperzentile)
c.	Anhaltender Gewichtsverlust oder unzureichende Gewichtszunahme über 3 Monate (bei Kindern und Jugendlichen früher) trotz ambulanter oder tagesklinischer Behandlung
d.	Schwere Binge- /Purging-Symptomatik und/oder exzessiver Bewegungsdrang
e.	Körperliche Gefährdung oder Komplikationen
f.	Ausgeprägte psychische Komorbidität, Suizidalität
g.	Soziale oder familiäre Einflussfaktoren, die einen Gesundungsprozess stark behindern
h.	Geringe Krankheitseinsicht
i.	Überforderung im ambulanten Setting

Herpertz-Dahlmann (2023) nennt vier Säulen einer Essstörungstherapie. Informationen zum Krankheitsbild, Ernährungstherapie und Gewichtsrestitution fasst sie dabei als eine Säule zusammen. Weiters beinhaltet die Therapie von Essstörungen eine psychotherapeutische Behandlung, Familienarbeit und die Berücksichtigung von Komorbiditäten.

Bei schwerwiegendem Essverhalten und einem gravierenden Untergewicht kann eine nasogastrale Sondierung sinnvoll sein, um einerseits den Gewichtsverlust zu stoppen und andererseits betroffenen Patient*innen den Druck zu nehmen, sich den schwierigen Essenssituationen zu stellen.

Im Rahmen der somatischen Rehabilitation muss auf das Auftreten eines Refeeding-Syndroms (Auffütterungssyndroms) geachtet werden, welches bei

Kindern und Jugendlichen vorkommen kann. Unter diesem Syndrom werden eine Sammlung von Symptomen bezeichnet, die bei Patient*innen mit einer Alters-BMI-Perzentile unter 14 auftauchen können, wenn mit einer regelmäßigen Ernährung wieder begonnen wird. Durch eine erhöhte Energiezufuhr nach einem längeren Hungerzustand kann der Organismus sich nicht so schnell umstellen. Es kommt zu Verschiebungen von Flüssigkeiten und Elektrolyten zwischen dem Extrazellulären- und Intrazellulärenraum. Die Symptome können vielfältig sein und reichen von Herzinsuffizienz, schwere Infekte bis hin zu neurologischen Auffälligkeiten. Patient*innen mit einem Refeeding-Syndrom klagen über Ödeme oder Schmerzen im Bewegungsapparat. Deshalb ist darauf zu achten, dass die Nahrungszufuhr nicht rapide gesteigert wird, sondern moderat angepasst wird unter Zuhilfenahme von engmaschigerer Kontrolle vom Elektrolythaushalt, des Blutdrucks und der Herzfrequenz. Eine zusätzliche Aufnahme von Phosphat über die Mahlzeiten wird ebenfalls empfohlen (Friederich et al., 2022). Das Risiko eines Refeeding-Syndroms bei Patient*innen mit einem milden oder moderaten Untergewicht scheint äußerst gering zu sein (Garber et al., 2016). Auch Otto (2022) konnte aufgrund ihrer bisherigen pflegerischen Tätigkeit bestätigen, dass sie bei Patient*innen mit einem BMI > 14 kg/m² kaum Symptome eines Refeeding-Syndrom beobachten konnte.

Herpetz-Dahlmann (2022a) weist in ihrem Vortrag dringlich auf den Zeitfaktor hin und appelliert, dass nicht zu viel Zeit vergehen darf, bis eine Behandlung gestartet wird. Bis die Patient*innen im medizinischen oder psychotherapeutischen Bereich vorstellig werden, können Monate vergehen. Wenn der gesamte Organismus über einen längeren Zeitraum unterversorgt ist, kann es neben den körperlichen Folgeerscheinungen auch zu neurologischen Veränderungen kommen. Bestehen die Symptome einer Anorexie über einen Zeitraum von drei Jahren, ist das Risiko einer Chronifizierung der Erkrankung und neuronaler Schäden höchst wahrscheinlich.

Ein ausschlaggebender Faktor für den Behandlungsverlauf ist besonders bei dieser Patient*innengruppe die Motivation zur Therapie. Meist stehen die Betroffenen einer Behandlung ambivalent gegenüber und sind nicht bereit für

Veränderungen (Bruch, 1998). Anorektische Jugendliche erleben durch den Gewichtsverlust eher positive Rückmeldungen aus dem Umfeld und fühlen sich im Selbstwert gestärkt. Zudem entwickeln sie ein Gefühl der Stärke, wenn sie diszipliniert gefastet oder trainiert haben. Dies aufzugeben erscheint für viele Betroffenen nicht nachvollziehbar und auch teilweise nicht notwendig. Die Problematik der Gewichtsabnahme wird negiert und sogar „umgedreht“ – für Betroffene entsteht der Eindruck, die Eltern übertreiben oder aber die Risiken der Erkrankung werden bagatellisiert. Hierbei zeigt sich die mangelnde Krankheitseinsicht und Ich-syntone Anteile der Erkrankung. Elemente von motivierenden Gesprächsführungen können dabei hilfreich sein, damit die Betroffenen eine Krankheitseinsicht entwickeln oder die Notwendigkeit einer Behandlung vermittelt wird (Price-Evans & Treasure, 2011).

In Deutschland und in Österreich werden aktuell keine Medikamente zur Behandlung von Anorexie zugelassen. Bisher gibt es keine wissenschaftlichen Studien dazu, dass Medikamente in der Behandlung einer Anorexie signifikant wirksam sind (Zeeck & Herpertz, 2016). Der Einsatz einer medikamentösen Behandlung findet im Off-label-Use bei Jugendlichen (bei bestimmten Medikamenten) unter medizinischer Aufsicht und mit vorhergehender Aufklärung und Einholen des Einverständnisses durch die Erziehungsberechtigten und der Jugendlichen statt. In den S3-Leitlinien (Herpertz et al., 2019) wird die Gabe von Antipsychotika mit Vorsicht gesehen. Eine Wirkung wird bei Olanzapin nicht auf die Kernsymptome der Anorexia nervosa gesehen, sondern es hat einen geringen Effekt auf eine zwängliche Symptomatik und Gedankenkreisen. Auch die Gabe von Antidepressiva ist bei Kindern und Jugendlichen in einer Starvationsphase nicht zu empfehlen. Herpertz-Dahlmann (2022a) meint dazu, dass eine Gewichtszunahme die depressive und zwängliche Symptomatik verbessern kann und eine medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva erst ab der 10 BMI-Altersperzentile als hilfreich betrachtet wird. Bestehen auch nach einer Gewichtsrestitution weiterhin depressive Symptome, wird laut S3-Leitlinien für den Kinder- und Jugendbereich ein Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer empfohlen.

Reich (2017) fasst diese in seinem Fazit folgendermaßen zusammen:

Insgesamt besteht die Herausforderung für die Behandlung von Essstörungen darin, das besondere Entwicklungsalter, die Wechselwirkung zwischen physiologischen, psychischen und interpersonellen Problemen sowie die Dynamik im familiären Umfeld zu berücksichtigen und hierbei die Gratwanderung zwischen notwendiger Konfrontation und Förderung von Autonomie zu wahren. (S. 69)

3 Adoleszenz

3.1 Entwicklungsaufgaben

Welche Meilensteine müssen Jugendliche in der Adoleszenz bewältigen? An dieser Stelle stellt sich zuerst die Frage, wann die Adoleszenz als solche beginnt. Die Adoleszenz wird als Lebensspanne zwischen Kindheit und Erwachsenenalter gesehen. Es werden drei Phasen unterschieden (Steinberg, 2005; zitiert nach Oerter, 2008). Die „frühe Adoleszenz“ setzt ungefähr zwischen 10 und 13 Jahren ein. Ein Jugendlicher in der „mittleren Adoleszenz“ ist zwischen 14 und 17 Jahren alt. Von der „späten Adoleszenz“ wird gesprochen, wenn der Pubertierende sich zwischen 18 und 22 Jahren befindet.

Bezüglich der Entwicklungsaufgaben wird die Beschreibung von Corey herangezogen, die bereits seit der Erstellung 1946 ihre Gültigkeit hat (zitiert nach Streeck-Fischer, 2014, S. 17):

Tabelle 10

Entwicklungsaufgaben Adoleszenz

a.	körperliche Veränderungen vom ursprünglichen kindlichen zum erwachsenen Körper bewältigen
b.	Ablösung von den Eltern
c.	neue Beziehungen zu Gleichaltrigen aufbauen und sexuelle Bedürfnisse in Beziehungen integrieren
d.	Selbstvertrauen und ein neues Wertesystem entwickeln
e.	eine soziale und berufliche Identität gewinnen

Werden diese Schritte von den Jugendlichen unzureichend gemeistert bzw. werden die Jugendlichen vom Umfeld darin wenig unterstützt, können Entwicklungsstörungen auftreten. Die körperlichen Veränderungen (Körperbehaarung, sekundäre Geschlechtsmerkmale, Hautunreinheiten etc.) schränken sowohl Mädchen als auch Jungen in ihrem Alltag ein. In diesem Zusammenhang erwähnt Streeck-Fischer (2014), dass viele Pubertierende von Depersonalisationserlebnissen berichten. Sie fühlen sich im eigenen Körper fremd und sind sehr unzufrieden mit ihrem äußeren Erscheinungsbild. In der Loslösung von den Eltern geht es um das Streben nach Autonomie und darum, selbst

Entscheidungen zu treffen. Oft sind viele Jugendlichen mit dem Erwerb von Eigenständigkeit auch gleichzeitig überfordert und sehnen sich nach der familiären Versorgung. In der Adoleszenz wird die Peergroup zunehmend wichtiger als die eigene Familie. Auch die Gestaltung von sexuellen Beziehungen scheint für viele problembehaftet zu sein. Dieser Prozess erscheint den Jugendlichen wie eine Gefühlsachterbahn, während sie auf der Suche sind nach der eigenen geschlechtsspezifischen Identität. Die Jugendlichen von heute stehen vor vielen neuen Herausforderungen. Bezugnehmend auf die neuen technologischen Errungenschaften, die Globalisierung, die Bedeutung der sozialen Netzwerke (Instagram und Facebook), den Klimawandel oder den medizinischen Fortschritt. Auch die Pandemie oder der Ukrainekrieg hat bei vielen Jugendlichen Angst und Verunsicherungen hervorgerufen. In all dieser Schnellebigkeit und der wechselnden Strukturen versuchen die Jugendlichen ein stabiles Wertesystem aufzubauen. In der letzten zentralen Entwicklungsaufgabe handelt es sich um die Identitätsentwicklung. Der heranwachsende junge Mensch beschäftigt sich mit seiner eigenen Identität, seiner Herkunft, seinem zukünftigen Ich und seinem Platz in der Gesellschaft.

Die Adoleszenz ist eine sehr sensible Entwicklungsphase. Es geht um eine Loslösung vom primären Bezugssystem und eine Entwicklung einer eigenständigen Autonomie. Dies kann gefährdet werden, wenn Erwachsene oder Elternteile das Ausprobieren oder das Abschirmen des Pubertierenden als „Ablehnung“ gegen sich selbst deuten und sich selbst gekränkt zurückziehen. Dies kann dazu führen, dass der Adoleszente sich in seiner Experimentierphase allein gelassen fühlt und wenig Halt erfährt. Diese Entwicklungsphase erfordert von Eltern, dass sie den nötigen Freiraum ihrer Kinder respektieren und ihnen gleichzeitig vermitteln, dass sie sich auf stabile Bezugspersonen verlassen können. Die elterliche Präsenz schafft einen sicheren Ort, in welchem Jugendliche ihre Selbstständigkeit ausprobieren können (Delfos, 2015). Für vertiefende Auseinandersetzung mit der Bindungsforschung wird die Publikationen von John Bowlby (1975) oder Mary Ainsworth (2007) empfohlen. Im deutschsprachigen

Raum haben sich zudem besonders Karin oder Klaus Grossmann (2011) und Karl Heinz Brisch (2008) intensiv mit diesem Themengebiet beschäftigt.

Nebst dem Wegfall der Eltern als Stützfunktion, gibt Streek-Fischer (2014) weitere Aspekte an, die zu einer krisenhaften Entwicklung führen können. Als „blockierte Adoleszenz“ wird erachtet, wenn Jugendliche einen Entwicklungsstopp haben, wie zum Beispiel durch eine Magersucht (dies wird in den folgenden Kapiteln genauer beleuchtet). Mit einer „forcierten Adoleszenz“ meint Streek-Fischer 12- bis 14-jährige Mädchen und Buben, welche bereits den älteren Jugendlichen angehören möchten und im Zuge dessen mit legalen und illegalen Substanzen experimentieren. Weitere Risikofaktoren für eine krisenhafte Entwicklung können eine massive Destabilisierung der psychischen Strukturen, Kriminalität, selbstverletzendes Verhalten, Gewalterfahrungen, Kontakt mit legalen und illegalen Substanzen etc. sein.

Riediger und Kepper (2017) fanden einen Zusammenhang zwischen traumatisierten Adoleszenten und eine höhere Wahrscheinlichkeit für Entwicklungsblockierung. Jugendliche mit Gewalterfahrungen oder traumatischen Erfahrungen in der Kindheit beschreiben in der Adoleszenz einen Verlust des Kohärenzerlebens und Brüche im Körperselbst. Die Anorexie kann in diesem Zusammenhang auch als Entwicklungsstopp gesehen werden, da es aufgrund der Unterversorgung der körperlichen Funktionen zu einer „Notfallversorgung“ des Körpers kommt. Dies hat sowohl neurologische, psychische als auch physische Auswirkungen – vor allem dann, wenn dieser Mangelzustand über einem längeren Zeitraum besteht.

3.2 Spezifische Aspekte in der psychotherapeutischen Arbeit mit Jugendlichen aus der Sicht der Gestalttherapie

Im Gegensatz zur therapeutischen Arbeit mit Kindern, die vermehrt durch das Spielen geprägt ist, braucht es in der Zusammenarbeit mit Jugendlichen einen differenzierten Zugang. Badier (2017) formuliert die folgenden Herausforderungen, welche in der Adoleszenz auftreten:

Der Jugendliche dagegen muß seine Kindheit verlieren, um sich dem Neuen und seiner Unabhängigkeit durch Erweiterung des Feldes zuzuwenden. Er erlebt die Transformation seiner Körperlichkeit in der Pubertät. Er muß seine Aggressivität verwirklichen, sich Normen geben und sie integrieren und seine destabilisierte Persönlichkeitsfunktion im Verlauf dieser Übergangsperiode festigen. (S. 956)

Dieser Übergang vom Kind zum Erwachsenen stellt Jugendliche vor neue Herausforderungen. Kurt Lewin (2012) beschreibt dies unter Berücksichtigung der Feldtheorie: Jugendliche, da sie nicht mehr der Kindergruppe angehören möchten und gleichzeitig von der Erwachsenengruppe nicht ernst genommen werden, entsprechen einer „Randpersönlichkeit“ (S. 180). Deswegen ist auch deren Zugehörigkeit unsicher. Der Feldbegriff, der ursprünglich in der Physik und der Wahrnehmungspsychologie genutzt wurde, wird von Lewin auf den sozialen Lebensraum ausgeweitet. „Das Handeln des Individuums spielt sich in einem raum-zeitlichen Feld ab. Alle Handlungen in diesem Feld stehen in Beziehung der Wechselwirkung zueinander“ (Blankertz & Doubrawa, 2017, S. 68-69).

Baulig und Baulig (2002) sind der Meinung, dass „der Blick auf das jeweils selbstbestimmte Eigene, indem das Gefühl, ernst genommen zu werden, eine zentrale therapeutische Rolle spielt“ (S. 216). An dieser Stelle wird deutlich, dass unter der Berücksichtigung der Entwicklungsaufgabe „Autonomie“ einen wichtigen Stellenwert für die Beziehungsbasis zwischen Psychotherapeut*in und Jugendlichen einnimmt. McConville (2012) beschreibt das Verhältnis zwischen Psychotherapeut*in und Betroffenen folgendermaßen:

Das heißt für Therapeuten, die mit Jugendlichen arbeiten, dass sie mit ihren Klienten einmal als Einzelpersonen interagieren müssen, auf intimster Ebene der Subjektivität, dann wieder von dieser Ebene völlig ausgeschlossen sind und mit ihren Interventionen nur noch die soziale

Umgebung beeinflussen und gestalten können, in der sich die Klienten verhalten und ihre subjektive Erfahrung Gestalt annimmt. (S. 126)

Wie bereits zuvor thematisiert, befinden sich Jugendliche in ihrem Streben nach Selbstständigkeit in einem Zustand, in welchem all das bisherige Wertesystem der Eltern oder des Erwachsenen in Frage gestellt wird. Durch eine eigene Jugendsprache oder durch einen neuen Kleidungsstil, um auch die Zugehörigkeit einer Gleichaltrigengruppe mehr zu betonen, werden die Abgrenzungen zur Erwachsenenwelt auf der Suche nach ihrer eigenen Identität sichtbarer. Eine skeptische Haltung oder Ablehnung gegenüber den Psychotherapeut*innen ist somit etwas ganz Natürliches. Besonders dann, wenn die Jugendlichen nicht in einem freiwilligen Kontext zur Therapie erscheinen. Eine dialogische Haltung bewirkt, dass sich Jugendliche mit ihrer Skepsis wahrgenommen und angenommen fühlen. Staemmler (2009) beschreibt die dialogische Haltung treffend:

Sie ist geprägt vom Respekt vor der Einzigartigkeit und Andersartigkeit des anderen Menschen, dessen Würde zu achten und zu schützen uns fast noch wichtiger ist als das Engagement, mit dem wir uns darum bemühen, ihn in seiner jeweiligen Erfahrungswelt zu verstehen. (S. 21)

In diesem Zusammenhang erweisen sich die Worte von Buber (2006) als passend, da hier nochmals die Ganzheit, die unmittelbare Begegnung und das Vorbehaltlose betont wird:

Die Beziehung zum Du ist unmittelbar. Zwischen Ich und Du steht keine Begrifflichkeit, kein Vorwissen und keine Phantasie; ..., da es aus der Einzelung (sic) in die Ganzheit stürzt. Zwischen Ich und Du steht kein Zweck, keine Gier und keine Vorwegnahme; . . . Alles Mittel ist Hindernis. Nur wo alles Mittel zerfallen ist, geschieht Begegnung. (S. 12)

Baulig und Baulig (2002) schlagen für eine gute Basis in der Zusammenarbeit mit Adoleszenten vor, dass anfangs der Auftrag gemeinsam mit den Jugendlichen erarbeitet wird. Dieser Prozess soll ihnen vermitteln, dass die Therapeut*innen auf der Seite der jugendlichen Klient*innen stehen und an einer Zusammenarbeit interessiert sind.

Oaklander (2016) führt aus ihrer langjährigen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen an, dass vielen Pubertierenden die Bereitschaft zu einer Introspektion der Problemanalyse schwerfällt. Die Bewusstheit oder ein tieferes Gewahrsein stellt Oaklander im Zusammenhang mit der Entwicklung von Selbstständigkeit und der autonomen Sicht der eigenen Existenz gleich. Über die Arbeit an der Eigenständigkeit entwickeln die Jugendlichen die Fähigkeit, ihre Gefühle auszudrücken. Dazu brauchen die Heranwachsenden Zeit, um über Dinge zu sprechen, die sie beschäftigen und Unterstützung dabei, sich aktiv damit auseinanderzusetzen. Hierbei setzt Oaklander viele kreative Medien (Malen, Arbeit mit Ton, Bilderbücher, Handpuppen etc.) ein, um an der Stärkung des Selbst zu arbeiten.

McConville (2012) bezieht Kurt Lewins Entwicklungstheorie mit ein, der die Feldtheorie in der Wechselwirkung der adoleszenten Entwicklung und Verhaltensweisen berücksichtigt. Drei wichtige Parameter werden erwähnt: Die Erweiterung, die Differenzierung und die Veränderung der Strukturierung des Lebensraumes eines Adoleszenten (Lewin, 2012). Die Aufgabe der Psychotherapeut*in sieht McConville (2012) darin, die Entwicklungsprozesse des Jugendlichen zu unterstützen und die Blockaden oder Unterbrechungen zu hinterfragen. Nicht jedoch als Krankheitssymptom, das beseitigt werden muss, sondern vielmehr die Frage, welches Entwicklungspotential entstehen kann. Dazu braucht es „Neustrukturierung von Feldern, Erfahrungen, Verhalten und Beziehungen“ (S. 142). McConville berichtet, dass ihn die Symptome oder Verhaltensauffälligkeiten eher sekundär interessieren, primär fokussiert er sich auf das „mit einer gewissen Entwicklungsspanne angereicherte Feld“ (2012, S. 142). Um Entwicklungsveränderungen bei Jugendlichen zu unterstützen, benötigt es ein Feld, das angemessenen Herausforderungen und Hilfestellungen offeriert. Sein

direkter Appell an Jugendpsychotherapeut*innen lautet: „Lokalisierung des Symptomverhalten im Kontext eines sich entwickelten Feldes und Ausrichtung der Interventionsstrategien auf das Feld als sich entwickelndes Ganzes.“ (McConville, 2012, S. 151-152). Dies bedeutet ebenso für die Psychotherapeut*innen, sich im weiteren Verlauf mit den Eltern und dem Bezugssystem auseinanderzusetzen.

3.2.1 Arbeit mit dem Bezugssystem

Im Gegensatz zur Psychotherapie mit Erwachsenen ist der Einbezug von Eltern und Familienangehörigen ein wichtiger Bestandteil in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Parlett (1997) beschreibt es treffend mit der Berücksichtigung der Feldtheorie: „As gestalt practitioners, we never really work with ‚just an individual‘ because human beings always exist within system of relationship.“ (S. 16). Er fordert ein, dass dies zusammen als einheitliches Feld („unified field“) gesehen werden muss, weil es Verbindungsnetzwerke zwischen Person und Situation, Selbst und Andere, Organismus und Umwelt, Individuum und Gemeinschaft darstellt. Kinder und Jugendliche sind noch eng in ein familiäres System eingebettet. Während die Eltern mit neuen Lösungswegen das Entwicklungspotential ihrer Kinder aus einem anderen Blickwinkel betrachten können, verhält es sich bei Adoleszenten anders. In der Zusammenarbeit mit Jugendlichen und dem Bezugssystem wird darauf fokussiert, die Position des Adoleszenten zu erkennen und konstruktive Umgangsformen miteinander zu entwickeln (Baulig & Baulig, 2002; Oaklander, 2016). Oaklander (2016) fügt noch folgende Aspekte hinzu:

die Möglichkeit, die Kommunikationsfertigkeiten einzuschätzen, das Ausmaß der Konfluenz, die Rollen der einzelnen Familienmitglieder (die sie aus eigenem Antrieb übernehmen und die ihnen zugeschrieben werden), das Artikulieren von Wünschen und Bedürfnissen, Hindernisse, der Ausdruck von Gefühlen (und die Möglichkeiten, diesen zu unterstützen), das

Erkennen der Botschaften hinter dem, was tatsächlich gesagt wird, usw. (S. 139-140)

Hierbei kann der Kontaktzyklus als nützliches Instrumentarium herangezogen werden, um den Eltern die Konfliktsituationen zwischen ihnen und ihren heranwachsenden Sprösslingen zu erklären. Votsmeier-Röhr und Wulf (2017) erläutern in ihrem Werk ausführlich den Kontaktzyklus und die Kontaktunterbrechungen. In Bezug auf die Kinder und Jugendlichen führen sie an, dass bei Kontaktversuchen, im Rahmen derer nicht ausreichend Stützfunktionen vorhanden sind, dies durchaus in Kontaktunterbrechung resultieren kann. „Die Gefährdung der Ich-Grenze und damit der Identität und Existenz der Person“ (S. 95) lösen Angstzustände bei Kindern und Jugendlichen aus, die sie aufgrund ihrer Entwicklung noch nicht ausreichend regulieren können. Gerade in der Pubertät zeigen sich Jugendliche risikobereiter oder versuchen mit Mutproben, ihre Peergruppe zu beeindrucken. Hier verweisen Votsmeier-Röhr und Wulf (2017) nochmals auf die Bedeutung der Familie: „Diese Erfahrungen sind jedoch nur möglich durch den stützenden Hintergrund, die die Erwachsenenwelt zur Verfügung stellt, welcher Schutz vor Überforderung gewährleistet und Halt gibt bei dem unausweichlichen Erleben von Scheitern und Misserfolgen und somit Adäquatheit ermöglicht“ (S. 96).

Thiel (2018) betont aus der Sicht der Integrativen Gestalttherapie, dass neben der Einzelarbeit mit dieser Zielgruppe auch die Elternarbeit nicht unterschätzt werden darf. Dies erfordert von den Psychotherapeut*innen auch die Begleitung und Stärkung der Eltern, ohne die Position der Parteilichkeit für das Kind zu verlassen. „Die Anerkennung und der Respekt vor der elterlichen Leistung ist ein unbedingter Teil der Kindertherapie“ (Thiel, 2018, S. 430). Auch verlangt es von Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen, dass sie als „Übersetzer*innen“ fungieren. Dabei sollen sie im Elterngespräch bestimmte Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen erklären, und somit zu einem besseren Verständnis innerhalb der Beziehung zwischen Eltern und Kind beitragen.

4 Psychotherapie Anorexia nervosa

Welche Psychotherapieformen sind für eben diese Erkrankung geeignet? Eine Metaanalyse aus dem Jahre 2018 (Zeeck et al.) kommt zu dem Schluss, dass keine spezialisierte Behandlung der Anorexie langfristig einer anderen spezialisierten Behandlung überlegen ist. Die Analyse folgert weiters, dass in den Behandlungsansätzen zwischen jugendlichen und erwachsenen Patient*innen unterschieden werden muss. Es zeigte sich in der Durchsicht der Studien bei anorektischen Jugendlichen, dass der familienbasierte Ansatz dominiert. Die Anzahl von anderen Behandlungsmodellen war jedoch sehr klein, sodass dadurch kein Vergleich gezogen und daher auch keine Aussagen über Validität und Wirksamkeit gemacht werden konnten. In einer Studie von Lock et al. (2010) wurde die familienbasierte Behandlung mit einer auf Jugendliche ausgerichtete Psychotherapie bei anorektischen Patient*innen (12-18 Jahren) verglichen. Beide Behandlungsmethoden führten zu erheblichen Verbesserungen bei den Jugendlichen und waren zum Behandlungsende ähnlich wirksam. Es zeigte sich, dass die familienbasierte Therapie (FBT) schneller wirkt, jedoch die Patient*innen, die in einer Einzeltherapie waren, in der Nachbeobachtungszeit mehr an Gewicht zunahmen.

In den S3-Leitlinien (Herpertz et al., 2019) werden nach Durchsicht randomisiert-kontrollierte Studien explizit keine speziellen Psychotherapierichtungen in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen empfohlen. Es wurde eine nachgewiesene Wirksamkeit bei familienbasierten Ansätzen gefunden, jedoch wurde kein signifikanter Unterschied zu anderen psychotherapeutischen Schulen festgestellt. Im angelsächsischen Raum (Großbritannien, USA, Kanada, Australien, Neuseeland) wird die familienbasierte Therapie (family based treatment, FBT) seit über 30 Jahren als wirksame Methode angesehen und viele Studien belegen einen guten Effekt auf die Behandlung bei Jugendlichen (Stiftung Charite, 2023). Diese Therapieform wird für ambulante Patient*innen mit einer Essstörung bis 18 Jahren empfohlen. Das FBT-Behandlungsmanual wird in 3 Phasen unterteilt, dabei wird die gesamte Familie miteinbezogen: In der ersten

Phase bekommen die Eltern die Verantwortung für das Essensmanagement des Kindes, bis ein gesundes Gewicht erreicht ist. In der zweiten Phase liegt der Fokus darauf, dass die Jugendlichen schrittweise die Eigenverantwortung über das Essen wieder übernehmen und von der Familie im Umgang damit unterstützt werden. In der letzten Phase werden individuelle und jugendrelevante Themen behandelt (Le Grange et al., 2021). Die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Salzburg startet ein Pilotprojekt und bietet die familienbasierte Therapie in Österreich an (Uniklinikum Salzburg, 2023). Insgesamt sind Aussagen über die Wirksamkeit von familienbasierten Therapieverfahren im Zusammenhang mit anorektischen Jugendlichen eingeschränkt. Aufgrund von methodischen Defiziten (Fehlen einer unbehandelten Kontrollgruppe) erweist sich ein Vergleichen als schwierig (Salbach et al., 2010).

Wichtiger Faktor zu Beginn der Psychotherapie ist eine gute therapeutische Allianz mit den betreffenden Patient*innen und den Bezugspersonen. Auch die AWMF-S3-Leitlinien (Herpertz et al., 2019) betonen die Wichtigkeit einer guten therapeutischen Beziehung zu Beginn der Behandlung. Meistens kommen die Jugendlichen nicht freiwillig, oft sind es die besorgten Eltern, die den Weg zu den Fachkräften suchen. Mädchen und Jungen mit einer Anorexie sind oft einer Behandlung ambivalent gegenüber und auch nicht bereit, ihr Essverhalten zu ändern. Ebenfalls fällt es ihnen schwer, über die Gefühle oder Gedanken zu sprechen, die in essbezogenen Situationen auftreten. Zudem muss berücksichtigt werden, dass aufgrund des Untergewichtes die Patient*innen Beeinträchtigungen in der kognitiven Leistungsfähigkeit und vermehrt ein rigides und depressives Verhalten zeigen. Durch die Verminderung der Energiezufuhr ist die Fähigkeit zur Krankheitseinsicht, Therapiemotivation und Mitarbeit in einem psychotherapeutischen Kontext begrenzt (Treasure, Zipfel et al., 2015). In einer akuten Hungerphase zeigen sich die Patient*innen im Denken stark eingeeengt und rigid, psychotherapeutische Interventionen sind in einem stark ausgeprägtem Starvationszustand nur begrenzt effektiv. Dabei ist es jedoch nicht ausgeschlossen, dass anorektische Patient*innen mit einem niedrigen BMI

dennoch ausgezeichnete schulische Leistungen erbringen können (Schulte & Konrad, 2022).

Viele anorektische Patient*innen nehmen ihre Erkrankung als „ich-synton“ wahr, konkreter bedeutet dies, dass die Ziele der Essstörung im Einklang mit den Zielen der Patient*innen stehen. Oft werden Ratschläge oder Hinweise von Eltern und Freund*innen abgelehnt, da die Betroffenen die Problematik nicht sehen oder bagatellisieren.

Liechti und Liechti-Darbellay (2020) können aus ihrer psychotherapeutischen Arbeit mit anorektischen Patient*innen unterschiedliche Phasen wahrnehmen, die in variabler Länge ablaufen und/ oder sich wiederholen. Vor Beginn einer Psychotherapie ist eine ausführliche Diagnostik und medizinische Untersuchung unbedingt notwendig, um andere Erkrankungen auszuschließen und den Status quo des körperlichen und seelischen Zustands zu erfassen. In Tabelle 11 werden die Phasenprozesse (angelehnt an das 3-Phasen-Modell nach Howard et al., 1993) dargestellt (Liechti & Liechti-Darbellay, 2020, S. 243).

Tabelle 11

Phasenprozesse Anorexie

	Ziel des Phasenprozesses
Diagnostik und Abklärungen	Diagnostik, Differenzialdiagnostik, somatische Abklärungen, Indikationsstellung
Phase der Remoralisierung	Arbeitsbündnis herstellen, Exploration des Problemsystems, Auftragsklärung, Organisation eines Therapiesystems
Phase der Remediation	Exposition mit Gewichtszunahme und Körperwahrnehmung, Verbesserung der Symptomatik (Gewichtszunahme, Preis: vermehrt Panik)
Phase der Rehabilitation	Selbstmanagement und Autonomiestabilisierung, verbessertes Funktionsniveau

Dieses Modell beinhaltet das Wissen der Bindungstheorie (siehe Ainsworth, 2007; Bowlby, 1975; Brisch, 2008) und interpretiert das gestörte Essverhalten als verzweifelte Suche nach Sicherheit, wobei das Grundgefühl Angst diese Suche antreibt. Das Therapiesystem dient dabei als sogenannter sicherer Hafen, sowohl

für die betroffenen Patient*innen als auch für die überfordernden Eltern, um Entlastung und Neuorientierung zu vermitteln.

Ein weiterer Aspekt darf in der psychotherapeutischen Behandlung nicht unterschätzt werden: die Körperschemastörung. Patient*innen mit einer Anorexie haben eine verzerrte Wahrnehmung in Bezug auf ihren eigenen Körper. Sie finden sich zu dick und fokussieren sich besonders auf den Bauch, Schulterbereich und die Oberschenkel. In einigen sozialen Plattformen, die eine pro-Ana-Haltung befürworten, nehmen Jugendliche an speziellen Selbstexperimenten teil. In diesem Kontext gibt es unter anderem den Wettbewerb, wie viele Münzen in der Mulde vom Schlüsselbein Platz haben oder wie groß der Abstand zwischen den Oberschenkel im Stehen ist. Dabei unterschätzen die Jugendlichen, dass in den sozialen Medien auch mit bestimmten Filtern oder Fotobearbeitungsprogrammen das Aussehen nach Belieben geändert werden kann und viele fotografierte Personen oftmals nicht der Realität entsprechen (Fumi, 2022; Philipp & Truttmann, 2022). In der Auseinandersetzung mit dieser Erkrankung ist es umso wichtiger, die Rolle der sozialen Medien nicht zu unterschätzen. Heutzutage besitzen viele Jugendliche ein internetfähiges Handy und soziale Medien (Tik Tok, Snapchat, Instagram etc.) gehören zum jugendlichen Alltag dazu. In Bezug auf die Pathologie der Körperbildstörung fanden Manfred Fichter et al. (2006) in ihrer Untersuchung heraus, dass auch nach Erreichen eines gesunden Essverhalten und eines stabilen Gewichts die betroffenen Patient*innen weiterhin eine pathologische Einstellung bezüglich Körperbild und Schlankheitsideal aufwiesen.

In diesem theoretischen Abschnitt wird nicht auf die Erklärungsmodelle der unterschiedlichen Psychotherapieschulen eingegangen, da es den Rahmen dieser Masterthesis sprengen würde (Conte & Mione, 2016; Liechti & Liechti-Darbellay, 2020; Reich & Boetticher, 2019; Reich & Cierpka, 2010). Des Weiteren soll der Fokus der vorliegenden Arbeit auf die Integrative Gestalttherapie gelegt werden.

5 Integrative Gestalttherapie und Jugendliche mit einer Anorexie

Die Integrative Gestalttherapie entwickelte sich aus den Theorien und den Konzepten der klassischen Gestalttherapie (Fritz Perls, Laure Perls, Paul Goodman) und beinhaltet auch die Erweiterungen zum Beispiel von Hilarion Petzold (2003a) und Erving und Miriam Polster (1977) auf dem europäischen Kontinent. In Österreich ist die Integrative Gestalttherapie ein anerkanntes psychotherapeutisches Heilverfahren mit einem phänomenologisch-hermeneutischen Ansatz (Neumayr, 2016). Der Mensch wird als untrennbare Einheit (Körper, Seele, Geist) gesehen und steht mit seinem ökologischen und sozialen Umfeld in Verbindung. Konzepte der Gestalttheorie, Feldtheorie und beziehungstheoretischen Ansätze spielen in der Integrativen Gestalttherapie eine wesentliche Rolle. Diagnostik und psychotherapeutisches Arbeiten folgen einem phänomenologischen, feldbezogenen und ganzheitlichen Vorgehen, geschehen im direkten dialogischen Beziehungsgeschehen und werden in einem kontinuierlichen Prozessverlauf gesehen (Klampfl & Hochgerner, 2022).

5.1 Konzepte und Grundpositionen der Integrativen Gestalttherapie

Im Folgenden werden wichtige Theorien der Integrativen Gestalttherapie vorgestellt, die in der psychotherapeutischen Arbeit im klinischen Bereich von Relevanz sein können. Die folgende Vorstellung erhebt nicht den Anspruch an einer vollständigen Auflistung und die Länge der Beschreibungen gibt keine Auskunft über den Stellenwert wieder.

5.1.1 Kontakt – Kontaktgrenze – Kontaktprozess – Figur und Hintergrund

In der Gestalttherapie nimmt das Figur-Hintergrund-Prinzip eine wesentliche Rolle ein und wird zur Erklärung von Erfahrungsprozessen herangezogen (Gremmler-Fuhr, 2017b). Votsmeier-Röhr und Wulf (2017) beschreibt diesen Vorgang folgendermaßen:

Wahrnehmen ist ein Prozess, bei dem eine Figur im Vordergrund sich von einem Hintergrund abhebt, wie eine Rose vor einer Hauswand. Dieser Prozess wird auch Gestaltbildung bezeichnet. Je deutlicher die Figur sich vom Hintergrund abhebt – eine rote Rose hebt sich vor einer weißen Hauswand stärker und prägnanter ab als vor einer roten Hauswand – desto prägnanter wird die Gestalt als Ganzes erlebt. (S. 49)

Die Gestaltbildung kann unterschiedlich erfolgen. Manchmal kann sich eine Figur klar vom Hintergrund unterscheiden, ein anderes Mal erscheint die Figur diffus und unklar. Auch mehrere Figuren können auftauchen oder nur Teile einer Figur sind erkennbar. Das Wechselspiel von Figur und Hintergrund bildet den Aspekt der Bedeutungsbildung heraus. Gremmler-Fuhr (2017b) meint dazu: „Wenn wir menschliches Handeln verstehen wollen, müssen wir also sowohl nachvollziehen, was jeweils zur Figur und was zum Hintergrund wird, als auch welche Bedeutung diese speziellen Differenzierungen für uns haben.“ (S. 354)

Als Kontakt ist in der Gestalttherapie der Austauschprozess zwischen einem Organismus und der Umwelt oder zu sich selbst gemeint. Als Kontaktgrenze wird die Fähigkeit gesehen, dass der Organismus sich selbständig gegenüber der Umwelt behaupten kann und dabei gleichzeitig auf seine eigenen Bedürfnisse geachtet wird (Blankertz & Doubrawa, 2017). Perls, Hefferline und Goodman (2019) beschreiben diesen Grundbegriff in der Gestalttherapie folgendermaßen: „Jeder Kontaktprozeß (sic) ist eine Einheit aus Bewußtheit (sic), Bewegungsreaktion und Gefühl – eine Kooperation der sensorischen, muskulären und vegetativen Systeme; und der Kontaktprozeß (sic) geschieht an der Grenze im Feld von Organismus/ Umwelt“ (S. 61). Diese Definition berücksichtigt nicht, dass der Organismus nicht separat von der Umwelt existiert und wird von Gremmler-Fuhr (2017b, S. 360) präzisiert: „Kontakt ist jede Art von lebendiger Wechselbeziehung im Organismus-Umweltfeld, bei der eine Kontaktgrenze zwischen Organismus und Umweltfeld entsteht, über die ein Austausch stattfindet.“

Der Begriff „Gestalt“ wird in der Integrativen Gestalttherapie als „ganzheitliches Erfahrungsphänomen oder als dynamische Einheit einer sich stets wandelnden Form verstanden.“ (Neumayr, 2016, S. 20)

Perls, Hefferline und Goodman (2019) teilen den Kontaktprozess in Vorkontakt, Kontaktaufnahme, Kontaktvollzug und Nachkontakt ein. Der Vorkontakt wird folgendermaßen beschrieben: „Der Körper ist Hintergrund, das Verlangen oder der Umweltreiz ist die Figur. Dies ist das, was als ‚Gegebenes‘ oder als Es der Situation bewußt (sic) ist, da sich dann in seine Möglichkeiten diversifiziert.“ (Perls, Hefferline und Goodman, 2019, S. 251) Durch einen Stimulus oder ein Bedürfnis wird der Organismus im Vorkontakt aktiviert (Dreitzel, 2004). Bei der Kontaktaufnahme wechseln die Positionen von Figur und Hintergrund. Die Erregung des Verlangens tritt in den Hintergrund und ein Objekt wird zur Figur und tritt hervor. Die zweite Phase dient dem Organismus zur Orientierung und Umgestaltung. Dabei werden alle Sinne, der Verstand und analytische Funktionen mobilisiert, um die Figur des Interesses in den Vordergrund zu rücken. In der Phase des Kontaktvollzugs gelangt der Organismus nach der Auseinandersetzung und Begegnung mit etwas Neuem (Figur) zu einer Berührung und zu einer Verschmelzung mit diesem (Dreitzel, 2004). Perls, Hefferline und Goodman (2019) beschreiben dies mit folgenden Worten: „Alle Kontrolle löst sich, Wahrnehmung, Bewegung und Gefühlsregungen wirken spontan und einheitlich zusammen. Die Bewußtheit (sic) ist am prägnantesten in der Figur des Dus“ (S. 252). Mittels Loslassens, Offenheit, Fallenlassen und bedingungslosem Vertrauen ist der Organismus mit der Figur ganzheitlich vereint, befindet sich im Hier-und-Jetzt und sogleich ist die Kontaktgrenze durchlässig, um Neues aufnehmen zu können. Ein Gefühl von Sättigung, Befriedigung oder Erfüllung stellt sich im Organismus ein (Dreitzel, 2004). Perls und seine Kollegen (2019) sprechen in der Phase des Kontaktvollzugs davon, dass nur durch „Spontaneität (sic) und Absorbiertheit“ (S. 270) das Selbst sich spürt und die Interaktion zwischen Organismus und Umwelt in einer tieferliegenden Einheit fühlt. In der letzten Phase, im Nachkontakt, ist Wachstum geschehen, mit dem Neuen hat sich der Organismus auseinandergesetzt und es transformiert: „Größenwachstum, Wiederherstellung,

Reproduktion, Verjüngung, Assimilation, Lernen, Erinnerung, Gewohnheit, Imitation, Identifikation“ (Frederick S. Perls et al., 2019, S. 274) und stellen eine schöpferische Anpassung des Individuums dar. Das Energielevel des Organismus beruhigt sich langsam, der Abstand zwischen Umwelt und Selbst wird wieder bewusst und die Kontaktgrenze verändert seine Durchlässigkeit (Dreitzel, 2004).

Der Kontaktzyklus mit seinen vier Phasen wurde durch die Cleveland School weiterentwickelt zu einem „Gestaltzyklus des Erlebens“ (Gremmler-Fuhr, 2017b). Dabei werden die einzelnen Phasen differenzierter betrachtet und in Empfindung, Bewusstheit, Energie, Handlung, Kontakt, Lösung und Abschluss unterteilt. Zu Beginn wird vom Organismus eine Sinneserregung (Sehen, Hören, Riechen, Berühren, Schmecken) wahrgenommen, die ihm Informationen aus dem Organismus-Umweltfeld liefern. Daraus ergibt sich eine Figur und gleichzeitig eine Abgrenzung zur Umwelt. Die Bewusstheit befasst sich mit Gedanken, Gefühlen, Vorstellungen, Einstellungen, Theorien oder Interaktionen. Im nächsten Schritt kommt es zu einer Erhöhung von Erregung und Energie, die eine klare Figur herausbildet. Die Energie wird für die Handlung genutzt, damit sich der Organismus mit der Umwelt auseinandersetzen kann. In der Phase des Kontaktes kommt es zu einem Austauschprozess zwischen Organismus und Umwelt, ähnlich des „Kontaktvollzugs“ im Kontaktzyklus. Nach dem Kontakt kommt die Lösung des Organismus vom Kontakterleben. Hierbei kommt es zur Verarbeitung und Bedeutung des Erlebten. In der letzten Phase (Abschluss) lenkt der Organismus seine Aufmerksamkeit weg von der Figur und die Grenzen zwischen Organismus und Umwelt erfüllen ihren Zweck.

Unterbrechungen im Kontaktzyklus, unabhängig vom Stadium, führen dazu, dass das Individuum misstrauisch gegenüber den ursprünglichen Bedürfnissen wird und versucht diese zu steuern (Perls et al., 2019). Auf körperphysiologischer Ebene wird zum Beispiel die Atmung gestoppt, die Zähne zusammengebissen, Muskeln angespannt. Dennoch tritt das Verlangen wieder auf, auch wenn dies auf Körperebene gehemmt wird. Dadurch wird der Körper zur Figur und das Selbst wird zum Hintergrund. Bei länger andauernder, unbewusster Unterdrückung kommt es dann schließlich laut Perls et al. (2015) zu einem Verdrängungsprozess.

Kontaktunterbrechungen können in der Beziehung des Individuums zu einem Objekt im Feld, oder zu anderen Subjekten und zu sich selbst stattfinden (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017). Kontaktunterbrechungen zeigen sich in unterschiedlichen Formen: Introjektion, Projektion, Retroflexion, Deflexion oder Konfluenz (Gremmler-Fuhr, 2017b; Perls et al., 2019; Polster & Polster, 1977). Bei der Introjektion wird Fremdes ohne Überprüfung und Verarbeitung durch die Person übernommen. Die übernommenen Werte, Handlungen oder Einstellungen verbleiben als Fremdkörper im Organismus. In einer Projektion werden unerlaubte Aspekte von einem Selbst abgelehnt und sie der Umwelt zugeschrieben. Konfluenz bedeutet, dass eine Abgrenzung des Individuums zu anderen oder zum Umfeld nicht ausreichend gelingt. Der Organismus orientiert sich mehr an den Wünschen im Außen und die eigenen Bedürfnisse werden nicht genügend angenommen. Wenn eine Person jeglichen Kontakt mit dem Umfeld vermeidet oder beschränkt, kommt es zu einer Deflexion. Empfindungen und Bewusstheit werden auf einem niedrigen Level gehalten. Retroflexives Verhalten bedeutet, dass Impulse nicht nach außen, sondern gegen sich selbst gelenkt werden (Klampfl & Hochgerner, 2022). Gremmler-Fuhr (2017b) weist auf die Verwendung des neutralen Begriffs „Kontaktfunktion“ anstatt „Kontaktunterbrechung“ hin. Im Sprachgebrauch werden Unterbrechungen eher mit Störungen, Vermeidung oder Widerstand assoziiert. Auch wenn der*die Klient*in den Kontakt unterbricht, so bleibt er*sie dennoch mit etwas anderem (negative Gefühle, Vorstellungen etc.) bewusst oder unbewusst in Kontakt.

5.1.2 Ganzheitsprinzip und ganzheitliches Selbst

In der Integrativen Gestalttherapie spielt das Ganzheitsprinzip eine wichtige Rolle und definiert den Menschen als „eine Ganzheit oder untrennbare Einheit von Körper, Geist und Seele“ (Neumayr, 2016, S. 21), der unmittelbar und kontinuierlich mit seinem Umfeld (Organismus-Umweltfeld) verflochten ist.

„Das Selbst ist die Kontaktgrenze in Bewegung“, schreibt Dreitzel (2004, S. 41). Demnach ist das Selbst keine psychische Instanz, sondern wird in einer

dynamischen Auffassung gesehen, da der Organismus ständig in Kontakt oder Austausch mit etwas ist. Eine Unterteilung der Funktionen des Selbst wird in der folgenden Tabelle angeführt (Dreitzel, 2004, S. 41):

Tabelle 12

Die drei Funktionen des Selbst

Ich-Funktionen	= das sind die Fähigkeiten, mit denen wir uns die Umwelt aneignen
Es-Funktionen	= das sind unsere Triebe, Bedürfnisse und Interessen, die den Kontaktprozess antreiben
Persönlichkeitsfunktionen	= das sind unsere Identifikationen und Lebenserfahrungen

Sind diese Funktionen gestört, neigt das Individuum zur Selbstabwertung oder zur Selbstüberschätzung. Kommen diese Funktionen zur vollen Entfaltung, fühlt sich der Organismus sicher und verfügt über einen stabilen Selbstwert. Auch Kepner (2010) führt an, dass das Selbst nicht statisch und starr sei, sondern ein fließender Prozess. Das Selbst definiert sich als „System der Kontakte oder Interaktionen mit der Umwelt“ (S. 36) und ist somit Veränderungen unterworfen. Sein Augenmerk gilt besonders der Verbundenheit des Selbst mit dem Körper:

Wir existieren, lieben, arbeiten und befriedigen unsere sich ständig wandelnden Bedürfnisse durch unser körperliches Sein und unsere Interaktionen in der Welt. Das Erleben unseres Körpers ist Erleben unseres Selbst, genauso wie unser Denken, unsere Phantasie und unsere Vorstellungen Bestandteile unseres Selbst sind. (Kepner, 2010, S. 35)

5.1.3 Hier-und-Jetzt und Dort-und-Damals

Ein zentraler Aspekt in der Integrativen Gestalttherapie ist das Erleben und Spürbarmachen im Hier-und-Jetzt. Das bedeutet nicht, dass die Vergangenheit keine Relevanz hat und die Fokussierung vollends in der Gegenwart bleibt. Staemmler (2009) formuliert das Arbeiten-im-Hier-und-Jetzt folgendermaßen:

Man könnte also sagen, das aus Sicht der Gestalttherapie die Vergangenheit nur in dem Maße die Gegenwart bestimmt, wie ein Mensch ihr die Macht dazu gibt, indem er fortsetzt, was er damals begonnen hat. . . . Anders herum gesagt: Nur was jemand hier und jetzt erfährt und tut, bestimmt sein Erleben und Verhalten hier und jetzt. Die Vergangenheit in der Form, wie sie früher existierte, wäre wirkungslos, wenn das seinerzeit Gelernte nicht heute immer noch aktiviert, angewandt und erfahren würde.
(S. 35)

Mittels Erlebens im Hier-und-Jetzt und Experimentieren in der psychotherapeutischen Arbeit (z.B. Szenisches Darstellen, Interaktionen etc.) mit dem*der Psychotherapeut*in, gelangen Patient*innen zu einem tieferen Verständnis des Gewordenseins. Infolgedessen werden sie zudem zur Veränderung bestimmter Verhaltensmuster angeregt (Nausner, 2017). Auch Staemmler (2009) meint dazu, dass das Erleben des*der Patient*in in der Vergangenheit das Erleben und Verhalten in der Gegenwart bestimmt. Durch das Bewusstmachen, wie vergangene, unangenehme Erfahrungen sich in der Gegenwart aktualisieren, ermöglichen bei dem*der Patient*in Veränderungsprozesse.

5.1.4 Phänomenologisch-hermetisches Erforschen

Die phänomenologische Vorgehensweise zielt darauf ab, dass der*die Patient*in sich nicht nur kognitiv mit bestimmten Themen auseinandersetzt, sondern auch auf allen Ebenen seines*ihres Seins erlebt. Dazu werden explorierende Methoden sowie Beschreibungen aller Dimensionen des „Offensichtlichen“ verwendet (Grillmeier-Rehder, 2020). Damit ist gemeint, den genauen Schilderungen von Erscheinungen, Phänomenen, quasi Sicht- und Fühlbaren den Vorzug zu geben und weniger Interpretationen, Deutungen und Vermutungen über Ursachen (Blankertz & Doubrawa, 2017). Dieser Ansatz hat seinen Ursprung in den Werken

von Husserl (1931) und Merleau-Ponty (1966, zitiert nach Grillmeier-Rehder, 2020). Das hermeneutische Vorgehen ergänzt den phänomenologischen Zugang um die dialogische Dimension, wo sich zwei Personen über die Bedeutung von Mitteilungen austauschen. In der Psychotherapie spielen Fragen wie zum Beispiel „Wie fühlt es sich für dich an?“, „Was löst dieses Ereignis in dir aus?“ oder durch Klärungsfragen „Habe ich dich richtig verstanden, dass ...“ eine wichtige Rolle. Phänomenologisch-hermeneutische Erkenntnisweisen werden im gestalttherapeutischen Arbeiten durch die drei „E“s charakterisiert: Experimentelles Erforschen (Wie erlebe ich mich?), Existentielles Erforschen (Wie bin ich in meiner Lebenssituation?), Experimentelles Erforschen (Was geschieht, wenn, ...?) (Führ, 2017, S. 426).

5.1.5 Dialogische Beziehung - Beziehungsorientierung

Das Zitat von Buber (2006) ist vielen Gestalttherapeut*innen bekannt: „Der Mensch wird am Du zum Ich“ (S. 28). Das dialogische Prinzip ist in der Integrativen Gestalttherapie von zentraler Bedeutung. Bubers (2006) Ansichten nach kann das Ich nicht isoliert betrachtet werden. Er verwendet die Wortpaare „Ich-Du“ und „Ich-Es“. Als Ich-Es-Beziehungen werden Beziehungen zwischen einem Subjekt und einem Objekt definiert, die auf eine Funktionalität ausgelegt ist. Das Ich in diesem Kontext „hat nur Vergangenheit, keine Gegenwart“ (Buber, 2006, S. 13). Ich-Du-Beziehungen sind unmittelbar und absichtslos, weil sie auf eine Gegenseitigkeit beruhen. Diese Art von Beziehungen umfassen nicht nur Interaktionen zwischen zwei Individuen, sondern zeigen sich nach Buber (2006) in drei Sphären: Das Leben mit der Natur, mit den Menschen und mit der geistigen (spirituellen) Welt. Seiner Meinung nach spiegeln psychische Krankheiten Störungen von Beziehungen wieder. In einer dialogischen Beziehung zwischen Psychotherapeut*in und Patient*in kann Heilung geschehen, wenn beide sich gleichwertig begegnen und einander seelisch berühren (Blankertz & Doubrawa, 2017). Bubers Dialogverständnis wird in der Übertragung auf die therapeutische Beziehung zwischen Psychotherapeut*in und Klient*in als schwierig gesehen. So

kann eine professionelle Beziehung funktionale Aspekte beinhalten. Ebenso kann auch nicht von einer vollen Gegenseitigkeit von dem*der Klient*in ausgegangen werden (Gremmler-Fuhr, 2017a). Bubers Prämisse, dass das Ich nur im Kontext einer Beziehung entstehen und sich entwickeln kann, wird ebenso kritisch hinterfragt. Das Selbstkonzept der Gestalttherapie erweitert diesen Ansatz und fügt hinzu, dass das Selbst auch unabhängig von Beziehungsdynamiken ein existentielles Identitätserleben („originäres Selbstempfinden“, S. 398) erfahren (Gremmler-Fuhr, 2017a, 2017b).

Hycner beschreibt in seinem Werk „Zwischen Menschen: Ansätze zu einer Dialogischen Psychotherapie“ (1989) ein zwischenmenschliches Phänomen im Dialog, das er als „Zwischen“ benennt und sich im aktuellen Ereignis in der Begegnung zweier Personen zeigt (zitiert nach Gremmler-Fuhr, 2017a). Es ermöglicht ein „Wir-Gefühl“ zwischen Psychotherapeut*in und Klient*in. In der Behandlung arbeiten sowohl Psychotherapeut*in und Klient*in beide gemeinsam gleichwertig an einem Projekt. Dafür muss der*die Psychotherapeut*in sich auch abseits der Expert*innenrolle als Person zeigen und offen sein, um ein „Zwischen“ zu ermöglichen (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017).

Im psychotherapeutischen Setting respektiert der*die Therapeut*in die Andersartigkeit des*der Klient*in und versucht sich in seine*ihre Welt einzufühlen. Sich sowohl beide Realitäten bewusst zu machen und zwischen der Realität von sich selbst und derjenigen des*der Patient*in zu pendeln. Dieses Phänomen wird als Umfassung bezeichnet und wurde von Yontef (1993) und Hycner (1989) näher beschrieben (zitiert nach Gremmler-Fuhr, 2017a). Patient*innen benötigen in einer therapeutischen Beziehung ausreichend Sicherheit und Stabilität, um neue Erfahrungsfelder zu erschließen und diese zu integrieren. Damit ist nicht nur ein empathisches und unterstützendes Begleiten gemeint, sondern verlangt von dem*der Psychotherapeut*in Präsenz, selektive Authentizität und ein wertfreies „Mit-Sein“. Dabei können unterschiedliche Haltungen im Kontakt mit den Patient*innen eingenommen werden. Integrative Gestalttherapeut*innen befinden sich als Metapher stützend „hinter“, neugierig

begleitend „neben“ oder manchmal konfrontierend „gegenüber“ dem*der Patient*in (Neumayr, 2016).

5.2 Integrative Gestalttherapie: Definition von Krankheit und Bedeutung der Psychosomatik

An dieser Stelle soll unter anderem genauer beleuchtet werden, was nach Ansichten der Integrativen Gestalttherapie psychische Erkrankungen bedeuten. Wann ist das Individuum gesund und wann kann von einer Erkrankung gesprochen werden? Die Gestalttherapie stellt ein beziehungsorientiertes Verfahren dar, das darauf hinzielt das Wachstums- und Leistungspotenzial des Individuums zu unterstützen (Hartmann-Kottek, 2008). Gesunde und kranke Entwicklung hängen von der Beschaffenheit der Kontaktprozesse ab, die von einem einheitlichen Organismus/ Umwelt-Feld umfasst werden. Parlett (2017) beschreibt diesen Aspekt folgendermaßen:

Die Person ist nicht die Krankheit: Die Krankheit bildet den Teil des ‚Lebensraum‘ der Ganzheit einer Person Der Gesundheitszustand eines Individuums hat Bedeutung, Konsequenzen und Rückwirkungen auf sein gesamtes Leben und unvermeidbarerweise auf das Beziehungssystem, von dem es ein Teil ist. (S. 285)

Es gibt in der Integrativen Gestalttherapie keine allgemeingültigen und objektivierbaren Parameter für die Einteilung in gesund und krank:

Der Gesundheits- und Krankheitsbegriff unterliegt persönlichen und kulturellen Entwicklungsprozessen, historischen Veränderungen und gesellschaftlichen Wertungen. Gesundheit ist als dynamisches Gleichgewicht zwischen körperlichen und seelischen Strukturen und Funktionen im Austausch mit der Umwelt zu verstehen, wobei

psychosoziale Faktoren wesentlich zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheit beitragen können. (Neumayr, 2016, S. 19)

Demnach ist das Individuum immer ein Bestandteil eines Organismus-Umweltfeldes (Lewin, 2012) und psychische Erkrankungen und deren Symptome werden als Ausdruck einer Feldsituation gesehen (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017). Auch für Buber sind seelische Krankheiten gleichzusetzen mit Störungen in den Beziehungen (1965, zitiert nach Staemmler, 2009). Das Individuum ist krank, wenn die Beziehung zu sich selbst, zu anderen Personen und zur Welt gestört ist. In einem gestalttherapeutischen Prozess zwischen Psychotherapeut*in und Klient*in können heilsame und korrigierende Neuerfahrungen entwickelt und erlebt werden (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017).

Fritz Perls (2022) meint, dass die Ursachen von neurotischen Störungen in der Unfähigkeit des Individuums liegen, ein gutes Gleichgewicht zwischen sich Selbst und der Umwelt zu schaffen. Ein gesundes Individuum verfügt über die Fähigkeit, „sich situations- und entwicklungsadäquat innerlich und äußerlich abzugrenzen“ (Hartmann-Kottek, 2008, S. 156). So werden Krankheiten als Integrationsdefizit im Innen- und/ oder Außenfeld gedeutet, die entweder durch primäre Unterversorgung, durch unbewusste Konfliktsituationen oder durch Traumatisierung verursacht werden. Das Individuum kann mit seinen bisherigen Fähigkeiten dieses Gleichgewicht nicht aufrechterhalten und es kommt zu Kontaktabbrüchen (Hartmann-Kottek, 2008). Kontaktunterbrechungen werden sichtbar durch Konfluenz, Introjektion, Projektion oder Retrofektion. Diese werden als Reaktionsformen von Störungen im Kontaktzyklus angesehen und in Bezug auf das Konzept der schöpferischen Anpassung und der organismischen Selbstregulation als Bewältigungsstrategie des Individuums gedeutet. Die Erweiterung des Kontaktmodells für das klinische Arbeiten war notwendig und wurde in der Integrativen Gestalttherapie mit dem Pathogenese-Konzept von Petzold ergänzt (Neumayr, 2016). Nach Petzold (2003a) sind Schädigungen als Folge von folgenden pathogenen Stimulierungskonstellationen zu verstehen: Traumata (Überstimulierung), Defizite (fehlende und einseitige Stimulierung),

Störungen (inkonsistente oder uneindeutige Stimulierung) und Konflikte (gegenläufige, widersprüchliche Stimulierung).

Ein Symptom wird aus gestalttherapeutischer Sicht als kreative Lösungsversuche des Individuums in schwierigen Situationen gesehen (Spagnuolo Lobb & Amendt-Lyon, 2006):

Unter bestimmten Umständen können diese Organismus-Umfeld-Wechselbeziehungen zu Symptomen und Leidenszuständen führen, in denen die Energie und der spontane Fluss des Figur/ Grund-Prozesses eines Menschen fehlgeleitet und abgesperrt wurden, statt ihre ursprünglich angestrebten Ziele, nämlich die des Kontaktherstellens, zu erreichen. (S. IX)

Um Entstehung von Krankheiten besser zu verstehen, wird hier das Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen nach Petzold (2003b) erwähnt. Er geht davon aus, dass salutogene Stimulierung eines Kindes zur Förderung in der Entwicklung führt. Schädigungen sind Resultate einer pathogenen Stimulierung, diese sind Traumata, Defizite, Störungen und Konflikte. Traumata sind Überstimulierungen, wie zum Beispiel radikale Trennungen oder körperliche Verletzungen. Defizite werden als fehlende oder einseitige Stimulierungen gesehen. Der Organismus kann dadurch seine Fähigkeiten nicht vollständig ausbilden. Unter Störungen werden inkonsistente und nicht eindeutige Stimulierungen verstanden, wie zum Beispiel Doppelbotschaften. Konflikte sind widersprüchliche Stimulierungen, die Spannungszustände hinterlassen.

Die Anorexia nervosa wird in die Kategorie der Essstörungen zugeordnet, die wiederum zu der Kategorie der psychosomatischen Erkrankungen zählt. Laut Pschyrembel (2004) bezeichnet die Psychosomatik die „Krankheitslehre, die psychische Einflüsse auf somatische Vorgänge berücksichtigt.“ (S. 1507). In der Gestalttherapie ist diese radikale Trennung von Körper und Geist oder Psyche nicht nachvollziehbar. Wolf (2017) argumentiert gegen diese Separation, da wir als Individuum nicht einen Körper haben, sondern Körper sind und bei psychischen Irritationen sich immer auch somatische Anzeichen in Erscheinung treten. Weiters

fügt er hinzu: „Die Einbeziehung körperliche Empfindungen bei der awareness-Arbeit, so wie sie wohl die meisten Gestalttherapeut*innen praktizieren, sichert die Einbeziehung der „Leibebene“ und macht die Gestalttherapie zu einer schon von den Grundzügen her psychosomatisch orientierte Therapie“ (Wolf, 2017, S. 789). Hochgerner und Schwarzmann (2018) sind der gleichen Ansicht und führen das Organismuskonzept, den Kontaktzyklus, das Symptom als dysfunktionales Kommunikationsmuster und das Awareness-Konzept als hilfreiche Elemente der Integrativen Gestalttherapie in einer psychosomatischen Psychotherapie an. Mittels kreativer Medien oder Arbeit mit dem leeren Stuhl können Patient*innen eine differenzierte Körper selbstwahrnehmung von „körperlichen Affekten“ erleben, ungeklärte Themen verbal erfassen und neue Perspektiven deren psychosomatischen Krankheitserleben integrieren. In der psychotherapeutischen Arbeit mit Psychosomatik-Patient*innen geht es aus der Sicht der Integrativen Gestalttherapie um Körpererfahrung, Symbolisierung und Versprachlichung (Hochgerner & Schwarzmann, 2018).

Psychosomatische Patient*innen zeigen ein mangelhaftes Körper- und Selbsterleben. Sie benötigen Nachnahrung durch Psychotherapeut*innen und die Begegnung an der Kontaktgrenze soll von Wertschätzung, Authentizität und Respekt geprägt sein. Der*die Psychotherapeut*in erscheint anfangs noch als diagnostizierender Professionist*in auf der Suche nach krankmachenden Faktoren und wandelt sich im Laufe des therapeutischen Prozesses zu einem*r partizipativen Gesprächspartner*in, welche*r gemeinsam mit ihrer Patient*in Raum für neue Denk-, Gefühls- und Handlungsmöglichkeiten entwickelt (Sokal, 1994).

Auch Wolf (2017) erwähnt, dass bei psychosomatischen Erkrankungen die Patient*innen im Vorkontakt (aus der Sicht des Kontaktzyklus) verharren. Sie nehmen ein Körpergefühl und die dabei auftauchenden Gefühle wahr, trauen sich jedoch nicht, den vollen Kontakt aufzunehmen, da sie Angst vor den Affekten und der Konsequenzen (resultierend aus der Lebenserfahrung) haben. Wolf führt anschaulich ein Beispiel mit dem Magenknurren an:

Wenn ich das Knurren in meinem Magen als Hunger deuten kann und es mit Nahrungsaufnahme verschwindet, habe ich mich selbst als sinnvoll funktionierender Organismus erlebt und damit – gestalttherapeutisch gesprochen – einen einfachen Kontaktzyklus vollständig durchleben können. Wenn ich aber das Knurren nicht verstehen kann, weil ich doch eigentlich schon genug gegessen habe, und ich das Knurren auch nicht mehr spüren will, weil es mich andauernd quält, dann kann der Kontaktzyklus nicht zum Abschluß kommen, es kann kein sinnvoller psychosomatischer Zusammenhang entstehen; es verbleibt eine „offene Gestalt. (S. 793)

Das Magenknurren mit dem ursprünglichen Bedürfnis nach Hunger bzw. Stillen des Hungergefühls, wird bei anorektischen Patient*innen anders gedeutet. Die Nahrungszufuhr wird als Bedrohung des Selbst interpretiert (Conte & Mione, 2016).

Körperliche Nahrung, die nicht richtig verdaut und assimiliert wird, kann nicht zum Teil eines Organismus werden und verwandelt sich in ein Introjekt (Perls et al., 2016). Dieser Vorgang bezieht sich nicht nur auf körperliche Nahrung, sondern kann auch auf Verhaltensnormen, Pflichten und Begriffe umgelegt werden. Eine Theorie, die von einem Individuum nicht verstanden und nicht hinterfragt wird, wirkt befremdlich. Zwar versucht der Organismus dabei, das Gefühl von Unbehagen zu unterdrücken, kann jedoch die Theorie nicht integrieren (assimilieren) oder für sich nutzen. Es bleibt ein Introjekt, das von außen aufgedrängt wurde und bleibt „unverdaut“ (F. Perls et al., 2016).

Dreitzel (2004) sieht Störungen im Vorkontakt in Zusammenhang mit Es-Funktionsstörungen. Es-Funktionen sind seiner Meinung nach der Motor für den ganzen Kontaktprozess und umfassen elementare Bedürfnisse des Brauchens,

Wünschens und des Wollens. In der Bearbeitung der Es-Funktionen geht es um das Erleben, Annehmen und Akzeptieren konkreter Bedürfnisse.

5.3 Integrative gestalttherapeutische Betrachtungen in Bezug auf die Essstörung

Canella und Cavaleri (2002) nehmen Bezug auf Fritz Perls (1995) und heben hervor, dass aus der Sicht der Gestalttherapie Nahrung als Abbild für den oder die Anderen und für die Beziehung mit ihr oder ihm interpretiert werden kann. Ihrer Meinung nach lehnen Personen mit einer Essstörung Menschen aus ihrem Umfeld ab, weil sie seit früher Kindheit gelernt haben, diesen Beziehungen wenig Vertrauen entgegen zu bringen. Sie haben zu wenig Stützung, widersprüchliche oder irritierende Reaktionen von Bezugspersonen erfahren und daraus resultierend misstrauen sie dem Kontakt zu anderen. Sie befürchten, dass sie getäuscht werden könnten. Um sich vor einer unverlässlichen und bedrängenden Umwelt zu schützen, erreichen die betroffenen Erkrankten nur Autonomie, wenn sie sich davon distanzieren. Personen mit einer Essstörung zeigen Schwierigkeiten in der Phase zwischen Vorkontakt und Kontaktaufnahmen. Es fällt ihnen schwer, das Bedürfnis wahrzunehmen, und darauf aufbauend eine Handlung auszuführen, um zu einem Ziel zu gelangen. Der Organismus ist in dieser Phase unfähig, die Energie für eine angemessene Handlung in der Umwelt zu steuern, da aufgrund der mangelhaften Unterstützung durch die Bezugspersonen die Kontaktgrenzen nicht ausreichend entwickelt sind. Wesentliche Themen für den Gestaltprozess sind im Vorkontakt nach Dreitzel (2004) die Differenzierung von Figur und Grund und die Wahrnehmung der Bedürfnisse (Brauchen, Wünschen, Wollen). Dazu meint er: „Wer seinen Hunger nicht mehr spürt, wie das bei Magersüchtigen der Fall ist, erlebt nicht mehr den Mangel, den sein Körper erleidet“ (Dreitzel, 2004, S. 97). Richter (2011) beschreibt Unterbrechungen in dieser Phase, da der Organismus die Bedeutungen seiner Empfindungen nicht verstehen kann. Die Signale aus dem Körper erscheinen ihm befremdlich und lösen Angst aus. Ziel in einer Psychotherapie ist die eigene Bedürftigkeit zu erkennen, den Mangel im

Körper aufzusuchen und zu erleben, die mittels Fragen wie „Was fehlt dir? Oder Worin leidest du einen Mangel?“ (S. 97) exploriert werden können. Der*die Psychotherapeut*in unterstützt seine*n Patient*in darin, eine verbesserte Bewusstheit des eigenen Körpers und gleichsam zu sich selbst zu entwickeln (Dreitzel, 2004).

Votsmeier-Röhr und Wulf (2017) schildern die Psychotherapieziele einer Essstörung konkreter: gestörtes Essverhalten von gesundem zu differenzieren, Zeiten ohne dysfunktionales Verhalten zu vereinbaren und Rückfälle zu thematisieren. Im Sinne von Perls (2022) zielt die Gestalttherapie auf die „Richtigstellung falscher Identifikationen“ (S. 61) ab. Wie können Patient*innen „gute“ von „bösen Identifikationen“ unterscheiden? Gute Identifizierungen bewirkten „Befriedigung und Erfüllung von Zielvorstellungen des Individuums und seiner Umwelt“ (Perls, 2022, S. 61). „Böse Identifikationen sind solche, die das Individuum frustrieren, die es am Wachstum hindern oder das zerstörerische Verhaltensweisen gegenüber seiner Umwelt bewirken“ (Perls, 2022, S. 61). Durch die Differenzierung und die Begleitung zur Integration wird der*die Patient*in darin unterstützt, ein ausgewogenes Gleichgewicht zwischen sich und der Umwelt zu finden.

Schigl (2011) führt an, dass zwar die Symptome Essstörung im Vordergrund stehen, aber hinter diesem Warnsignal größere Themen und Probleme liegen, die auf die anorektischen Patient*innen bedrohlich wirken. Ziele in der Psychotherapie sind, ein neues Verhältnis zum Essen zu entwickeln. Mittels „Verstehen und Anfreunden mit dem Symptom“ (S. 29) wird eine Veränderung des Selbstbildes und Lebenskonzeptes initiiert. Weiters betont Schigl, dass bei der Behandlung von Essstörungen eine gute Kooperation zwischen Arzt*Ärztin und Psychotherapeut*in einen wesentlichen Faktor darstellt. Besonders im ambulanten Setting darf nicht übersehen werden, dass das Monitoring des Gewichts und körperliche Überprüfungen (Blutwerte, Herzfunktionen, Kreislauf, Knochendichte etc.) von medizinischem Personal regelmäßig begleitet wird. Viele Psychotherapeut*innen unterschätzen die Eigendynamik der körperlichen Veränderung im Rahmen einer Anorexie. Durch einen Mangelzustand treten

Beeinträchtigungen auf dem psychischen Funktionsniveau auf (Reich, 2017). Auch Wardetzki (1996) weist darauf hin, dass Psychotherapie als einzige Behandlung einer Anorexie nicht ausreichend ist und plädiert für eine gute Zusammenarbeit mit Mediziner*innen.

Conte und Mione (2016) sehen bei Essstörungen drei risikogefährdeten Bereiche des Erlebens: der Körper und seine Manifestation als Funktion des Essens, die weibliche Geschlechtsidentität sowie adoleszente Kontaktprozesse. Sie geben dabei drei Stufen für den sozialen Kontakt an, die eine wesentliche Rolle für Entwicklungsprozesse in der Adoleszenz spielen: das Selbstgefühl, Kontaktintentionalität (die Sehnsucht nach einer anderen Person) und die Fähigkeit, vom Umfeld „Nahrung“ zu beziehen, um Wachstum zu ermöglichen und gleichzeitig die eigene Autonomie nicht zu verlieren. Dabei dient der Körper als Erfahrungsort. An der Kontaktgrenze findet Verunsicherung und Überforderung statt. In Anlehnung an Spagnuolo Lobbs Texte fassen sie die Besonderheiten einer Essstörung aus der Sicht der Gestalttherapie folgendermaßen zusammen (Conte & Mione, 2016):

Bei diesen Störungen sind das Essen und der Körper eine Sprache, um der Welt die eigene Kontaktintentionalität und die Unmöglichkeit entgegenzurufen, das Dasein als Individuum für den/ die Andere(n) abzulehnen, insbesondere das Dasein als „weibliches“ Individuum. Die aufs Essen bezogenen Symptome strukturieren das Beziehungsfeld in einem Versuch, die Kontaktgrenze zu schaffen und zu schützen, die Grenze zwischen dem, was innerhalb und außerhalb der Haut liegt und die körperlichen Bedürfnisse, Sehnsüchte und Ängste sowie die Beziehungsdistanz mit den Eltern und der Umwelt im Allgemeinen reguliert. Das Essverhalten wird zu einer fixierten Kontaktfigur (zu einer fixierten Gestalt), die dem Mädchen ermöglicht, sich um sich selbst und ihre

Energien zu kümmern, indem sie sich an die Möglichkeit eines übermäßig funktionierenden Ich klammert . . . – und damit an die Möglichkeit, das Erleben zu kontrollieren. (S. 526)

Schigl (2023) unterteilt den Psychotherapieprozess bei Essstörungen in folgende Abschnitte (angelehnt an das tetradisches Modell von Petzold, 2003a): Initialphase, Aktionsphase, Integrationsphase und Konsolidierungs- oder Neuorientierungsphase. Zu Beginn ist eine gute Anamnese und eine Exploration des dysfunktionalen Essverhaltens ebenso von Bedeutung wie der Aufbau einer guten Beziehung zwischen Psychotherapeut*in und Patient*in. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Essgeschichte, der eigenen Vorstellung von Schlankheitsideal und der Ansprüche von Seiten der Psychotherapeut*in im Rahmen von Selbsterfahrung, fließt in die psychotherapeutische Arbeit mit der Patient*in ein. In der Aktionsphase ist es aufgrund des wachsenden Vertrauens möglich, sich den Esssymptomen und der Psychoedukation zu widmen. Psychotherapeut*innen nehmen die Symptome ernst und versuchen gemeinsam mit dem*der Patient*in den Fokus auf das dahinterliegende Problem zu legen. Das Einbeziehen von Eltern und die Arbeit an Übertragungsphänomenen ist in dieser Stufe möglich. In der Integrationsphase nimmt das dysfunktionale Essverhalten ab und mit einer stützenden und wertschätzenden Art von Seiten der Psychotherapeut*in wird diese Veränderung bekräftigt. Der*die Patient*in hat gelernt, welchen Zusammenhang das bisherige gesundheitsgefährdende Essverhalten mit den eigenen psychischen Befindlichkeiten und Problemen aufweist. Rückfälle werden in dieser Stufe ebenso thematisiert und als Lernchance interpretiert. Die Konsolidierungs- oder Neuorientierungsphase bildet den Abschluss, bei welchem sich Patient*innen zunehmend stabilisieren. Zudem werden neue Entwicklungsfelder eröffnet, um die in der Psychotherapie erarbeiteten Themen im Alltag umzusetzen.

5.4 Integrative gestalttherapeutische Zugänge in Bezug auf die Anorexie bei Jugendlichen

Zu den Essstörungen werden neben der Anorexia nervosa auch die Bulimia nervosa, Binge-Eating-Disorder und nicht näher bezeichnete Essstörungen gezählt. In dem folgenden Kapitel wird im speziellen der Fokus gelegt auf die Anorexia nervosa bei Jugendlichen aus der Sicht der Integrativen Gestalttherapie.

Anorektische Personen fallen dadurch auf, dass sie die Nahrungsaufnahme ablehnen oder diese restriktiv reduzieren, sodass es zu einem Gewichtsverlust und anderen Folgeerscheinungen auf körperlicher und psychischer Ebene kommt. Conte und Mione (2016) deuten diese Steuerung oder Kontrolle von Nahrungszufuhr als „stolzes Aufbäumen des übermäßig funktionierenden Ich des anorektischen Mädchens, gegen eine verräterische, invasive Umwelt.“ (S. 527) Jugendliche Patient*innen mit einer Anorexie sind in dem Dilemma gefangen, sich zwischen der Befriedung des Hungergefühls, der Annahme einer Geschlechtsidentität und dem Bewahren ihres Selbstgefühls zu entscheiden. Da sie der von der Umwelt angebotene Nahrung (an dieser Stelle ist vermutlich auch von geistiger Nahrung die Rede) misstrauen und befürchten, dass ihre eigene Integrität und das Selbst dadurch bedroht wird, greifen anorektische Personen auf eine kreative Anpassung zurück. In diesem Zusammengang behalten sie alles außerhalb ihres Körpers, weil sie unsicher sind in der Entscheidung, was ihren Körpern und ihrem Selbst guttut. Im Beitrag von Conte und Mione (2016) werden ausschließlich Mädchen und junge Frauen erwähnt, damit verbunden das Thema von Weiblichkeit.

Wardetzki (1996) beschreibt dieses Phänomen ähnlich. Personen mit einer Anorexie versuchen, den eigenen Körper und sich selbst vor Zuschreibungen von anderen zu entziehen. Dahinter kann ein Schutzbedürfnis der Betroffenen stehen. Viele jungen Frauen zeigen sich sozial angepasst, die wahren Gefühlen versuchen sie hinter einer Maske zu verstecken, aus Angst vor Verletzungen.

Der Kontakt zum eigenen Körper geht verloren und somit auch der Kontakt zu sich Selbst. Gerade in der Adoleszenz gehört die Entwicklung der eigenen Identität

zu den Entwicklungsaufgaben eines heranwachsenden jungen Menschen. Die Suche nach dem eigenen Selbst, die Ablösung von der Kernfamilie und das Sammeln von Autonomieerfahrungen, sind essentielle Themen in dieser Übergangsphase. Durch eine Anorexie werden Entwicklungsaufgaben in ihrer Entfaltung gebremst oder sogar gestoppt. Neue Herausforderungen werden bedrohlich und überfordernd erlebt. Conte und Mione (2016) beschreiben dies mit „der Verletzlichkeit gegenüber Erfahrungen, die mit Essstörungen verbunden sind“ (S. 532). Laut ihren Ansichten wird eine Anorexie als Entwicklungslähmung und gleichzeitig als kreative Anpassung gesehen. Die Jugendlichen suchen in der Pubertät nach neuen Perspektiven und neuen Ideen. Im Falle, dass sie dabei mit einer Umwelt konfrontiert sind, die alte Beziehungswunden (sozialer als auch familiärer Herkunft) wiederaufleben lassen, entsteht dadurch eine verletzliche Kontaktfigur.

Aufgrund des Entwicklungsalters der Betroffenen ist in der psychotherapeutischen Arbeit die Themen der Entwicklungsaufgaben zu berücksichtigen: Ablösung vom primären Bezugssystem, die Entwicklung eines unabhängigen, reifen Selbst (Identität, Autonomie, Selbstbestimmung), die Akzeptanz des eigenen Körpers etc. In der Anorexia nervosa kommt es zu einem Kontaktabbruch zum eigenen Selbst und Körperselbst mit zunehmender retroflektiver Tendenzen. Die Selbstbestimmung über den eigenen Körper, indem bestimmte Nahrungsmittel „erlaubt oder nicht erlaubt“ werden, ist letztendlich eine dysfunktionale Interpretation der Erkrankung von Autonomie. Jugendliche sind aufgrund der körperlichen und hormonellen Umstellung in der Pubertät oft ihren Stimmungsschwankungen ausgesetzt. Eine Gewichtsabnahme bewirkt zudem, dass sich der gesamte Organismus auf ein „Notfallsprogramm“ umstellt, in der Befürchtung nicht zu wissen, wann die nächste Energiezufuhr stattfindet. Aufgrund der Essensreduktion werden Gefühle oder emotionale Situation nur bedingt spürbar (Sipos & Schweiger, 2022). Die Selbstregulation bricht auseinander. Conte und Mione (2016) sehen in der Anorexie ein Defizit im „Holding“ von Gefühlen. Ein Zusammenhang wird in der Fähigkeit der Eltern gesehen, die Gefühlserregungen ihrer Kinder empathisch zu bewahren, das

Vertrauen in die Selbstregulation zu vermitteln und körperliche Prozesse richtig zu deuten.

Was die Funktion des Essens angeht, so drückt sich das Defizit in der Konstruktion des Grundes und des Holding in einem Verlust an Spontanität in der Beziehung mit Nahrung und Essen aus. Das Mädchen isst voller Angst, ohne das Essen zu genießen, und weiß nicht, ob es satt ist oder nicht, Sie unterscheidet nicht zwischen Hunger nach tatsächlicher Nahrung und Hunger nach Kontakt, und sie weiß nicht, ob sie das, was sie fühlt, „Hunger“ nennen soll, doch sie lernt, es „Hunger“ zu nenne, auch wenn es sich um etwas anders handelt, weil die Umwelt es als solches definiert. (Conte & Mione, 2016, S. 525)

Was passiert mit dem Organismus, wenn die Stützung mangelhaft ist, um guten Kontakt herzustellen? Votsmeier-Röhr (2005) ist dieser Frage nachgegangen und beschäftigte sich mit dem Kontakt-Support-Konzept. In der Auseinandersetzung mit den Arbeiten von Laura Perls (1989), Kurt Goldsteins (1934), Erving und Miriam Polster (1977) wird die oben beschriebene Angst als Reaktion auf die Bedrohung der eigenen Existenz gedeutet. Damit ist nicht nur die körperliche Existenz gemeint, sondern beinhaltet auch die persönliche Identität und Individualität. Wenn der Support in Bezug auf die Entwicklung der individuellen Fähigkeiten, Potenziale und der eigenen Persönlichkeit beeinträchtigt ist, stellt der Organismus sich auf die Selbsterhaltung in der Welt um. Als Konsequenz vermeidet der Organismus Kontakte, die diese Angst vor Bedrohung der persönlichen Identität auslösen, und es kommt zu Einschränkungen in seinen Wirkungsbereichen. Ziel im gestalttherapeutischen Arbeiten ist die Unterstützung des*der Patient*in bei der Kontaktregulierung, „um seine Wesenheit in der Situation zu verwirklichen, an der Ich-Grenze zu bleiben, also nicht zu weit über die Ich-Grenze hinaus zu gehen und damit eine Gefährdung der Ich-Grenze und damit der Ich-Identität auszuschließen“ (Votsmeier-Röhr, 2005, S. 35).

Auch Canella und Cavaleri (2002) verstehen darin die mangelnde Stützung der anorektischen Patient*innen, die eigenen Kontaktgrenzen in der Kindheit zu festigen. Die Beziehung zu dem*der Psychotherapeut*in dient dazu, die Erfahrung des „Containing“ (bewahren, aushalten, zurückhalten) zu erleben und die Umwelt als Unterstützung zu begreifen, damit sich der Organismus erlauben kann, sich innerhalb seiner eigenen Grenzen zu entwickeln. Die Energie, die bisher genutzt wurde, um sich zu schützen, kann herangezogen werden, um neue Erfahrungsbereiche kennenzulernen und zu integrieren.

Die Adoleszenz ist eine Zeit der Veränderungen, sowohl körperlich als auch psychisch. Anorektische Jugendliche erwecken den Anschein, ihr Wachstum sei gestoppt, sowohl körperlich als auch emotional. Als wichtiger Entwicklungsschritt zwischen Kind-Sein und Erwachsenwerden ist die Adoleszenz ein sensibler und spannender Lebensabschnitt. Die körperliche Veränderung spielt dabei eine wichtige Rolle, da sich die weibliche oder männliche Körperform in dieser Phase ausdifferenziert und sich somit auch die sexuelle Identität entwickelt. Bei anorektischen Patient*innen ist das Körpergefühl und der Bezug zum Selbst so verblasst, dass Entwicklung und Selbstbewegungen eingeschränkt möglich sind (Dalhoff, 2022). In der Arbeit mit anorektischen Jugendlichen ist es daher unbedingt notwendig auf die Körperbildstörung und ihre Auswirkungen (z.B. Verzerrung der Körperwahrnehmung) zu achten (Dalhoff, 2022; Herpertz-Dahlmann & Hilbert, 2022). Der eigene Körper erscheint den Patient*innen fremd und gefährlich, als ein Gegenstand, zudem sie ambivalent stehen und den sie eher mit negativen Gefühlen assoziieren. Kepner (2010) beschreibt diese Entfremdung, bei der der Körper als Objekt angesehen wird und nicht dem Subjekt angehörig empfunden wird, als Projektion und als Kontaktunterbrechung. Laura Perls (1984) betont im Interview mit Daniel Rosenblatt den ganzheitlichen Ansatz in der Gestalttherapie:

Der Punkt ist vielmehr, der Körper zu sein. . . . : Wenn Du ein Körper bist, wenn Du Dich selber völlig als der Körper erlebst, dann bist Du jemand leibhaftig („somebody“). Die [englische] Sprache bringt das plastisch zum

Ausdruck. Wenn Du das nicht tust, dann empfindest Du Dich leicht als niemand („nobody“). (Interview 1984)

Aus der Sicht der Gestalttherapie steht der Körper immer im Zusammenhang mit dem „Ich“ oder „Selbst“, als körperliches Fundament für Kontaktfunktionen (Kepner, 2010). Wir erleben unseren Körper und erleben gleichzeitig unser Selbstsein. Kepner (2010) spricht von einem „verkörperten Selbst“ und erläutert weiters:

Die Gestalttherapie betrachtet das Selbst nicht als ein Ding, eine statische Figur, sondern als einen fließenden Prozeß (sic). Das Selbst ist kein feststehender Katalog von Eigenschaften („Ich bin dies und nur dies“). Im gesunden Zustand ist das Selbst veränderlich und flexibel in seinen Fähigkeiten und Eigenschaften, je nach den besonderen Anforderungen des Organismus und der Umwelt. Das Selbst hat keine eigene Natur, außer im Kontakt mit oder in der Beziehung zur Umwelt. Es ist als das System der Kontakte oder Interaktionen mit der Umwelt beschrieben worden. In diesem Sinn kann das Selbst als der Integrator der Erfahrungen bezeichnet werden. (S. 36)

Die Anorexia nervosa wird laut Kepner (2010) als Verleugnung des Körpers in einer weniger gravierenden Ausprägung gesehen, wobei der Körper verzerrt oder distanziert wahrgenommen wird (der Extremfall der Verleugnung wird der Psychose zugeteilt, wo die Betroffenen gänzlich vom Körperempfinden getrennt sind). Laura Perls (2017) betont die Herangehensweise der Gestalttherapie folgendermaßen: „Körperarbeit ist Teil der Gestalttherapie. Gestalttherapie ist ein ganzheitlicher Therapieansatz. Das heißt, dass der ganze Organismus einbezogen wird, nicht nur Stimme, Verbalisierung, Ausagieren und so weiter.“ (S. 97) In ihren Interventionen legt sie ihren Fokus auf die Förderung von Gewahrsein, bewusste körperliche Wahrnehmungen von sich selbst und des Feldes (Netzer, 2017). Das

Angebot der Psychotherapeut*in liegt darin, die Kommunikation an der Kontaktgrenze zu unterstützen. Laura Perls (2017) meint dazu:

Erfahrung geschieht an der Grenze. Innerhalb der Grenzen ist hauptsächlich Unbewusstheit und Konfluenz. Wenn man zu schnell die Grenze überschreitet, kann man sich ungestützt vorkommen. Das ist alles, woran ich eigentlich arbeite: dem Konzept und der Erfahrung von Kontakt und Unterstützung. (S. 110)

Dabei konzentrierte sich Laura Perls gemeinsam mit ihren Klient*innen auf körperliche Phänomene, ermöglichte mit ihren Fragen, Erklärungen und Körperinterventionen einen Zugang zu dem blockierten Kontakt zur Umwelt (Netzer, 2017). Die Unterstützung der Psychotherapeut*innen hilft den Klient*innen sich an die Kontaktgrenze heranzuwagen, die negativen Gefühle wie Angst und Erregung zuzulassen, damit das Gefühl von Selbstwirksamkeit wachsen kann (Perls, 2017). Netzer schreibt hierzu (2018): „Die therapeutische Arbeit besteht darin, die Fähigkeit unserer KlientInnen zu unterstützen, voll in ihrem körperlichen Sein zu leben, da dies ihnen die Ressourcen gibt, sich voller und befriedigender im Leben zu engagieren.“ (S. 254) Ein schmerzlicher Prozess für den*die Patient*in, der*die durch Erfahrungen die Körperlichkeit abgespalten hat, da bestimmte Selbstanteile als bedrohlich gedeutet wurden. Umso mehr ist der*die Psychotherapeut*in gefordert, während des Prozesses des Wiedererlangens der abgespaltenen Teile der Klient*innen Sicherheit, Stabilität und einfühlsame Unterstützung zu vermitteln (Netzer, 2018).

Die Entwicklung der Geschlechtsidentität, die in der Pubertät eine wesentliche Entwicklungsaufgabe darstellt, wird durch die Anorexie sowohl körperlich als auch psychisch eingebremst. Conte und Mione (2016) sehen in der engen emotionalen Bindung zu der Mutter die Suche nach einer weiblichen Identifikation, die jedoch keine andere Form von Frau-sein zulässt. Die Mutter stellt ein Modell von Weiblichkeit dar, die eher als abwertend gesehen wird. Jegliche Sinnlichkeit und Entwicklung einer Weiblichkeit, wird von den anorektischen Mädchen abgelehnt

und vom eigenen Körper negiert. Besonders die Aspekte eines Fruchtbar-Seins und Mutterschaft werden nach Riva (2004, zitiert nach Conte und Mione, 2016) verweigert, weil die Vorstellung einer selbstständigen und leistungsfähigeren Frau erstrebenswerter erscheint. Dass dabei die sozialen Medien eine wichtige Rolle bei Jugendlichen spielen, ist unbestritten. Dabei wird eine Vielfalt von unterschiedlichen Rollenbilder vermittelt, jedoch immer mit dem Fokus auf „besser-schöner-toller“ (Fumi, 2022). An dieser Stelle eröffnet sich die Frage, ob dies auf männliche Patienten mit einer Anorexie gleichfalls umgelegt werden darf. Handelt es sich hierbei um die Vorstellung von Männlichkeit, die vom Vater transportiert wird und im Rahmen des Autonomiestrebens abgelehnt wird? Da die Anzahl von Männern mit einer Anorexie geringer ist als der Frauenanteil und auch die bisherige Studienlage ihr Augenmerk weniger dahingehend ausgelegt hat, sind weitere Forschungen mit einem geschlechtssensiblen Blick von Bedeutung.

Ziele in der Psychotherapie sind nach Spagnuolo Lobb (1990, zitiert nach Conte & Mione, 2016) das Schaffen von neuen Beziehungserfahrungen in der Interaktion mit dem*der Psychotherapeut*in, die Entwicklung eines neuen Grundes (Unterstützung des Selbsts) und die Förderung des Holdings an der Kontaktgrenze. Die Arbeit mit dem*der Patient*in liegt darin, dass er*sie lernt

sich in ihrem Körper zu verankern, ihre Wahrnehmung von Hunger und Sattsein und ihrer Körpergrenzen neu zu definieren, eine emotionale Sprache zu erlernen, ein Selbstgefühl aufzubauen, das groß genug ist, um sexuelle Gefühle zu bewahren und mit ihrer Energie mit Selbstbewusstsein umzugehen, und ihre Entscheidungsfähigkeit hinsichtlich der Ernährungsarten und der Tatsache, eine Frau zu sein, zu erneuern.

(Spagnuolo Lobb, 1990, zitiert nach Conte & Mione, 2016, S. 531)

Hier wird neben dem ganzheitlichen Aspekt unseres Seins in Verbundenheit mit dem Körper, die Entwicklung des Selbst (Identität, Selbstwert, Autonomie) und die Kontaktintentionalität angesprochen. Aus der Sicht von Conte und Mione (2016)

werden drei Phasen in der Auseinandersetzung mit diesen Themen durchlaufen. Im ersten Abschnitt geht es darum, „den Aufschrei“ wahrzunehmen. Der*Die Psychotherapeut*in nimmt die Rolle einer empathischen Begleitung ein, welche die Gefühle der Patient*in ernst nimmt und diese auch nicht korrigiert. Dabei werden keine Ratschläge gegeben, was oder wann Patient*innen essen sollen oder wie die Betroffenen zu sein haben. Auf diese Weise erleben Patient*innen, dass sie mit ihrer kreativen Anpassung zum Thema Essen angenommen werden und dadurch auch die Funktion und Bedeutung des dysfunktionalen Essverhalten vermittelt wird. In der Begegnung mit dem*der Psychotherapeut*in erfährt der*die Patient*in, dass sie in Kontakt mit jemandem treten kann, ohne dass sich das Selbst bedroht fühlt oder verleugnet werden muss. Dies ermöglicht Patient*innen ihre Kräfte, die bisher größtenteils für die Erkrankung benötigt wurden, auf andere Erlebensfelder zu lenken und neue Möglichkeiten von Kontakterfahrungen zu entwickeln. In der zweiten Phase, die mit „Ich nähre dich und deinen Hunger“ betitelt wird, wird die Erweiterung des Selbstgefühls und der Bewusstheit des Beziehungsgrundes näher betrachtet, um die Sehnsucht nach dem*der Anderen wieder zu entfachen. Dies bedeutet konkreter, an der Kontaktgrenze zwischen Psychotherapeut*in und Patient*in die beziehungsbezogenen Ängste zu erforschen, die den Problemen zugrunde liegen und die „Wunde zu berühren, die mit der verletzlichen Kontaktfigur verbunden ist und immer offen liegt, wenn die Aufmerksamkeit nicht auf den gewohnten Erlebensmodi der Patientin liegt.“ (Conte und Mione, 2016, S. 32) Die Arbeit an der Kontaktgrenze ist für viele Patient*innen fragil, da sie zwischen zwei Polen pendeln: Abhängigkeit vs. Ablehnung, Konfluenz vs. Einsamkeit, Essen vs. Hunger, Angst vor der eigenen Geschlechtsidentität vs. Vorstellung der Geschlechterrollen durch das Umfeld. Aus diesem Grund liegt der Fokus in diesem Abschnitt auf der Suche nach einer guten Beziehungsdistanz unter Einbezug des Körpers. Es erfordert Zeit, Geduld und Vertrauen, bis der*die Psychotherapeut*in direkt oder indirekt mit dem Körper der Patient*innen gearbeitet werden kann, da die Beziehung zum Körper noch mit Angst verbunden ist. Um den Kontakt zum eigenen Körper wiederherzustellen, benötigt es eine Umwandlung vom Erleben

des Körpers als Objekt hin zu einer Entwicklung zu einer Du-Beziehung (vgl. Buber, 2006), das geprägt ist durch Respekt, Unterstützung und Bewahren. In der dritten Phase, die nach Conte und Mione (2016) „der lange Weg des Mutes“ (S. 533) bezeichnet wird, geht es um die Erweiterung auf neue Erlebensbereiche der Welt. Die Präsenz der Therapeut*innen ist darin gefordert, die neuen Herausforderungen zu unterstützen, die Patient*innen in der Entwicklung der Geschlechtsidentität zu begleiten, diese anzunehmen und sich der Nahrung (sowohl geistig als auch materiell) in einem neuen Kontaktmuster zu nähern. Conte und Mione (2016) fassen die letzte Phase zusammen:

In dieser Phase ist die TherapeutIn daher sehr bewusst an der Seite der Patientin präsent, die lernt, in der Welt mit ihrem neuen Selbstgefühl zu tanzen, mit ihrer Sehnsucht nach dem/ der Anderen und der Fähigkeit, eine Stärke daraus zu ziehen, die sie gemeinsam mit der TherapeutIn geschaffen hat. (S. 533-534)

In dieser Stufe ist die Wachsamkeit der Psychotherapeut*innen erforderlich, damit die Energie, mit der Patient*innen bisher die Anorexie kanalisiert haben, in eine Körperlebendigkeit gelenkt wird, sodass wieder ein Kontaktgeschehen möglich ist. Dieser Prozess benötigt Geduld und ausdauerndes Vertrauen in die „Macht der spontanen Handlung des Essens“ (S. 534) und in die Freiheit, sich Selbst (in der eigenen Geschlechtsidentität) zu sein.

5.5 Methoden und Haltungen der Integrativen Gestalttherapie

Die Integrative Gestalttherapie umfasst eine Vielfalt an unterschiedlichen Methoden. Vielen psychosomatischen Patient*innen bereitet es Schwierigkeiten, den Zusammenhang zwischen Gedanken, vegetativer Phänomene und den Gefühlen zu erkennen. Wolf (2017) spricht von einer phänomenologischen Psychotherapie und fordert folgendes: „von den Phänomenen zu den Strukturen“ (S. 798) über die integrierte Wahrnehmung. Körperliche Signale wie Magenknurren oder körperliches Völlegefühl lösen bei anorektischen

Patient*innen Ängste aus als die ursprünglich Botschaft des Körpers für Hunger- und Sättigungsgefühl. Hochgerner und Schwarzmann (2018) sind der Meinung, dass für psychosomatische Patient*innen der Körper nicht mehr als „selbstsichernder Resonanz- und Erlebensraum“ (S. 264) gesehen wird, sondern nur Leistungsaufgaben oder als Ausdruck einer Krankheit dient. In der psychotherapeutischen Arbeit mit dieser Patient*innengruppe fokussieren sie auf den Dreischritt Körpererfahrung – Symbolisierung – Versprachlichung. Auf Körpererfahrungen wird im Folgenden näher eingegangen. Das Hauptaugenmerk liegt in der Wahrnehmung von angespanntem und entspanntem Körpergefühl, sodass eine verbesserte Selbstwahrnehmung gefördert wird. Symbolisierungsprozesse stellen eine Verbindung zwischen Körpererleben und gedanklicher oder verbaler Erfassung des Selbsterfahrens dar. Mittels kreativer Techniken können auf Symbolebene Patient*innen in der Differenzierungsfähigkeit und im gesicherten Selbsterleben unterstützt werden. Erst mit der Versprachlichung und der kognitiven Einordnung in Begleitung des*der Psychotherapeut*in werden nachhaltige Effekte gesichert.

Eine ganzheitliche Auflistung aller Methoden der Integrativen Gestalttherapie, würde den Rahmen dieser theoretischen Arbeit sprengen. Für die Arbeit mit anorektischen Patient*innen werden hier einige methodische Ansätze erwähnt.

5.5.1 Kontakt-Support-Konzept – dialogische Haltung – Figur/

Hintergrund-Prozess

„Kontaktunterbrechungen führen zu unabgeschlossenen Gestalten und Fixierungen“ (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017, S. 91) und viele Patient*innen mit einer Anorexie verspüren Angst an der Kontaktgrenze aufgrund von fehlender Stützfunktionen aus der Kindheit (Spagnuolo Lobb, 2007, zitiert nach Conte & Mione, 2016). Dies überfordert sie und Kontaktversuche werden als Bedrohung der Ich-Grenze, der Identität und des Daseins gedeutet. Als Kontaktversuche werden aus gestalttherapeutischer Sicht nicht nur die Aufnahme von sozialen Interaktionen gewertet. Zusätzlich dazu wird der Begriff „Kontakt“ breiter

ausgelegt in Bezug auf das Organismus-Umweltfeld-Konzept. Wie können integrative Gestalttherapeut*innen ihren Patient*innen helfen, wieder Vertrauen in Kontakte zu fassen, ohne das Gefühl zu haben, sich selbst aufgeben zu müssen? Das Berücksichtigen des Kontakt-Support-Konzeptes unterstützt den*die integrative Gestalttherapeut*in dabei, die Erkrankung zu verstehen und die Symptome im Hintergrund (gestörtes Essverhalten, Angst vor Gewichtszunahme etc.) gemeinsam mit dem*der Patient*in zu erforschen. Diese Hintergrundprozesse, die sowohl bewusst als auch unbewusst ablaufen, haben Auswirkungen auf den Ablauf des Kontaktzyklus.

Viele anorektische Patient*innen sind zu Beginn einer Behandlung sehr ambivalent und diesbezüglich ist die Schaffung eines guten Arbeitsbündnisses ein wichtiger Startbaustein auf den Weg zur Genesung. Staemmler (2009) spricht diesbezüglich von dem Angebot eines persönlichen Kontakts durch den*die Psychotherapeut*in, worin die dialogische Haltung zum Ausdruck kommt. Er betont, dass dieses Beziehungsangebot nicht zu verwechseln sei mit einem privaten Kontakt. Der*die Gestalttherapeut*in tritt demnach dem*der Patient*in, gleichwertig, respektvoll, einfühlsam und wertfrei gegenüber. Es wird Interesse an der Person und deren Erfahrungswelt gezeigt, mit dem Auftrag, an der Weiterentwicklung positiv mitzuwirken. A priori wird angenommen, dass Gedanken und Gefühle der Patient*innen, auch wenn diese sich manchmal unverständlich anmuten, einen Sinn oder eine Bedeutung haben. Dieses Kontaktangebot ermöglicht es Patient*innen, sich sicher und gut aufgehoben zu fühlen, sodass sie gemeinsam mit dem*der Psychotherapeut*in die schwierigen Themen des Lebens erforschen können. Des Weiteren werden sie ermutigt, „Mitteilungen aufzunehmen und zur Erweiterung ihres Horizontes zu nutzen“ (Staemmler, 2009, S. 45). Hier kommt das Dialogverständnis von Martin Buber (2006) zum Ausdruck, der mit seiner Definition und Bedeutung von Beziehungen einen großen Einfluss auf die Integrative Gestalttherapie hat. Ich-Du-Beziehungen haben „keinen Zweck, keine Gier und keine Vorwegnahmen“ (S. 12) und sind gegenseitig. „Mein Du wirkt an mir, wie ich an ihm wirke“ (Buber, 2006, S. 16). Ich-Es-Beziehungen stellen eine Beziehung dar, die zwischen Objekt und Subjekt

herrscht und funktional erlebt werden (Buber, 2006). Das Pendeln zwischen der Ich-Es-Position und der Ich-Du-Haltung ist Bestandteil für die Beziehung zur Welt, wobei keiner dem anderem überlegen oder wichtiger erscheinen soll, sondern beides existentiell notwendig ist (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017). Dabei kann diese Auslegung auf eine psychotherapeutische Beziehung jedoch nicht gänzlich übernommen werden. Es wird deutlich, dass sowohl die Gegenseitigkeit nicht vollständig von den Klient*innen kommen kann und als auch, dass der funktionale Aspekte Teil einer professionellen Beziehung sein kann (Gremmler-Fuhr, 2017a). So zum Beispiel ist eine Relation Ich-Es von Vorteil, wenn Psychotherapeut*innen Diagnosen erstellen oder Therapieziele festlegen. Von einer dialogischen Haltung können besonders Jugendliche profitieren, da die Psychotherapeut*innen den Heranwachsenden auf gleicher Augenhöhe und offen gegenüber begegnen und nicht als Expert*innen für alle Lebenslagen. Das Beziehungsangebot an Patient*innen ist geprägt von Neugierde und Authentizität (Mortola & Oaklander, 2019)

5.5.2 Gewährsein / Bewusstheit/ Awareness

In Bezug auf den Kontaktabbruch im Vorkontakt ist die Förderung der Bewusstheit (Awareness) und Einsicht eine hilfreiche Intervention. Der*Die Patient*in kann sich im Hier-und-Jetzt wieder orientieren und es eröffnen sich neue Wahlmöglichkeiten (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017). Bewusstheit bedeutet nach Blankertz und Doubrawa (2017) die Fähigkeit, „sich den Dingen zu öffnen, wie sie sind, und demzufolge angemessener handeln zu können“ (S. 28). Bewusstheit und Einsicht wird auf einem Bewusstheitskontinuum unterstützt. Dabei wird der*die Patient*in angeleitet, seine*ihre Aufmerksamkeit bewusst auf das gegenwärtige Erleben zu lenken (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017). Stevens (2011) unterteilt das bewusste Erleben in drei Arten von Wahrnehmen. Die Wahrnehmung der äußeren Welt ist durch die sensorischen Fähigkeiten geprägt. Der Kontakt mit der materiellen Umwelt und den Abläufen der aktuellen Situation wird durch das Sehen, Hören, Riechen, Schmecken und Berühren beschrieben. Die

Wahrnehmung der inneren Welt mit ihren aktuellen inneren Vorgängen erfolgt über die Sinnesempfindungen auf und unter der Haut. Dazu gehören zum Beispiel Beschreibungen von körperlichen Empfindungen wie beispielsweise Muskelverspannungen oder körperliche Ausdrucksformen von Emotionen. Die dritte Art von Wahrnehmung unterscheidet sich gänzlich von den ersten beiden und betrifft Bilder von Sachen und Erlebnissen, die in der Realität nicht physisch dargestellt werden. Es handelt sich um die Wahrnehmung, die auf „die Aktivität der Phantasie“ (Stevens, 2011, S. 20) basiert. Damit ist jede mentale Aktivität gemeint, wie zum Beispiel die Imagination, das Denken oder das Erinnern an vergangenes Geschehen. Mittels Wahrnehmungsübungen zur Förderung der Bewusstheit im Hier-und-Jetzt wird Personen ermöglicht, sich selbst bewusster zu sein und sich selbstverantwortlicher zu fühlen (Stevens, 2011). Hochgerner und Schwarzmann (2018) beschreiben dies als „permanentes Pendeln fokussierter Aufmerksamkeit zwischen Körpererleben, Gefühlen, Gedanken und Phantasie im inneren Raum.“ (S. 356) Votsmeier-Röhr und Wulf (2017) fassen zusammen: „Und wer sich mit Bewusstheit entscheidet, kann sein Handeln als selbstverantwortlich gestalten und verstehen. Mit der Freiheit, neue Entscheidungsoptionen zu wählen, kann sich der Klient selbstbestimmt und eigenverantwortlich sein Leben gestalten.“ (S. 153) Dieser Prozess ermöglicht das Lenken der Aufmerksamkeit auf bestehende Blockierungen. Dabei wird nicht nach der Frage des Warum geforscht, sondern das Erleben des Wies hinterfragt. Durch die Bewusstheitstechnik lernt der*die Patient*in, wie seine*ihre Blockierungen wirken und wie er*sie sich selbst behindert, um zu verstehen, welche Inhalte, Themen oder Werte der Organismus nicht assimilieren kann.

5.5.3 Körperarbeit

Für Laura Perls (2017b) ist die Körperarbeit ein fixer Bestandteil im gestalttherapeutischen Arbeiten. Nicht nur als Intervention, sondern aus dem ganzheitlichen Konzept heraus, ist die Trennung zwischen Psyche und Körper ein Irrglaube. Auch Kepner (2010) sieht Körperprozesse im Zusammenhang mit dem

Selbst und als wichtigen Faktor im Kontaktzyklus. Anorektische Patient*innen verlieren aufgrund ihrer Erkrankung den positiven Bezug zu ihrem Körper, ein Teil des Selbst wird abgespalten und der Körper wird als Objekt des Erlebens gesehen, nicht als zu einem selbst dazugehörig. Kepner (2010) ist der Meinung, dass, wenn Körperempfindungen vom Selbst getrennt sind, wichtige Informationen für die Bildung von Figuren fehlen und der Einfluss von Körpergefühlen auf das Handeln verringert ist. Seiner Auffassung nach besteht die Aufgabe des*der Psychotherapeut*in darin, „die Botschaften seines Körpers zu deuten und eine Lösung für die unabgeschlossene Situation zu finden, die den Betreffenden ursprünglich zwang, sich von jenem Aspekt seines Selbst zu entfremden, um auf dies Weise die Lücken im Organismus zu füllen.“ (S. 114) Dazu braucht es Körperübungen, die den Kontakt zu Körperprozessen ermöglichen. Der*Die Gestalttherapeut*in nutzt sein*ihr sprachliches Vokabular zur Beschreibung von Körpererfahrungen und zur Klärung der Bedeutung von körperlichen Wahrnehmungen und anderen nonverbalen Vorgängen. Weiters unterstützt der*die Psychotherapeut*in die Patient*innen dabei, eine Beziehung zu dem abgespaltenen Teil des Selbst zu entwickeln. Das Bearbeiten unerledigter Konflikte liegt genauso in den Agenden des*der Psychotherapeut*in, sodass verdrängte Funktionen wieder in das Selbst der Patient*innen integriert werden können, um neue kreative Anpassungen zu erschließen (Kepner, 2010).

Körperarbeit und Bewegungserfahrungen ermöglichen einen Zugang zu Erfahrungen, die tiefer gehen. Bewegungen, Imaginationen und Gefühle beeinflussen sich gegenseitig. Experimente und Übungen im Bewegungsbereich verbessern nicht nur die Beweglichkeit, sondern auch den Körperausdruck und fördern Bewegungs-Bewusstheit. Körperübungen sind erlebnisorientiert und wecken Neugierde und Experimentierfreude, weiters werden Erlebnis- und Erfahrungsbereiche erweitert. Zudem können Körper- und Bewegungsübungen genutzt werden, um ungelöste Konflikte, die sich körperlich niedergeschlagen haben, bewusst zu machen, um an einer Lösung im Hier-und-Jetzt arbeiten zu können (Richter, 2011).

5.5.4 Szenisches Arbeiten und innerer Dialog

Mittels szenischer Darstellung, zum Beispiel mit der Technik „leerer Stuhl“, können innere Konflikte inszeniert werden und ermöglichen, dass Symptome eine Sprachfunktion verliehen bekommen und der sprachlose Raum mit Worten gefüllt werden kann. Im Wechsel zwischen den Sesseln, der den inneren Dialog darstellt, kann der*die Patient*in sich sowohl mit dem Symptom identifizieren und dessen Botschaft hören (z.B. „Lass deinen Magen sprechen!“). Der innere Konflikt wird nach Außen getragen und in Begleitung des*der Psychotherapeut*in erlebbar gemacht, diese*r agiert in der Funktion eines Hilfs-Ich. Im „Doppeln“ (der*die Therapeut*in steht hinter dem Sessel, wo der*die Patient*in sitzt, und spricht stellvertretend für ihn*sie) werden unterschiedliche Sichtweisen eingenommen. Der*die Psychotherapeut*in schlägt Formulierungen vor, die von den Patient*innen übernommen oder ausgeschlagen werden können. Voraussetzung dafür ist ein angstfreier Raum und Offenheit des Psychotherapeut*innen. Dies dient dazu, dass sich Patient*innen darauf einlassen, unterschiedliche Positionen auszuprobieren, Themen darzustellen und die mit dem Symptom verbundenen Emotionen und Stimmungen zu erfahren (Wolf, 2017). Die Ambivalenz von vielen Jugendlichen mit einer Anorexie bezüglich einer Behandlung kann durch diese Intervention sichtbar gemacht und die im Hintergrund verborgenen Ängste oder Befürchtungen können aufgezeigt werden.

5.5.5 Kreative Medien

Jugendliche Patient*innen mit einer Essstörung stehen einer Psychotherapie ambivalent gegenüber. Vielmehr werden diese von den Eltern gebracht, welche die Notwendigkeit einer Behandlung sehen. Oft stehen die Jugendlichen einer Veränderung skeptisch gegenüber. Die Psychopathologie der Anorexia nervosa zeigt sich besonders in dieser Ambivalenz, die sich in der psychotherapeutischen Behandlung vordergründig zu Beginn der Behandlung zeigt. Die Betroffenen erleben die Erkrankung als ich-synton und dies führt dazu, dass eine Gewichtszunahme als nicht notwendig gesehen wird, obwohl schon ein

lebensgefährlicher Gesundheitszustand vorherrscht. Herpertz-Dahlmann führt in ihrem Vortrag (2023) an, die Ambivalenz gehöre zum Erkrankungsbild der Anorexie dazu und tauche im Verlauf einer Behandlung immer wieder auf. Auch nach Gewichtsstabilisierung können weiterhin negative Denkschemata und ein negatives Körperbild bestehen (Manfred Fichter et al., 2006). Die ambivalenten Anteile können in der gestalttherapeutischen Zusammenarbeit mit den Patient*innen ihren Raum bekommen, um die Figur hinter der Gestalt zu erfassen. Mittels szenischem Arbeiten oder kreativer Medien können die Anorexie oder die Ambivalenz externalisiert werden und ihre Würdigung erhalten. Gemeint ist damit im Sinne der kreativen Anpassung, dass jedes Symptom ein Versuch des Individuums darstellt, eine schwierige Situation zu meistern. Mittels diesem Ernstnehmen wird den jugendlichen Patient*innen vermittelt, dass deren bisheriges dysfunktionales Verhalten eine bestimmte Funktion erfüllte. Die dialogische Haltung der Gestalttherapeut*innen unterstützt die Interaktion zwischen Psychotherapeut*in und Jugendlichen. Dies gibt der ambivalenten und misstrauischen Haltung, die aufgrund der Erkrankung hervorgerufen wird, eine vertrauensvolle Basis. Der Einsatz kreativer Medien und unterschiedlicher Materialien erleichtert den Patient*innen den Zugang zu ihren Gefühlen und unterstützt sie, diese zum Ausdruck zu bringen. Im weiteren Verlauf werden diese in empathischer Begleitung des*der Psychotherapeut*in zugeordnet (Hochgerner & Schwarzmann, 2018). Die Materialien sollen einerseits Fantasie und Aktivität anregen, offen sein für unterschiedliche Gestaltungsmöglichkeiten und andererseits gemeinsame Erfahrungsräume, Kontakt und Dialog schaffen (Baulig & Baulig, 2002). Beliebte kreative Medien sind in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen Malen mit unterschiedlichen Zeichenutensilien, Gestalten mit Ton oder Modelliermasse, Handpuppen oder Naturstoffe und Materialien, welche die sensorische Ebene ansprechen (Anger & Schön, 2012; Baulig & Baulig, 2002; Oaklander, 2022). Baulig und Baulig (2002) präzisieren, dass weder das Material noch das Spiel und Gestalten damit im Vordergrund stehen sollte. Vielmehr steht die Beziehung „Ich-Du-Material“ (S. 112) im Fokus, dies bedeutet konkreter, psychotherapeutisch präsent zu sein und miteinander in Kontakt zu treten.

5.6 Aspekte in der Zusammenarbeit mit dem Bezugssystem

Die Eltern oder andere wichtige Bezugspersonen spielen eine signifikante Rolle bei der Unterstützung zur Genesung. Gleichzeitig sind sie Mitbetroffene, weil sie hautnah erleben, wie das eigene Kind einen Entwicklungspfad einschlägt, der möglicherweise mit dem Tod enden kann. Eltern können durchaus auch von Essen bedingten Situationen (wie zum Beispiel Abend- oder Mittagessen) und den Einschränkungen im Alltag durch die Erkrankung überfordert sein. Zudem können die Elternteile von Schuldgefühlen und Ängsten betroffen sein, fallweise verstärkt diese Familiensituation bereits vorhandene, ungeklärte Konflikte. Lock (2019) weist darauf hin, dass positive und nachhaltige Effekte vermerkt wurden bei familiären Interventionen, die sowohl Eltern als auch Jugendliche miteinbeziehen. Besonders deutlich waren diese positive Auswirkungen, wenn inhaltlich ein gezieltes Elterncoaching im häuslichen Umfeld berücksichtigt wurde.

Leopold und seine Kolleg*innen (2022) befassen sich mit der Frage, welchen Informationsbedarf Familienangehörige in der Behandlung von Essstörungen haben. In den durchgeführten Interviews gaben die Angehörigen retrospektiv an, dass sie in der Phase der Erkrankungserkennung von den Haus- oder Kinderärzt*innen unzureichend zum Krankheitsbild und zu adäquaten Behandlungen informiert wurden. Die betroffenen Familien wünschten sich spezifische Informationen zur Ätiologie und Symptomatik einer Essstörung. Ebenfalls gaben die Befragten an, dass ihnen Handlungsempfehlungen im Umgang mit dem erkrankten Familienmitglied gefehlt haben, da sie sich oft im Alltag überfordert fühlten. Vermisst haben die betroffenen Familien ebenso, eine Auskunft darüber, welche Kliniken eine Essstörungsbehandlung anbieten und wie eine solche Behandlung abläuft.

Aus Sicht der Integrativen Gestalttherapie ist die Familienarbeit kein fremder Begriff. Auf die Familie und deren Familienmitglieder wird als Ganzes der Fokus gesetzt. Familie wird dabei als ein eigenständiger, lebendiger Organismus gesehen, welcher kontinuierlich im Austausch (innerhalb und außerhalb der Einheit) steht und zudem von Veränderungen unterworfen ist. Des Weiteren ist

dieser Organismus durch verschiedene Entwicklungsphasen geprägt und bewahrt dabei dennoch eine kohärente Identität. Psychotherapeutisch liegt der Fokus der Gestalt-Familientherapie auf der Erhöhung der Bewusstheit innerhalb der Familie und der Erweiterung der Kompetenzbereiche in den Interaktionen innerhalb und außerhalb des familiären Systems. Weitere Ziele sind die Neugier und Interesse an einander wiederzuentdecken, um die emotionale Bindung zwischen den Familienmitgliedern zu stärken und um gut füreinander zu sorgen. Durch Ermutigung sich auf neue Sichtweisen einzulassen, entwickelt die Familien neue Strategien, um mit Problemen umzugehen. Mittels des Interaktiven Zyklus wird die Familie darin unterstützt, Kontakt zueinander herzustellen, Gefühle an- und auszusprechen und neue Erfahrungen zu assimilieren (Melnick & Nevis, 2017).

Als Psychotherapeut*in, der*die Jugendliche mit Anorexie behandelt, ist es umso wichtiger, die Eltern in ihrer Elternfunktion zu stärken und sie über die Erkrankung (Psychoedukation) aufzuklären. Dysfunktionale Kommunikation und Verhaltensmuster spielen eine bedeutende Rolle bei der Aufrechterhaltung und Dauer der Erkrankung. Ein wesentlicher Aspekt besteht darin, dass es nicht um Kontrolle oder um Bewertungen geht, sondern dass die Eltern in ihrer Präsenz gestärkt werden, die Bindung zwischen ihnen und ihrem Kind gefestigt werden. Dabei müssen sie lernen, ihr Kind zu unterstützen, die Verantwortung für den Umgang mit der Erkrankung ihnen zu übergeben (Treasure et al., 2020).

Die Gestalt-Familientherapie unterstützt in vielen Bereichen diese wichtigen familiären Beziehungen mit Berücksichtigung der psychischen Erkrankung. Das schließt unter anderem die Erhöhung der Bewusstheit der Interaktionen innerhalb der Familie und deren Bedeutung, die Erweiterung der Kompetenzbereiche mithilfe von Gestalt-Experimenten und die Neugierde innerhalb der Familie als Ganzes wiederzuentdecken mit ein. Des Weiteren das Lösen von Problemen durch die Auseinandersetzung mit neuen Perspektiven und die nachhaltige Stärkung der Beziehungen und Interaktionen im Familienfeld mittels interaktiven Zyklus des Erlebens (Melnick & Nevis, 2017). Die einzelnen Familienmitglieder werden darin unterstützt, aufmerksam zu beobachten, welche Erwartungen und Befürchtungen auftreten und auch die damit verbundenen Emotionen, wie beispielsweise Angst

oder Sorge, zu vermerken (Baulig & Baulig, 2002). Familien mit einem anorektischen Kind werden dadurch in der Beziehung zueinander unterstützt, indem die Interaktionen differenzierter und bewusster wahrgenommen werden. Auf diese Weise werden bestimmte dysfunktionale Verhaltensweisen in Hinblick auf die psychische Erkrankung erkennbar. Zur Vertiefung wird an dieser Stelle auf die Werke von Joseph Zinker (1997) und Walter Kempler (1985) verwiesen.

5.7 Grenzen der Integrativen Gestalttherapie

Hochgerner und Schwarzmann (2018) führen zwei Gefahrenpole in der Arbeit mit psychosomatischen Patient*innen an. Eine zu schnelle Aktivierung bei Patient*innen führt anfänglich scheinbar zu einer Verbesserung der Symptomatik. Die Annahme, dass retroflexive Verhaltensweisen den therapeutischen Prozess behindern und dadurch vermehrt zu Interventionen gegriffen wird, um ein Gefühl auszudrücken, scheint naheliegend. Konkreter führt das jedoch dazu, dass das Erlebte nicht integriert werden kann, zu Regression und keinem nachhaltigen, therapeutischen Fortschritt führt. Ein weiterer Gefahrenpol betrifft eine zu geringe oder zurückhaltende Aktivierung des*der Patient*in. Zu einführende und stützende therapeutische Angebote können bei Patient*innen mit einem vorwiegend strukturellen Störungsniveau dazu führen, dass einerseits vermehrt aggressive Themen auf den Psychotherapeut projiziert werden. Andererseits neigen diese Patient*innen dazu, im therapeutischen Kontakt konfluent zu erscheinen, Konflikte zu vermeiden und eine dependente Beziehung mit Spaltungstendenzen zu Psychotherapeut*innen zu entwickeln.

5.8 Selbstfürsorge und Psychohygiene für Therapeut*innen

Warren und sein Team (2013) befragten in ihrer Studie professionelle Helfer*innen, die mit Patient*innen mit Essstörung arbeiten. Ihr Untersuchungsgegenstand erfragte, welche Faktoren als emotional belastend empfunden werden. Die Teilnehmer*innen gaben folgende Gründe der emotionalen Belastung an: die Behandlungsresistenz, die ich-syntonen Anteile der

Erkrankung, eine gehäufte Anzahl von Rückfällen, die Angst um das eigene Überleben, emotionale Erschöpfung, schlechte Bezahlung und ein erhöhtes Arbeitspensum.

In der Arbeit mit essgestörten Patient*innen muss sich der*die Psychotherapeut*in nach Zinker (1997, zitiert nach Conte und Mione, 2016)

in ihrem eigenen Grund verankern, in dem Selbstbewusstsein ihres eigenen Selbstgefühls, und Kraft aus ihrem Grund beziehen, der von ihrer eigenen Es-Funktionen und Persönlichkeitsfunktion genährt wird. Das bedeutet, mit der vollen Präsenz ihres Körpers und der Tiefe ihres Atems an der Kontaktgrenze zu stehen, geleitet von ihrer eigenen therapeutischen Intentionalität (ihr Wissen, Ethik, beruflicher Hintergrund, und so weiter) und in gut integrierten Gendererfahrungen verwurzelt. (S. 531)

Auch Schigl (2023) postuliert: „Wichtig ist die Bewusstheit, dass ich als Therapeutin und Frau in unserer Gesellschaft die Mechanismen der Verwendung von Essen / Implikationen von Körperlichkeit aus eigener Erfahrung kenne, da ich den gesellschaftlichen Makrohintergrund mit den Klientinnen teile“ (S. 13).

Regelmäßige Supervisionen, die Auseinandersetzung mit Gegenübertragungsphänomenen und Selbstfürsorge sind für Therapeut*innen, die mit dieser Gruppe von Patient*innen arbeiten, ein wichtiger Aspekt (Warren et al., 2013). Weiters kann in spezifischen Fortbildungen das Wissen über die Psychopathologie dieser Erkrankung erweitert werden, und somit einem Erschöpfungszustand vorgebeugt werden. Ebenfalls zur Psychohygiene zählen regelmäßige Intervisionen, interdisziplinäre Vernetzungsarbeit sowie ausreichend Platz für Erholung und Ausgleich im Privatleben (Neumayr, 2016).

6 Zusammenfassung und Fazit

Anorexia nervosa ist eine ernst zu nehmende psychische Erkrankung, die ihren Beginn in der Adoleszenz hat. Zu den Kernsymptomen zählen ein ausgeprägter Gewichtsverlust, eine erhöhte Angst vor Gewichtszunahme, eine Körperschemastörung und eine intensive Beschäftigung bezüglich Figur und Gewicht (Herpertz-Dahlmann & Hilbert, 2022). In der Ätiologie wird von einem multifaktoriellen Modell ausgegangen, in welchem biologische, psychische und soziale Faktoren eine wesentliche Rolle spielen, sowohl in der Entstehung und im Krankheitsverlauf. Mit einer Mortalitätsrate bis zu 6% (Schulze & Kölch, 2020; Steinhausen, 2002) gehört die Anorexia nervosa zu der dritthäufigsten chronischen Erkrankung im Kindes- und Jugendalter mit einer erhöhten Sterblichkeitsrate (Herpertz-Dahlmann, 2022b). Ein längerer Hungerzustand oder ein länger andauerndes Untergewicht führt zu gravierenden somatischen und psychischen Folgeschäden. Bei den körperlichen Auswirkungen sind das Wachstum, der Hormonstatus, Herztätigkeit, der Knochenaufbau, die Gehirnstrukturen etc. betroffen (Otto, 2022). Auf der psychischen Ebene begegnen wir bei anorektischen Jugendlichen Einschränkungen in der kognitiven Denkleistung, psychische Komorbiditäten (Angsterkrankungen, Depression, Zwangserkrankungen) und einem niedrigen Selbstwert (Herpertz-Dahlmann, 2022b). Die Gefahr einer Chronifizierung oder Rückfälle ist auch über einen längeren Zeitraum gegeben, dennoch ist der Langzeitverlauf bei Jugendlichen günstiger als im Vergleich zu Erwachsenen (Dobrescu et al., 2020). Auch nach Erlangen eines gesunden Gewichtskorridors können negative Denkschemata zum Körperbild und Gewicht weiterhin bestehen (Fichter et al., 2006). Einer Behandlung stehen viele Patient*innen mit einer Anorexie ambivalent gegenüber und die treibende Kraft dahinter sind meistens die besorgten und überforderten Eltern.

Die erste Forschungsfrage beschäftigte sich mit der Literatur der Integrativen Gestalttherapie zum Thema Anorexie bei Jugendlichen. Die aktuell publizierte Literatur zu diesem spezifischen Thema zeigt, dass sich viele Autor*innen mit den Essstörungen allgemein und der Psychosomatik beschäftigt haben, jedoch nur

wenige die einzelnen Störungsbilder (Anorexie, Bulimie, Binge-Eating-disorder) betrachtet haben. Eine differenziertere inhaltliche Betrachtungsweise wie es Conte und Mione (2016) anführen, erlaubt einen sensibleren Blick auf die Themen von Abgrenzung, Kontrolle, Sicherheit etc. in Bezug auf die unterschiedlichen Essstörungskategorien. Von der Krankheit sind mehr Mädchen betroffen als Jungen (Herpertz-Dahlmann, 2022b). Viele Studien haben eher Patientinnen in ihren Stichproben. Die Anzahl von wissenschaftlichen Untersuchungen mit männlichen Probanden ist im Vergleich viel geringer. Weitere Forschungen sind gefordert, da nicht unwesentlich erscheint, ob es geschlechtsspezifische Unterschiede gibt. Auch in der Literatur der Gestalttherapie und Integrativen Gestalttherapie beziehen sich die Autor*innen vermehrt auf ein weibliches Klientel und erwähnen in Bezug auf die Geschlechtsidentität die Vorstellung von Weiblichkeit und Frausein. Ob dies gleichsam umgelegt werden kann bei Patienten mit einer Anorexie bzw. auf Männlichkeit und Mannsein, ist zu hinterfragen und benötigt eine differenzierte Ansichtsweise und weitere Studien. Bisherige Studien mit männlichen Anorektikern kamen zu dem Schluss, dass viele Betroffene einen muskulösen und athletischen Körperbau anstreben (Herpertz et al., 2022). Auch die Berücksichtigung von Komorbiditäten (Angst, Depression, Zwang) bei anorektischen Jugendlichen finden kaum Erwähnung in der recherchierten Literatur.

In der Integrativen Gestalttherapie werden Symptome oder Verhaltensauffälligkeiten von Patient*innen als kreative Anpassung gesehen, die ihren Weg zu einer Befriedigung noch nicht gefunden haben. Das Verständnis einer dialogischen Haltung und des Kontaktzyklus vermittelt ein tieferes Verstehen des Erkrankungsbildes der Anorexie. Dies führt zu der zweiten Forschungsfrage, welche Konzepte und Methoden der Integrativen Gestalttherapie in der Behandlung hilfreich sein können. Durch die Unterbrechung im Vorkontakt werden die Stimuli aus dem Umfeld und aus dem Körper wahrgenommen, jedoch wird das dahinterstehende Bedürfnisse nicht erfasst. Die Ursache dafür liegt in der frühen Kindheit, wo die betroffenen Jugendliche zu wenig Stützung von den Bezugspersonen erhalten haben und dadurch jeder Reiz aus dem Umfeld

skeptisch oder bedrohlich angesehen wird (Conte & Mione, 2016). Die Bedrohung der Existenz in der Welt (Votsmeier-Röhr, 2005) scheint sich in der Anorexie durch einen körperlichen Mangelzustand zu zeigen. Der Organismus kann nicht mehr spüren, was er benötigt (Brauchen, Wünschen, Wollen), umgelegt auf die Anorexie nimmt das Individuum kein Hungergefühl wahr. Die zweite Kontaktphase, die zur Orientierung und Gestaltung dient, kann durch einen schwachen Antrieb den Kontaktprozess in befriedigender Ausprägung nicht erfüllen (Dreitzel, 2004). Weder kann der Organismus die Energie auf ein bestimmtes Ziel lenken noch angemessene Handlungen gegenüber der Umwelt setzen. Kontaktunterbrechungen in Form von Konfluenz, Introjektion, Projektion, Retroflexion oder Egotismus sind die Folge (Canella & Cavaleri, 2002). Im Verständnis des Kontaktprozesses zielt die gestalttherapeutische Arbeit darauf ab, die Patient*innen mit einer Anorexie darin zu unterstützen, ihre Kontaktgrenze wieder zu er- und beleben in einem ganzheitlichen Kontext, Körper und Geist. Die Themen im Vorkontakt liegen in der Differenzierung von Figur-Hintergrund und in der Wahrnehmung der Bedürfnisse (Dreitzel, 2004). Im Kontakt mit dem*der Gestalttherapeut*in erfährt er*sie ein empathisches Wahrnehmen auf gleicher Augenhöhe über die dialogische Haltung. Jugendliche möchten in ihrem Autonomiestreben sowohl ernstgenommen als auch als gleichwertige Gesprächspartner*innen wahrgenommen werden (Baulig & Baulig, 2002). Auch die ambivalente Haltung des*der Patient*in wird nicht als Widerstand gedeutet, sondern als Ausdruck ihrer schöpferischen Anpassung im Kontinuum der Polaritäten. Der*die Gestalttherapeut*in ist anfangs ein*e empathische*r Begleiter*in, um standhaft über die „Destruktivität“ der Essstörung hinauszusehen. Zudem muss er*sie zuversichtlich bleiben, dass es den Patient*innen gelingt, „spontan Nahrung zu finden und nach dem/der Anderen zu greifen, und sich selbst erreichen zu lassen, ohne sich selbst zu verlieren.“ (Conte & Mione, 2016, S. 531) Mittels Techniken zur Förderung der Bewusstheit, ein ganzheitlicher Blick auf den Organismus-Umweltfeld und Stützung im Kontaktgeschehen, lernt es der*die Patient*in an der Kontaktgrenze verweilen zu können. Zusammenhänge zwischen Essverhalten, für die im Hintergrund

liegenden Themen Verantwortung zu übernehmen und neue Erfahrungswelten kennenzulernen und zu integrieren wird ebenfalls gelernt.

Die Körperarbeit in der Integrativen Gestalttherapie ist fixer Bestandteil und kann kreativ in der Auseinandersetzung mit der Körperbildstörung eingesetzt werden. Bewegung, Tanz, Körpererleben und Wahrnehmung unterstützen die anorektischen Patient*innen darin, sich selbst zu spüren und sich wieder mit dem Körper anzufreunden, sodass dieser wieder zugehörig in der Einheit des Selbst integriert empfunden wird. Der Einsatz von kreativen Medien unterstützt anorektische Jugendliche, bestimmte Körperphänomene und Emotionen auszudrücken und in Kontakt zu kommen, wo Worte nicht ausreichen. In der Behandlung von anorektischen Jugendlichen spielt die Einbindung des Bezugssystems eine wichtige Rolle. Ansätze aus der Familien-Gestalttherapie stärken die Elternkompetenzen und blicken hinter die verstrickten Kommunikationsmuster (Melnick & Nevis, 2017).

7 Offene Themen und Ausblick

Ambivalenz bezüglich Krankheitseinsicht und Behandlung herrscht bei vielen Patient*innen. Der Ich-syntone Anteil der Erkrankung wirkt sich insofern dadurch aus, dass viele betroffene Jugendliche nicht freiwillig einer Behandlung zustimmen und den Druck von Eltern und dem Helfersystem spüren. Wie verfährt das Umfeld mit Jugendlichen, wenn das Gewicht unter der 3. Alters-BMI-Perzentile liegt und sie zudem die Behandlung verweigern? Sorge von Seiten der Eltern ist berechtigt, da ein längerer Hungerzustand auf somatischer und auf psychischer Ebene zu Folgeschäden führen kann. Hat eine Behandlung im Zwangskontext Erfolgchancen? Der Kontext Zwang wirft vor allem ethische Fragen auf. Besonders schwierig wird es, wenn bei gravierendem Untergewicht auch eine Behandlung mit Sondenernährung (Gastro-nasal-Ernährung) aus medizinischer Sicht indiziert wird, Patient*innen diese jedoch verweigern. Auch Eltern befinden dahingehend in einem Dilemma – einerseits eine Entscheidung gegen den Willen des Kindes zu treffen oder andererseits mittels Sondennahrung das Risiko von Organschäden anzuwenden. Guarda und ihre Kolleg*innen (2007) gingen dieser Frage nach Freiwilligkeit einer Behandlung nach und befragten sowohl erwachsene als auch jugendliche Patient*innen mit einer Essstörung, die anfangs einer Behandlung ablehnend gegenüberstanden. Sie fanden heraus, dass mehr als die Hälfte der Befragten zwei Wochen nach einer stationären Aufnahme ihre Meinung änderte und die Notwendigkeit einer Behandlung erkannte. Eine Behandlungseinsicht trat bei Erwachsenen häufiger ein als bei Jugendlichen. Dieses Ergebnis lässt darauf schließen, dass sich auch bei anfänglicher Skepsis eine positivere Haltung entwickeln kann. Es werden jedoch mehr Studien benötigt, um zu erforschen, welche Faktoren zu Behandlungsbeginn hilfreich sind oder was für Patient*innen unterstützend sein könnte, um eine Krankheitseinsicht zu entwickeln.

Die therapeutische und medizinische Versorgung anorektischer Patient*innen nach dem stationären Aufenthalt erscheint in Oberösterreich ernüchternd. In einigen Regionen besteht noch Handlungsbedarf und die Nachfrage kann

aufgrund von fehlenden Personalressourcen nicht abgedeckt werden. Workshops für Eltern oder psychoedukative Gruppen, wie nach dem Konzept „SUCCEAT“ (Franta et al., 2018), können die Zusammenarbeit mit dem Bezugssystem forcieren und die Eltern in der Auseinandersetzung mit der Krankheit unterstützen (Psychoedukation, Unterstützung bei der Emotionsregulierung, Rückfallprävention etc.).

Die Transition in das häusliche Umfeld und die Reintegration in die schulische oder berufliche Ausbildung stellen die Patient*innen zum Ende des stationären Aufenthalts vor neue Herausforderungen. Ein selbstständiges Essensmanagement oder flexiblere, an den Alltag angepasste Vorgehensweisen sind von den Betroffenen in der neuen Umgebung zu bewältigen. In diesem Kontext sind sowohl die Bezugspersonen als auch Pädagog*innen bzw. Ausbilder*innen gefragt, auf flexiblere Gestaltungsmöglichkeiten zu achten. In Zusammenarbeit mit Schulen werden Schuleinstiege in kleinen Schritten vorbereitet. Das bedeutet, es werden zu Beginn ein bis zwei Einheiten in der Woche geplant und diese zunehmend von Woche zu Woche gesteigert. Gleichzeitig werden die Schulbesuche gemeinsam mit dem Behandlungsteam (Medizin, Diätologie, Psychologie, Sozialarbeit etc.) reflektiert und evaluiert. Lehrstellen und entsprechende Ausbildungseinrichtungen werden durch eine solche sukzessive Annäherung an den Berufsalltag vor rechtliche, versicherungstechnische und wirtschaftliche Herausforderungen gestellt. Um eine Reintegration in den Berufsalltag zu ermöglichen, sind Projekte wie die „verlängerte Lehre“ zu fördern. Zum Ende eines stationären Aufenthalts erscheint die Definition eines Entlassungs-, Ziel- und Wiederaufnahmegewichts von besonders hoher Wichtigkeit. Weiterhin sind ambulante medizinische und psychologische Nachbetreuung von großer Wichtigkeit, um einer Chronifizierung vorzubeugen. Die Patient*innen werden nach der stationären Entlassung wöchentlich ambulant nachbetreut, wobei es sich um Gewichtskontrollen und Nachbesprechungen handelt. Bei Stabilisierung werden die Abstände zwischen den Kontrollterminen ausgedehnt bzw. die Durchführung an niedergelassene Hausärzt*innen weitervermittelt. Eine engere Zusammenarbeit und

störungsspezifische Fortbildungen der Allgemeinmediziner*innen könnten in dieser Phase wesentliche Rollen für den weiteren Genesungsprozess spielen, vor allem in Bezug auf die Rückfallprävention. Weitere essentielle Faktoren bei der ambulanten Behandlung von Essstörungen, sind die elterlichen Bezugspersonen. Diesen obliegt die Verantwortung der regelmäßigen Gewichtskontrollen. Um den Betroffenen eine erfolgreiche Entwicklung zu ermöglichen, gilt es, den Eltern die Wichtigkeit der Kontrollen zu vermitteln bzw. sie wie bereits erwähnt durch eine Kooperation mit Allgemeinmediziner*innen zu entlasten. Konzepte einer aufsuchenden Nachbetreuung wie das Home treatment in Deutschland (Altdorf et al., 2022; Herpertz-Dahlmann, 2022b; Herpertz-Dahlmann et al., 2021) könnten hilfreiche Maßnahmen sein, um den Patient*innen und den Bezugspersonen nach dem stationären Aufenthalt zusätzliche Unterstützung zukommen zu lassen. Bisherigen Studien zur Folge konnte eine positive Auswirkung auf die Genesung bei den Patient*innen und eine Zunahme der elterlichen Fertigkeiten festgestellt werden (Herpertz-Dahlmann et al., 2021). Neue Anregungen gibt ebenso das Wiener Projekt „MANTR-a“ (Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment für adolescents) von Dr. Karwautz und seinem Team (Karwautz, n.d.). Gruppenangebote für diese Patient*innengruppe außerhalb eines Krankenhauses oder einer Klinik werden selten angeboten, meistens sind sie im stationären Setting eingegliedert.

Ganter, Sevecke und Buchheim (2015) fanden bei ihren Nachforschungen heraus, dass anorektische Jugendliche einen unsicheren Bindungsstil haben. Auch deren Mütter wiesen gehäuft eine ungelöste Bindungsrepräsentation auf. In welchen Zusammenhang ein transgenerationaler Faktor und die Entwicklung von Essstörungen stehen, kann an dieser Stelle aufgrund von fehlender Studienlage nicht eindeutig geklärt werden.

Bis dato existiert kein Medikament, welches gezielt in der Behandlung einer Anorexie eingesetzt werden kann. Viele Medikamente werden im off-label-use bei Jugendlichen verwendet, um bestimmte Symptome zu verbessern. Die Diskussion über den Einsatz von Olanzapin wird weiterverfolgt. Die Korrelation von Bewegungsdrang und Neuroleptin bedarf ebenfalls noch intensiverer Forschung.

Viele Themen sind noch nicht gänzlich erfasst und mit den wachsenden technologischen Verfahren können neurologische und endokrinologische Prozesse in Bezug auf diese Erkrankung besser verstanden werden. Die abschließenden Sätze sollen Hoffnung geben, da die Behandlung dieser Krankheit lange und anstrengend für alle Beteiligten (Patient*in, Familienangehörige, Helfersystem) sein kann. Sie stammen aus dem Kinderbuch „Das kleine Ich bin ich“ von Mira Lobe (1980). Auf der Suche nach seiner Herkunft, seiner Identität und seiner Zugehörigkeit begegnet das bunte Tier vielen Tieren, die ihm nicht weiterhelfen können. Den Tränen und der Verzweiflung nahe, ob das bunte Tier existiert, erkennt und pocht es auf seine Existenz. Im Spiegelbild einer Seifenblase, die dann zerplatzt, sieht es sich selbst. Das kleine bunte Tier sagt:

Macht nichts! War ja nur ein Spiegeltier!

Es ist fort und ich bin hier.

Ich bin hier - und diese Wiese,

wo die bunten Blumen stehn,

hab' ich die nicht schon geseh'n?

So ein Glück,

bin zurück

auf der alten Wiese!"

Zwischen hohen grünen Halmen

geht das ICH-BIN-ICH spazieren,

dreht sich nicht mehr hin und her,

denn es ist - ihr wisst schon wer. (Lobe, 1980, Das kleine Ich bin ich)

8 Literaturverzeichnis

- Ahrén-Moonga, J., Silverwood, R., Klinteberg, B. af & Koupil, I. (2009). Association of higher parental and grandparental education and higher school grades with risk of hospitalization for eating disorders in females: the Uppsala birth cohort multigenerational study. *American journal of epidemiology*, 170(5), 566–575. <https://doi.org/10.1093/aje/kwp166>
- Ainsworth, M. (2007). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Hrsg.), *Attachment across the life cycle* (S. 33–51). Routledge.
- Altdorf, S., Dempfle, A., Heider, K., Seitz, J., Herpertz-Dahlmann, B. & Dahmen, B. (2022). Eltern als Ko-Therapeuten im home treatment bei adoleszenter Anorexia nervosa –Wirkfaktoren und Mechanismen [Parents as Co-Therapists in Home Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa - Factors and Mechanisms]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 71(5), 467–486. <https://doi.org/10.13109/prkk.2022.71.5.467>
- Anger, H. & Schön, T. (Hrsg.). (2012). *IGW-Publikationen in der EHP. Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen*. EHP.
- Badier, A. (2017). Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (3., neu ausgestattete Auflage, S. 953–963). Hogrefe.
- Baulig, I. & Baulig, V. (2002). *Praxis der Kindergestalttherapie: Illustrationen* (2. Auflage 2010). *EHP - Praxis*. EHP Verlag Andreas Kohlhage.

- Blankertz, S. & Doubrawa, E. (2017). *Lexikon der Gestalttherapie* (1. Auflage). Books on Demand.
- Bowlby, J. (1975). *Bindung: Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. Studienausgabe*. Kindler.
- Brisch, K. H. (2008). *Bindungsstörungen: Von der Bindungstheorie zur Therapie* (8. Aufl.). Klett-Cotta.
- Bruch, H. (1998). *Das verhungerte Selbst: Gespräche mit Magersüchtigen* [11.-12. Tsd.]. Fischer Taschenbuch.
- Bruch, H. (2010). *Der goldene Käfig: Das Rätsel der Magersucht* (19. Aufl.). *Fischer-Taschenbücher Psychologie: Bd. 6744*. Fischer-Taschenbuch-Verl.
- Buber, M. (2006). *Ich und Du. Universal-Bibliothek: Nr. 9342*. Reclam.
- Bulik, C. M., Flatt, R., Abbaspour, A. & Carroll, I. (2019). Reconceptualizing anorexia nervosa. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 73(9), 518–525.
<https://doi.org/10.1111/pcn.12857>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (n.d.). *ICD-11 in Deutsch - Entwurfsfassung*.
https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html
- Canella, G. & Cavaleri, P. (2002). Dalla bocca alla persona.: L'esperienza anoressica e bulimica in gruppo. *Quaderni di Gestalt*, (34/35), 25–39.
- Cash, T. F. & Deagle, E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 107–126.

[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199709\)22:2<107::AID-](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199709)22:2<107::AID-)

[EAT1>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199709)22:2<107::AID-EAT1>3.0.CO;2-J)

- Conte, E. & Mione, M. (2016). Anorexie, Bulimie und Hyperphagie: Dramatische Formen weiblicher Kreativität. In G. Francesetti, M. Gecele & J. Roubal (Hrsg.), *EHP - Edition Humanistische Psychologie. Gestalttherapie in der klinischen Praxis: Von der Psychopathologie zur Ästhetik des Kontakts* (S. 517–540). EHP.
- Dalhoff, A. (2022). „KörperErleben“ - Ich - Du - Wir und Anorexia nervosa im Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* (71), 430–448.
- Delfos, M. F. (2015). „*Wie meinst du das?*“: *Gesprächsführung mit Jugendlichen: 13 - 18 Jahre* (V. Kiefer, Übers.) (6., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Beltz.
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (Hrsg.). (2019). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien sowie Referenztabellen ICD-10 vs. ICD-9 und ICD-10 vs. DSM-IV-TR : nach dem englischsprachigen Pocket Guide von J. E. Cooper* (9., aktualisierte Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen gemäss ICD-10-GM (German Modification) 2019). Hogrefe.
- Dittmer, N., Mönch, C., Marwitz, M., Mühlen, M. von der, Baumann, S., Cuntz, U., Alexandridis, K., Fumi, M. & Voderholzer, U. (2021). *Zwanghaftes Bewegungsverhalten bei Essstörungen: Ein Therapiemanual* (1. Auflage). *Therapeutische Praxis*. Hogrefe.

- Dobrescu, S. R., Dinkler, L., Gillberg, C., Rastam, M., Gillberg, C. & Wentz, E. (2020). Anorexia nervosa: 30-year outcome. *The British Journal of Psychiatry*, 216(216), 97–104. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.113>
- Dreitzel, H. P. (2004). *Gestalt und Prozess: Eine psychotherapeutische Diagnostik, oder, Der gesunde Mensch hat wenig Charakter. EHP-Fachbuch*. EHP.
- Dulloo, A. G. (2021). Physiology of weight regain: Lessons from the classic Minnesota Starvation Experiment on human body composition regulation. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 22 Suppl 2, e13189. <https://doi.org/10.1111/obr.13189>
- Ehrlich, S. (2021). Anorexia nervosa im Kindes- und Jugendalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 169(5), 473–483. <https://doi.org/10.1007/s00112-021-01144-6>
- Engel, G. L. (1996). From biomedical to biopsychosocial: I. Being scientific in the human domain. *Families, Systems, & Health*, 14(4), 425–433. <https://doi.org/10.1037/h0089973>
- Falkai, P., Wittchen, H.-U. & Döpfner, M. (Hrsg.). (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5* (2., korrigierte Auflage). Hogrefe.
- Farstad, S. M., McGeown, L. M. & Ranson, K. M. von (2016). Eating disorders and personality, 2004–2016: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 46, 91–105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.005>

- Fichter, M. M., Daser, C. & Postpischil, F. (1985). Anorexic syndromes in the male. *Journal of psychiatric research, 19*(2-3), 305–313.
[https://doi.org/10.1016/0022-3956\(85\)90033-0](https://doi.org/10.1016/0022-3956(85)90033-0)
- Fichter, M. (2022). Prävalenz und Inzidenz anorektischer und bulimischer Essstörungen. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (3rd ed. 2022, S. 71–80). Springer.
- Fichter, M., Quadflieg, N. & Hedlund, S. (2006). Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *The International journal of eating disorders, 39*(2), 87–100. <https://doi.org/10.1002/eat.20215>
- Fittig, E. & Jacobi, C. (2022). Psychosoziale Risikofaktoren. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (3rd ed. 2022, S. 157–169). Springer.
- Franta, C., Philipp, J., Waldherr, K., Truttmann, S., Merl, E., Schöfbeck, G., Koubek, D., Laczkovics, C., Imgart, H., Zanko, A., Zeiler, M., Treasure, J., Karwautz, A. & Wagner, G. (2018). Supporting Carers of Children and Adolescents with Eating Disorders in Austria (SUCCEAT): Study protocol for a randomised controlled trial. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association, 26*(5), 447–461.
<https://doi.org/10.1002/erv.2600>
- Friederich, H.-C., Terhoeven, V. & Nikendei, C. (2022). Medizinische Komplikationen bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (3rd ed. 2022, S. 269–275). Springer.

- Fuhr, R. (2017). Praxisprinzipien: Gestalttherapie als experiencieller, existentieller und experimenteller Ansatz. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (3., neu ausgestattete Auflage, S. 417–437). Hogrefe.
- Fumi, M. (2022, 21. Oktober). *Das Leben der Anderen: Essstörungen und Soziale Medien* [Vortrag]. Kongress Essstörungen 2022, Alpbach.
- Gander, M., Sevecke, K. & Buchheim, A. (2015). Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective. *Frontiers in psychology, 6*, 1136. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01136>
- Garber, A. K., Sawyer, S. M., Golden, N. H., Guarda, A. S., Katzman, D. K., Kohn, M. R., Le Grange, D., Madden, S., Whitelaw, M. & Redgrave, G. W. (2016). A systematic review of approaches to refeeding in patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 49*(3), 293–310. <https://doi.org/10.1002/eat.22482>
- Gremmler-Fuhr, M. (2017a). Dialogische Beziehung in der Gestalttherapie. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (3., neu ausgestattete Auflage, S. 393–416). Hogrefe.
- Gremmler-Fuhr, M. (2017b). Grundkonzepte und Modelle der Gestalttherapie. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (3., neu ausgestattete Auflage, S. 345–416). Hogrefe.
- Grillmeier-Rehder, U. (2020). *Kernkompetenzen in der Integrativen Gestalttherapie: Psychotherapeutische Fähigkeiten in der fachspezifischen*

- Ausbildung* (1. Auflage 2020). *BestMasters*. Springer Fachmedien
Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-27986-8>
- Grossmann, K. & Grossmann, K. (Hrsg.). (2011). *Bindung und menschliche
Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der
Bindungstheorie* (K. Grossmann, Übers.) (3. Aufl.). Klett-Cotta.
- Guarda, A. (2007). Perceived Coercion and Change in Perceived Need for
Admission in Patients Hospitalized for Eating Disorders. *The American
journal of psychiatry*, 164(1), 108. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.164.1.108>
- Gull, W. W. (1997). Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica).
1868. *Obesity research*, 5(5), 498–502. <https://doi.org/10.1002/j.1550-8528.1997.tb00677.x>
- Hartman-Munick, S. M., Lin, J. A., Milliren, C. E., Braverman, P. K., Brigham, K. S.,
Fisher, M. M., Golden, N. H., Jary, J. M., Lemly, D. C., Matthews, A.,
Ornstein, R. M., Roche, A., Rome, E. S., Rosen, E. L., Sharma, Y.,
Shook, J. K., Taylor, J. L., Thew, M., Vo, M., . . . Richmond, T. K. (2022).
Association of the COVID-19 Pandemic With Adolescent and Young Adult
Eating Disorder Care Volume. *JAMA Pediatrics*, 176(12), 1225–1232.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.4346>
- Hartmann-Kotteck, L. (2008). *Gestalttherapie* (2., Aufl.). Springer Berlin.
- Hebebrand, J., Antel, J., Tan, S., Wabitsch, M., Wiesing, U., Barth, N., Ludwig, C.,
Bühlmeier, J., Libuda, L., Milos, G. & Hinney, A. (2021). Kurzzeitige
Behandlung von Patient_innen mit Anorexia nervosa mit rekombinant
hergestelltem Human-Leptin (Metreleptin): Rasch einsetzende positive

Effekte auf Stimmung, Kognition und Verhalten. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 49(1), 1–5.

<https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000775>

Herpertz, S., Fichter, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S. & Zeek, A. (Hrsg.). (2019). *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen* (2. Auflage). Springer.

Herpertz, S., Zwaan, M. de & Zipfel, S. (Hrsg.). (2022). *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (3rd ed. 2022). Springer.

Herpertz-Dahlmann, B. (2022a). *Aktuelle Behandlungsaspekte bei der adoleszenten und kindlichen Anorexia nervosa* [Vortrag]. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. DGKJP virtuell. <https://www.dgkjp.de/dgkjp-virtuell-aktuelle-behandlungsaspekte-bei-der-adoleszenten-und-kindlichen-anorexia-nervosa/>

Herpertz-Dahlmann, B. (2022b). Anorexia Nervosa. In B. Herpertz-Dahlmann & A. Hilbert (Hrsg.), *Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Ein klinisches Handbuch* (1. Auflage, S. 13–61). Verlag W. Kohlhammer.

Herpertz-Dahlmann, B. (2022c). Anorexia nervosa im Kindes- und Jugendalter. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (3rd ed. 2022, S. 101–107). Springer.

Herpertz-Dahlmann, B. (2022d). Anorexia nervosa im Kindes- und Jugendalter. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (3rd ed. 2022, S. 101–107). Springer.

- Herpertz-Dahlmann, B. (2023). *Von Shoulder to Shoulder“ anstatt von „head to head“: Innovative Behandlungsstrategien bei Patientn und Patientinnen mit Anorexia nervosa und deren Eltern* [Vortrag]. DGKJP virtuell.
<https://www.dgkjp.de/dgkjp-virtuell-innovative-behandlungsstrategien-bei-anorexia-nervosa/>
- Herpertz-Dahlmann, B., Borzikowsky, C., Altdorf, S., Heider, K., Dempfle, A. & Dahmen, B. (2021). ‚Therapists in action‘-Home treatment in adolescent anorexia nervosa: A stepped care approach to shorten inpatient treatment. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association, 29*(3), 427–442. <https://doi.org/10.1002/erv.2755>
- Herpertz-Dahlmann, B., Bühren, K. & Seitz, J. (2011). Kindliche und adoleszente Anorexia nervosa: Verlauf und Bedeutung für das Erwachsenenalter [Anorexia nervosa in childhood and adolescence: course and significance for adulthood]. *Der Nervenarzt, 82*(9), 1093–1099.
<https://doi.org/10.1007/s00115-010-3231-1>
- Herpertz-Dahlmann, B., Dempfle, A., Egberts, K. M., Kappel, V., Konrad, K., Vloet, J. A. & Bühren, K. (2018). Outcome of childhood anorexia nervosa- The results of a five- to ten-year follow-up study. *The International journal of eating disorders, 51*(4), 295–304. <https://doi.org/10.1002/eat.22840>
- Herpertz-Dahlmann, B. & Hilbert, A. (Hrsg.). (2022). *Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Ein klinisches Handbuch* (1. Auflage). Verlag W. Kohlhammer.

- Hirtz, R., Zheng, Y., Rajcsanyi, L. S., Libuda, L., Antel, J., Peters, T., Hebebrand, J. & Hinney, A. (2021). Ebenen der genetischen Analyse komplexer Phänotypen am Beispiel der Anorexia nervosa und der Varianz des Körpergewichts [Genetic Analyses of Complex Phenotypes Through the Example of Anorexia Nervosa and Bodyweight Regulation]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 50(3), 175–185.
<https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000829>
- Hochgerner, M., Hoffmann-Widhalm, H., Nausner, L. & Wildberger, E. (Hrsg.). (2018). *Gestalttherapie* (2., überarbeitete und aktualisierte Auflage). Facultas.
- Hochgerner, M. & Schwarzmann, M. (2018). Psychosomatik in der Integrativen Gestalttherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (2., überarbeitete und aktualisierte Auflage, S. 342–366). Facultas.
- Holland, G. & Tiggemann, M. (2016). A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body image*, 17, 100–110. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.008>
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S. & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(4), 678–685.
<https://doi.org/10.1037//0022-006x.61.4.678>
- Jacobi, C., Paul, T. & Thiel, A. (2004). *Essstörungen. Fortschritte der Psychotherapie: Bd 24*. Hogrefe.

- Jaite, C., Salbach, H. & Jacobi, C. (2021). *Anorexia und Bulimia nervosa im Jugendalter: Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual* (2., überarbeitete Auflage). Beltz.
- Kalm, L. M. & Semba, R. D. (2005). They starved so that others be better fed: remembering Ancel Keys and the Minnesota experiment. *The Journal of nutrition*, 135(6), 1347–1352. <https://doi.org/10.1093/jn/135.6.1347>
- Karwautz, A. (n.d.). *MANTR-a: Therapie für Jugendliche und junge Erwachsene mit Anorexia Nervosa*. <https://www.ess-stoerung.eu/index-Dateien/Page2175.htm>
- Kempler, W. (1985). *Grundzüge der Gestalt-Familientherapie*. dtv: Bd. 15008. Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Kepner, J. I. (2010). *Körperprozesse: Ein gestalttherapeutischer Ansatz* (6. Auflage). Edition Humanistische Psychologie.
- Klampfl, P. & Hochgerner, M. (2022). Diagnostische Aspekte in der Integrativen Gestalttherapie. In C. Höfner & M. Hochgerner (Hrsg.), *Psychotherapeutische Diagnostik: Kompendium Für Alle in Österreich Anerkannten Therapieverfahren* (1st ed., S. 287–305). Springer Berlin / Heidelberg.
- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K. & Nicholls, D. (2010). Academy for Eating Disorders position paper: the role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 1–5. <https://doi.org/10.1002/eat.20751>

- Le Grange, D., Pradel, M., Pogos, D., Yeo, M., Hughes, E. K., Tompson, A., Court, A., Crosby, R. D. & Sawyer, S. M. (2021). Family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: Outcomes of a stepped-care model. *The International journal of eating disorders*, 54(11), 1989–1997.
<https://doi.org/10.1002/eat.23629>
- Leopold, S., Sosnowsky-Waschek, N., Giel, K., Junne, F., Zipfel, S. & Resmark, G. (2022). Informationsbedarf bei Essstörungen – die Angehörigenperspektive. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 68(3), 297–313.
<https://doi.org/10.13109/zptm.2022.68.3.297>
- Lewin, K. (2012). *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften: Ausgewählte theoretische Schriften* (1. Aufl.). *Psychologie Klassiker*. Huber.
- Liechti, J. & Liechti-Darbellay, M. (2020). *Anorexia nervosa - Verzehrende Suche nach Sicherheit: Wege zur Veränderung im Kontext naher Beziehungen* (1. Auflage). *Systemische Therapie und Beratung*. Carl-Auer Verlag GmbH.
- Lobe, M. (1980). *Das kleine Ich bin ich* (7. Auflage). Verlag Jungbrunnen.
- Lock, J. (2019). Updates on Treatments for Adolescent Anorexia Nervosa. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 28(4), 523–535.
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.001>
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W. & Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia

nervosa. *Archives of general psychiatry*, 67(10), 1025–1032.

<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.128>

Lucas, A. R., Crowson, C. S., O'Fallon, W. M. & Melton, L. J. (1999). The ups and downs of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26(4), 397–405. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199912\)26:4<397::aid-eat5>3.0.co;2-0](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199912)26:4<397::aid-eat5>3.0.co;2-0)

Makino, M., Tsuboi, K. & Dennerstein, L. (2004). Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries. *MedGenMed : Medscape general medicine*, 6(3), 49.

Mangweth-Matzek, B. (2022). Essstörungen bei Männern. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (3rd ed. 2022, S. 109–115). Springer.

Martini, M. G., Barona-Martinez, M. & Micali, N. (2020). Eating disorders mothers and their children: a systematic review of the literature. *Archives of women's mental health*, 23(4), 449–467. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01019-x>

McConville, M. (2012). Adoleszente Entwicklung und Psychotherapie auf dem Hintergrund von Lewins Feldtheorie. In H. Anger & T. Schön (Hrsg.), *IGW-Publikationen in der EHP. Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 125–153). EHP.

Melnick, J. & Nevis, S. (2017). Gestalt-Familientherapie. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (3., neu ausgestattete Auflage, S. 937–952). Hogrefe.

- Meule, A. & Hilbert, A. (2022). Psychologische Testverfahren. In B. Herpertz-Dahlmann & A. Hilbert (Hrsg.), *Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Ein klinisches Handbuch* (1. Auflage, S. 149–171). Verlag W. Kohlhammer.
- Mingoia, J., Hutchinson, A. D., Wilson, C. & Gleaves, D. H. (2017). The Relationship between Social Networking Site Use and the Internalization of a Thin Ideal in Females: A Meta-Analytic Review. *Frontiers in psychology, 8*, 1351. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01351>
- Mortola, P. & Oaklander, V. (2019). *Einführung in die Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen: Das Praxisbuch zum Violet-Oaklander-Training* (E. Doubrawa, Hg.) (1. Auflage). BoD – Books on Demand.
- Naab, S. (2022). Epidemiologie, Ätiologie und Verlauf der Essstörungen. In B. Herpertz-Dahlmann & A. Hilbert (Hrsg.), *Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Ein klinisches Handbuch* (1. Auflage, S. 143–150). Verlag W. Kohlhammer.
- Naab, S., Bolte, D. & Voderholzer, U. (2014). Jugendliche Patientinnen frühzeitig therapieren. *Pädiatrie, 26*(3), 197–206. <https://doi.org/10.1007/s15014-014-0362-z>
- Nagata, J. M., Ganson, K. T. & Murray, S. B. (2020). Eating disorders in adolescent boys and young men: an update. *Current opinion in pediatrics, 32*(4), 476–481. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000911>
- Nagl, M., Jacobi, C., Paul, M., Beesdo-Baum, K., Höfler, M., Lieb, R. & Wittchen, H.-U. (2016). Prevalence, incidence, and natural course of

anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults.

European child & adolescent psychiatry, 25(8), 903–918.

<https://doi.org/10.1007/s00787-015-0808-z>

Nausner, L. (2017). *Integrative Gestalttherapie: Theorie 1: Einführung in integrativ-gestalttherapeutisches Denken* [Manuskript]. ÖAGG Fachsektion Integrative Gestalttherapie, Wien.

Neale, J. & Hudson, L. D. (2020). Anorexia nervosa in adolescents. *British journal of hospital medicine (London, England: 2005)*, 81(6), 1–8.

<https://doi.org/10.12968/hmed.2020.0099>

Netzer, I. (2017). Körperlichkeit als Quelle subjektiven Sinns:

Gestalttherapeutische Zugänge auf dem Hintergrund leibphilosophischer Überlegungen. In H. Neumayr & P. Klampfl (Hrsg.), *Gestalt aktuell: Band 2. Spektrum der integrativen Gestalttherapie* (1. Auflage, S. 61–103). Facultas.

Netzer, I. (2018). Körperorientierte Arbeit in der Integrativen Gestalttherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (2., überarbeitete und aktualisierte Auflage, S. 250–258). Facultas.

Neumayr, H. (2016). Einführung. In H. Neumayr & P. Klampfl (Hrsg.), *Gestalt aktuell: Band 1. Integrative Gestalttherapie im klinischen Feld* (1. Auflage, S. 15–26). Facultas.

NICE National institute for health and care excellence. (2017). *Eating disorder: recognition and treatment*.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/chapter/Recommendations#treatin-g-anorexia-nervosa>

Oaklander, V. (2016). *Verborgene Schätze heben: Wege in die innere Welt von Kindern und Jugendlichen* (H. Höhr & T. Kierdorf, Übers.) (Zweite Auflage). *Fachbuch Klett-Cotta*. Klett-Cotta.

Oaklander, V. (2022). *Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen* (K. Schomburg & S. M. Schomburg-Scherff, Übers.) (19. Auflage). *Fachbuch Klett-Cotta*. Klett-Cotta.

Oerter, R. (Hrsg.). (2008). *Lehrbuch. Entwicklungspsychologie* (6., vollst. überarb. Aufl.). Beltz PVU.

Otto, A. K., Jary, J. M., Sturza, J., Miller, C. A., Prohaska, N., Bravender, T. & van Huysse, J. (2021). Medical Admissions Among Adolescents With Eating Disorders During the COVID-19 Pandemic. *Pediatrics*, *148*(4).
<https://doi.org/10.1542/peds.2021-052201>

Otto, P. (2022, 3. März). *Iss doch einfach! Essstörungen behandeln und Genesung ermöglichen* [Manuskript]. OÖG Akademie, Linz.

Parlett, M. (1997). The Unified Field in Practice. *Gestalt Review*, *1*(1), 16–33.
<https://doi.org/10.2307/44394009>

Parlett, M. (2017). Feldtheoretische Grundlagen gestalttherapeutischer Praxis. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (3., neu ausgestattete Auflage, S. 279–293). Hogrefe.

Parpia, R., Spettigue, W. & Norris, M. L. (2023). Approach to anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa in adolescents. *Canadian family physician*

Medecin de famille canadien, 69(6), 387–391.

<https://doi.org/10.46747/cfp.6906387>

Perls, F., Hefferline, R. & Goodman, P. (2016). *Gestalttherapie: Zur Praxis der Wiederbelebung des Selbst* (10.). *Gestalt-Therapie: Bd. 2*. Klett-Cotta.

Perls, F., Hefferline, R. F. & Goodman, P. (2019). *Gestalttherapie: Grundlagen der Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung* (R. Fuhr, Übers.) (10. Auflage). *Gestalt-Therapie: 1*. Klett-Cotta.

Perls, F. S. (1995). *Das Ich, der Hunger und die Aggression: Die Anfänge der Gestalttherapie* (5. Aufl.). *Konzepte der Humanwissenschaften*. Klett-Cotta.

Perls, F. (2022). *Grundlagen der Gestalt-Therapie: Einführung und Sitzungsprotokolle* (17. Auflage). *Leben lernen: Bd. 20*. Klett-Cotta.

Perls, L. (1984). *Interview 1984: Die Mitbegründerin der Gestalttherapie im Gespräch mit dem amerikanischen Gestalttherapeuten Daniel Rosenblatt*. Gestaltkritik. http://www.gestalt.de/laura_perls_rosenblatt_interview.html

Perls, L. (2017). *Meine Wildnis ist die Seele des anderen: Der Weg zur Gestalttherapie* (E. Doubrawa, Hg.) (1. Auflage). Books on Demand.

Petzold, H. (2003a). *Integrative Therapie: Modelle, Theorien & Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie*. Band 1: *Klinische Philosophie* (2., überarb. und erw. Aufl., 1.). Junfermann.

Petzold, H. (2003b). *Integrative Therapie.: Modelle, Theorien & Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie*. Band 2: *Klinische Theorie*. Junfermann.

- Philipp, J. & Truttmann, S. (2022, 21. Oktober). *Gefahren und Nutzen von sozialen Medien für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung von Essstörungen* [Vortrag]. Kongress Essstörungen 2022, Alpbach.
- Polster, E. & Polster, M. (1977). *Gestalttherapie: Theorie und Praxis der integrativen Gestalttherapie* (2. Aufl.). *Kindler Taschenbücher: 2150. Geist und Psyche*. Kindler.
- Price-Evans, K. & Treasure, J. (2011). The Use of Motivational Interviewing in Anorexia Nervosa. *Child and adolescent mental health, 16*(2), 65–70.
<https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2011.00595.x>
- Pschyrembel, W. (2004). *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch: [mit 330 Tabellen]* (260., neu bearb. Aufl.). De Gruyter.
- Reich, G. (2017). Adoleszenzentwicklung und Essstörungen. *PiD - Psychotherapie im Dialog, 18*(02), 65–69. <https://doi.org/10.1055/s-0043-103884>
- Reich, G. & Boetticher, A. von. (2019). *Hungern, um zu leben - die Paradoxie der Magersucht: Psychodynamische und familientherapeutische Konzepte* (2. Auflage). *Therapie & Beratung*. Psychosozial-Verlag.
- Reich, G. & Cierpka, M. (Hrsg.). (2010). *Lindauer Psychotherapie-Module. Psychotherapie der Essstörungen: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulenübergreifend* (3., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Thieme.
- Richter, K. F. (2011). *Erzählweisen des Körpers: Kreative Gestaltarbeit in Therapie, Beratung, Supervision und Gruppenarbeit; mit 11 Tabellen* (2. Aufl.). Vandenhoeck & Ruprecht.

- Riediger, B. & Kepper, I. (2017). Adoleszente Schamkrise und traumatische Brüche im Körper selbst. *Trauma und Gewalt*, 11(02), 104–120.
<https://doi.org/10.21706/tg-11-2-104>
- Salbach, H., Jacobi, C. & Jaite, C. (2010). *Anorexia und Bulimia nervosa im Jugendalter: Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual* (1. Aufl.). Beltz.
- Schigl, B. (2011). Essstörungen. Eine psychosomatische Frauenkrankheit. *JATROS Neurologie und Psychiatrie*, 5–7.
- Schigl, B. (2023). *Psychotherapieprozesse und psychotherapeutische Interventionen bei Essstörungen* [Manuskript]. Weiterbildungslehrgang Integrative Gestalttherapie mit Säuglingen, Kindern, Jugendliche und ihrem Umfeld, Wien.
- Schulte, R. & Konrad, K. (2022). Neuropsychologische Befunde bei Essstörungen. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (3rd ed. 2022, S. 243–252). Springer.
- Schulze, U. & Kölch, M. (2020). Essstörungen - Anorexia und Bulimia nervosa. In M. Kölch, M. Rassenhofer & J. M. Fegert (Hrsg.), *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* (3. Auflage, S. 183–201). Springer.
- Schweiger, U. (2022). Psychische Komorbidität und Persönlichkeitsstörungen. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (3rd ed. 2022, S. 193–200). Springer.
- Seitz, J., Keller, L., Trinh, S. & Herpertz-Dahlmann, B. (2020). Darmmikrobiom und Anorexia nervosa: Der Zusammenhang von Mikrobiom und Darm-

Gehirn-Interaktion im Kontext der Anorexia nervosa [Gut microbiome and anorexia nervosa: The relationship between microbiome and gut-brain interaction in the context of anorexia nervosa]. *Der Nervenarzt*, *91*(12), 1115–1121. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-01003-x>

Sipos, V. & Schweiger, U. (2022). *Therapie der Essstörung durch Emotionsregulation* (3., erweiterte und überarbeitete Auflage). *Psychotherapie*. Verlag W. Kohlhammer.

Sokal, I. (1994). Wenn der Körper für die Seele spricht. In C. Freiler, D. Ventouratou-Schmetterer, C. Reiner-Lawugger & R. Bösel (Hrsg.), *100 Jahre Fritz Perls: Tagungsband der Internationalen Psychotherapietagung der Fachsektion für Integrative Gestalttherapie, ÖAGG* (1. Aufl., S. 131–138). Facultas.

Spagnuolo Lobb, M. & Amendt-Lyon, N. (Hrsg.). (2006). *Die Kunst der Gestalttherapie: Eine schöpferische Wechselbeziehung*. Aus dem Amerikanischen von Luna Gertrud Steiner. Springer.

Spettigue, W., Obeid, N., Erbach, M., Feder, S., Finner, N., Harrison, M. E., Isserlin, L., Robinson, A. & Norris, M. L. (2021). The impact of COVID-19 on adolescents with eating disorders: a cohort study. *Journal of Eating Disorders*, *9*(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00419-3>

Spratt, C. J., MacKenzie Myles, L. A. & Merlo, E. M. (2022). Eating Disorders in Men: A Comprehensive Summary. *Journal of Mind and Medical Sciences*, *9*(2), 249–254. <https://doi.org/10.22543/2392-7674.1362>

- Staemmler, F.-M. (2009). *Was ist eigentlich Gestalttherapie? Eine Einführung für Neugierige. EHP - Edition Humanistische Psychologie*. EHP.
- Steinhausen, H.-C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *The American journal of psychiatry*, *159*(8), 1284–1293.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1284>
- Steinhausen, H.-C. (2009). Outcome of eating disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, *18*(1), 225–242.
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.013>
- Stevens, J. O. (2011). *Die Kunst der Wahrnehmung: Übungen der Gestalttherapie* (A. Saumwald, Übers.). E-Books der Verlagsgruppe Random House GmbH.
- Stiftung Charite. (2023). *Die Evidenz an erste Stelle stellen – ein Gespräch über die familienbasierte Behandlung von Jugendlichen mit Anorexia nervosa und die Forschung im Team: Interview mit Prof. Le Grange, Prof. Correll und Dr. Haas zur Implementierung von FBT in Deutschland*.
<https://www.stiftung-charite.de/die-gefoerderten-im-detail/prof-dr-daniel-le-grange>
- Streeck-Fischer, A. (2014). *Trauma und Entwicklung: Adoleszenz – frühe Traumatisierungen und ihre Folgen* (2., überarb. Aufl.). Schattauer Verlag.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., Teplinsky, C. & DeAntonio, M. (2006). Are there gender differences in core symptoms, temperament, and short-term prospective outcome in anorexia nervosa? *The International journal of eating disorders*, *39*(7), 570–575.
<https://doi.org/10.1002/eat.20293>

- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J. & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of general psychiatry*, 68(7), 714–723.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.22>
- Thiel, F. (2018). Integrative Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (2., überarbeitete und aktualisierte Auflage, S. 411–433). Facultas.
- Treasure, J. & Alexander, J. (2014). *Gemeinsam die Magersucht besiegen: Ein Leitfaden für Betroffene, Freunde und Angehörige* (A. Karwautz, A. Hafferl-Gattermeyer & U. Bischoff, Übers.) (7. Aufl.). Beltz.
- Treasure, J., Claudino, A. M. & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *Lancet* (London, England), 375(9714), 583–593. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61748-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61748-7)
- Treasure, J. & Russell, G. (2011). The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 199(1), 5–7.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.087585>
- Treasure, J., Smith, G. & Crane, A. (2020). *Unterstützung für Angehörige von Menschen mit Essstörungen: Ein Leitfaden für Eltern, Geschwister, Partner und Fachpersonal* (A. Karwautz, G. Wagner, J. Philipp & T. Wittek, Übers.) (1. Auflage). Facultas.

- Treasure, J., Stein, D. & Maguire, S. (2015). Has the time come for a staging model to map the course of eating disorders from high risk to severe enduring illness? An examination of the evidence. *Early intervention in psychiatry*, 9(3), 173–184. <https://doi.org/10.1111/eip.12170>
- Treasure, J., Zipfel, S., Micali, N., Wade, T., Stice, E., Claudino, A., Schmidt, U., Frank, G. K., Bulik, C. M. & Wentz, E. (2015). Anorexia nervosa. *Nature reviews. Disease primers*, 1, 15074. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.74>
- Uniklinikum Salzburg. (2023, 19. Oktober). *Uniklinikum bietet familienbasierte Therapie für Kinder und Jugendliche mit Ess-Störungen*. <https://presse.salk.at/news-uniklinikum-bietet-familienbasierte-therapie-fuer-kinder-und-jugendliche-mit-ess-stoerungen?id=187662&menueid=21472&l=deutsch>
- Votsmeier-Röhr, A. (2005). Das Kontakt-Support-Konzept von Lore Perls und seine Bedeutung für die heutige Gestalttherapie. *Gestalttherapie*, 19(2), 29–39.
- Votsmeier-Röhr, A. & Wulf, R. (2017). *Gestalttherapie. Wege der Psychotherapie*. Ernst Reinhardt Verlag.
- Wardetzki, B. (1996). *„Iß doch endlich mal normal!“: Hilfen für Angehörige von eßgestörten Mädchen und Frauen* (14. Auflage). Kösel.
- Warren, C. S., Schafer, K. J., Crowley, M. E. J. & Olivardia, R. (2013). Demographic and work-related correlates of job burnout in professional eating disorder treatment providers. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 50(4), 553–564. <https://doi.org/10.1037/a0028783>

- Watson, H. J., Yilmaz, Z., Thornton, L. M., Hübel, C., Coleman, J. R. I., Gaspar, H. A., Bryois, J., Hinney, A., Leppä, V. M., Mattheisen, M., Medland, S. E., Ripke, S., Yao, S., Giusti-Rodríguez, P., Hanscombe, K. B., Purves, K. L., Adan, R. A. H., Alfredsson, L., Ando, T., . . . Bulik, C. M. (2019). Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. *Nature genetics*, *51*(8), 1207–1214. <https://doi.org/10.1038/s41588-019-0439-2>
- Wentz, E., Gillberg, I. C., Anckarsäter, H., Gillberg, C. & Råstam, M. (2009). Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *194*(2), 168–174. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048686>
- Wolf, U. (2017). Psychosomatik - die Leib-Seele-Einheit in der Gestalttherapie. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (3., neu ausgestattete Auflage, S. 789–811). Hogrefe.
- Zeeck, A. & Herpertz, S. (2016). *Diagnostik und Behandlung von Essstörungen Ratgeber für Patienten und Angehörige*. Springer Berlin Heidelberg.
- Zeeck, A., Herpertz-Dahlmann, B., Friederich, H.-C., Brockmeyer, T., Resmark, G., Hagenah, U., Ehrlich, S., Cuntz, U., Zipfel, S. & Hartmann, A. (2018). Psychotherapeutic Treatment for Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Frontiers in psychiatry*, *9*, 158.
- Zinker, J. (1997). *Auf der Suche nach gelingender Partnerschaft: Gestalttherapie mit Paaren und Familien. Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften: Bd. 60*. Junfermann.

Zwaan, M. de (2022, 21. Oktober). *Welche Rolle spielt die psychische und körperliche Komorbidität bei der Behandlung der Essstörungen?* [Vortrag]
Kongress Essstörungen 2022, Alpbach.

9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. DSM-5: Anorexia nervosa (307.1)	6-7
Tabelle 2. Differenzierung restriktiver und Binge eating/ Purging-Typ	7
Tabelle 3. Definition der Anorexia nervosa (6B80) nach ICD-11	8
Tabelle 4. Diagnostische Kriterien der Anorexia Nervosa (F50.0.) nach ICD-10	9
Tabelle 5. Psychosoziale Risikofaktoren für Anorexie	17
Tabelle 6. Körperliche Veränderungen	21-22
Tabelle 7. Anamneseerhebung	24
Tabelle 8. Behandlungsziele Anorexia nervosa	27
Tabelle 9. Kriterien für eine stationäre Aufnahme	28
Tabelle 10. Entwicklungsaufgaben Adoleszenz	32
Tabelle 11. Phasenprozesse Anorexie	43
Tabelle 12. Die drei Funktionen des Selbst	50

10 Anhang

Persönliche Beobachtungen im Stationsalltag:

Die Autorin dieser theoretischen Literaturarbeit arbeitet als klinische Psychologin auf einer Kinder- und Jugendpsychosomatik. Die persönlichen Beschreibungen veranschaulichen die Bandbreite des Erscheinungsbildes der Erkrankung Anorexia nervosa.

Eine 15-jährige Patientin erzählte, dass sie den Wunsch der Eltern nicht nachvollziehen kann, sie solle zunehmen. Das Mädchen hatte bei einer Größe von 170 cm ein Gewicht von 42 kg, damit lag sie unter der ersten BMI-Altersperzentile.

Einschränkungen in der kognitiven Denkleistung zeigen sich bei einem längeren Starvationszustand. Eine Patientin offenbarte, dass sie sich beim Lesen eines Buches nicht merken konnte, was sie ein paar Minuten vorher gelesen hatte. Sie musste einen Absatz mindestens drei Mal lesen, bis sie sich den Inhalt merken konnte. Fürs Lernen musste das Mädchen mehr Zeit aufwenden und der Stress und Druck nahm vor den Tests und Prüfungen enorm zu und belastete sie sehr.

Durch die Schwierigkeit in der Gegenwart anderer Personen zu essen führt manchmal zu Einschränkungen von sozialen Aktivitäten. Ein 14-jähriges anorektisches Mädchen traute sich mit ihren Freundinnen ins Kino zu gehen. Der Kinobesuch wurde abgebrochen, weil sie sich vom süßem und fettigen Popcorn-Geruch „bedroht“ fühlte, da das Mädchen glaubte, dass das Fett über Aerosole mit ihr in Berührung kommen und sie dadurch zunehmen könnte.

Reaktionen von Patient*innen mit einer Anorexie lösen bei den betroffenen Eltern fallweise Unverständnis und Hilflosigkeit aus. Eine Mutter schilderte, dass sie ihre Tochter gelobt hatte, wenn diese alles auf dem Teller aufgegessen hat. Die Tochter reagierte darauf mit einem strafenden Blick an die Mutter, schwieg und ging sofort ins Zimmer. Auch Kommentare wie „Iss doch einfach!“ sind für anorektische Patient*innen nicht hilfreich.

Viele Patient*innen erzählen, dass sie sich nach dem Essen schuldig fühlen und das Gefühl haben, das Essen nicht zu verdienen, zu schwach sind oder es ein Fehler war. Obwohl die Jugendlichen wissen, dass es keinen Grund für ein

schuldhaftes Verhalten besteht, werden diese negativen Gefühle und Gedanken so dominant, dass dies den Alltag der Betroffenen überwiegend bestimmt. Dieses Gedankenkreisen empfinden viele als quälend und anstrengend.

Im stationären Alltag zeigen sich die betroffenen Mädchen und Jungen als sehr höflich und rücksichtsvoll. Sie nehmen Acht auf jüngere Patient*innen, erledigen gewissenhaft ihre Aufgaben und lernen viel. Äußerlich wirken sie emotional sehr kontrolliert, in den Essenssituationen verhält sich dies jedoch anders. Hier werden die betroffenen Patient*innen immer stiller und stiller, ihre Verzweiflung und Überforderung sind in den Gesichtern zu erkennen: ausdrucksleere Blicke, Ekel, Tränen, verbissene Mimik. Jede Veränderung im Speiseplan, um eine Vielfalt und Ausgewogenheit in der Ernährung zu unterstützen, wird von den anorektischen Jugendlichen misstrauisch aufgenommen und abgelehnt.

Im Stationsalltag fallen die anorektischen Jugendliche in den Essenssituationen auf. Es kann ein wählerisches und ritualisiertes Essverhalten beobachtet werden. Nicht nur die Nahrungsaufnahme als auch die Situation stellt die anorektischen Jugendlichen vor schwierige Herausforderungen. Die Patient*innen versuchen die Lebensmittel in sehr kleine Teile zu zerteilen oder verstreichen Soßen oder breiartige Gerichte über den ganzen Teller. Viele zeigen zu Beginn des stationären Aufenthalts ein sehr verlangsamtes Esstempo, zum Beispiel benötigen sie für ein Gericht mehr als eine halbe Stunde. Manche Betroffenen geben an, dass sie die Suppe nur mit einem Teelöffel essen können. Eine gemeinsame Essenseinnahme mit anderen Patient*innen ist für viele Betroffene eine weitere Herausforderung. Es fällt ihnen schwer in Gegenwart einer anderen Person zu essen und sie beobachten die anderen Patient*innen beim Essen. Vor dem stationären Aufenthalt berichten die Bezugspersonen bereits, dass die Jugendlichen nicht mehr am gemeinsamen Mahl dabei sind und sich lieber in ihr Zimmer zurückziehen.

Öfters müssen die Eltern unterschiedliche Gerichte kochen, da die Betroffenen der Zubereitung misstrauen beziehungsweise in der Auswahl der Lebensmittel wählerisch sind. Eine Mutter erzählte im Elterngespräch, dass ihre Tochter nur ein bestimmtes Joghurt isst und sie deswegen einen längeren Einkaufsweg in Kauf

genommen hat, um dieses Lebensmittel zu besorgen. Die fehlende Flexibilität im Essverhalten zeigt sich anhand dieses Beispiels.

Bei kühlen Temperaturen scheinen die anorektischen Patient*innen die Kälte nicht zu spüren und tragen nur ein T-Shirt oder kurzen Hosen. Der Grund ist nicht nur, dass ihr Körperempfinden beeinträchtigt ist, sondern dass ihr Körper durch die leichte Bekleidung mehr Energie verbraucht, um die Körpertemperatur zu regulieren.