

Hannemann, Arnegger,  
Hoehne, Schepker

# Gruppentherapie bei Jugendlichen mit Essstörungen

Ein Manual zur ambulanten Behandlung  
von Patienten mit bulimischen  
und anorektischen Essstörungen

# Content<sup>+</sup> PLUS

bietet in Ergänzung zum digitalen Werk elektronisches Zusatzmaterial, das mittels des persönlichen Zugangscode über **www.kohlhammer.de** eingesehen, ausgedruckt und teilweise heruntergeladen werden kann.

## *Ihr Zugang zu Content<sup>+</sup> PLUS – Schritt für Schritt*

1. Sie rufen folgenden Link auf:

<http://downloads.kohlhammer.de/?isbn=978-3-17-026615-5>

2. Sie geben Ihren Zugangscode im Feld Passwort ein.

Das Passwort lautet: tsqZhp7T

### **Wichtige Hinweise:**

Alle unter **Content<sup>+</sup> PLUS** zugänglichen Materialien sind urheberrechtlich geschützt. Ihre Verwendung ist nur zum persönlichen und nichtgewerblichen Gebrauch erlaubt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Dem Erwerber dieses Buches wird als kostenlose Nebenleistung, auf die kein Rechtsanspruch besteht, durch den im Buch angegebenen, persönlichen und nicht übertragbaren Zugangscode ermöglicht, über die Homepage **www.kohlhammer.de** auf elektronisches Zusatzmaterial zuzugreifen.

**Kohlhammer**



Katja Hannemann, Claudia Arnegger,  
Dagmar Hoehne, Renate Schepker

# **Gruppentherapie bei Jugendlichen mit Essstörungen**

Ein Manual zur ambulanten Behandlung  
von Patienten mit bulimischen  
und anorektischen Essstörungen

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

1. Auflage 2012

Alle Rechte vorbehalten

© 2012 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978-3-17-026615-5

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	7
<b>A Einführung</b> .....	13
1 Rahmenbedingungen in der sozialpsychiatrischen Praxis .....	13
<i>Dagmar Hoehne</i>	
1.1 Theoretische Einführung .....	13
1.2 Ambulantes Therapiekonzept in der sozialpsychiatrischen Praxis ..	15
1.2.1 Einleitung .....	15
1.2.2 Ärztliche Begleitung .....	16
1.2.3 Therapie .....	21
2 Aufbau des Manuals .....	24
<i>Claudia Arnegger und Katja Hannemann</i>	
2.1 Therapiemodule .....	24
2.1.1 Gruppenkonzeption .....	24
2.1.2 Rahmenbedingungen .....	24
2.1.3 Vorbereitungen zur Durchführung der Gruppe .....	25
2.1.4 Aufbau des Manuals .....	25
2.1.5 Arbeitsblätter .....	27
2.1.6 Aufbau der einzelnen Module .....	27
2.1.7 Auswahl der Übungen .....	28
2.2 Konzeption des Elternseminars .....	29
2.2.1 Rahmenbedingungen .....	29
2.2.2 Ablauf des Seminars .....	30
2.2.3 Arbeitsblätter .....	30
2.2.4 Auswahl der Interventionen .....	30
<b>B Therapiemodule</b> .....	31
Therapiemodul 1: Kennenlernen, individuelle Ziele und Psychoedukation .....	31
<i>Katja Hannemann</i>	
Therapiemodul 2: Medizinische Folgen und Körperbild .....	37
<i>Claudia Arnegger</i>	
Therapiemodul 3: Meine Essstörung – Biographische Reflexion ...	48
<i>Claudia Arnegger</i>	

Therapiemodul 4: Selbstreflexion und Selbstbeobachtung . . . . .	57
<i>Katja Hannemann</i>	
Therapiemodul 5: Verbotene Nahrungsmittel vs. Genuss . . . . .	66
<i>Claudia Arnegger</i>	
Therapiemodul 6: Verhaltensanalyse und Notfallstrategien . . . . .	75
<i>Katja Hannemann</i>	
Therapiemodul 7: Familientisch . . . . .	81
<i>Katja Hannemann</i>	
Therapiemodul 8: Familiäres System – Familienkonstellationen . . .	87
<i>Claudia Arnegger</i>	
Therapiemodul 9: Krankheitsgewinn – Krankheitsverlust . . . . .	94
<i>Claudia Arnegger</i>	
Therapiemodul 10: Rolle in der Peergroup . . . . .	103
<i>Katja Hannemann</i>	
<b>C Elternseminar . . . . .</b>	<b>113</b>
Elternseminar 1: Psychoedukation und förderliches Eltern- verhalten . . . . .	113
<i>Claudia Arnegger</i>	
Elternseminar 2: Krankheitserleben aus der Elternperspektive und Veränderungen in der Familie . . . . .	134
<i>Katja Hannemann</i>	
<b>Literatur . . . . .</b>	<b>143</b>
<b>Anhang: Übersicht der Content<sup>PLUS</sup>-Materialien . . . . .</b>	<b>149</b>
<b>Stichwortverzeichnis . . . . .</b>	<b>150</b>





# Vorwort

*Renate Schepker*

»Essen hält Leib und Seele zusammen«, »Weil Liebe durch den Magen geht«, »Es wird nichts so heiß gegessen, wie es gekocht wird« – Sprichworte wie diese machen unmittelbar einsichtig, dass Essen in unserer Kultur viel mehr bedeutet als eine Zufuhr von Nahrungsmitteln zum Ausgleich der Energiebilanz. Essen ist in der Nachkriegszeit in den Generationen mit übervollem Nahrungsangebot auf den Märkten zum Zentrum des Familienlebens geworden. Kochsendungen durchziehen die Bildmedien, Kochbücher verkaufen sich millionenweise. Das »perfekte Dinner« von Prominenten ist ein Identifikationsangebot für eine gewünschte, gute soziale Akzeptanz.

Für Familien, in denen sich soziales Leben und Kommunikation vor allem am Esstisch abspielen, ist essgestörtes Verhalten von Kindern ein stiller Vorwurf, der sich bei einer traditioneller Rollenteilung vor allem gegen die Mutter richtet.

Für Therapeuten von Essgestörten, Kinder- und Jugendpsychiater, sind Patienten mit diesen Störungsbildern deswegen eine besondere Herausforderung, weil sie zunächst an ihrer Störung stark festhalten (dies wird an den nur im Deutschen anzutreffenden Begrifflichkeiten »Ess-, Brech-, Magersucht« erkennbar, obwohl die meisten anderen »Suchtkriterien« nicht zutreffen), stark von Chronifizierung und von sekundären Folgeschäden bedroht sind und weil die Anorexia nervosa nach wie vor eine Langzeitmortalität von um die 10 % im Verlauf von über zwanzig Jahren aufweist (Birmingham et al. 2005). Die Langzeitprognose hängt nachweislich von dem frühen Einsetzen der ersten Behandlung, insbesondere einem noch höheren Gewicht bei Behandlungsbeginn und der erzielten Veränderungsmotivation ab (Berkmann et al. 2007).

Hinsichtlich der Behandlungsstrategien besteht in wissenschaftlicher Hinsicht Unsicherheit. Die Evidenzbasierung ist mäßig und vor allem hinsichtlich der Langzeiterfolge sind die Erkenntnisse eher gering. Die noch bis Ende 2011 gültigen S1-Leitlinien der DGKJP verweisen auf den Vorrang der Gewichtsrehabilitation und die Indikationen zur stationären Behandlung – ambulante Behandlung wird ebenfalls als multimodal unter Einbezug von Ernährungstherapie, Psychotherapie und familienorientierten Verfahren (Elternberatung oder Familientherapie) empfohlen. Gruppentherapie wird nur im Rahmen der kognitiv-behavioralen Therapie als evidenzbasiert beschrieben. »Nach stationärer Therapie« wird eine »mindestens einmal wöchentlich stattfindende Therapie (auch als Gruppentherapie)« als obligat angesehen. Die meisten Autoren, die sich dazu äußern, weisen darauf hin, dass es zur Interaktion der verschiedenen

Therapiekomponenten kaum belastbare Daten gibt (Gowers et al. 2010, Halmi 2009, Herpertz-Dahlmann und Salbach-Andrae 2009).

Das *rein ambulante Vorgehen* bietet sich in vielen Fällen an, in denen die Gewichtsentwicklung oder die Erbrechenfrequenz noch keine absoluten Aufnahmekriterien darstellen, keine gravierende Komorbidität besteht und in denen Aspekte des Kinderschutzes keine Rolle spielen. Es ist in den Leitlinien noch nicht gut beschrieben, insbesondere nicht bezüglich der Abfolge oder Priorisierung der Behandlungsschritte, z. B. hinsichtlich des Einzel-, Gruppen- oder Familiensettings oder derer Kombinationen.

Eine randomisierte, jüngere britische Studie (Gowers et al. 2010) kommt zum Schluss, dass die Mehrzahl der Jugendlichen mit Anorexia nervosa keine stationäre Behandlung benötigt und dass sich durch die Ergebnisse darüber hinaus kaum belegen lasse, dass bei Nicht-Ansprechen auf eine ambulante Therapie die stationäre besser sei. Stationäre Behandlung zeigte die geringste Akzeptanz. Deutlich am effektivsten hinsichtlich der Patienten- und Elternzufriedenheit und der Kosteneffektivität stellte sich die ambulante Behandlung durch kinder- und jugendpsychiatrische Spezialisten dar. Hinsichtlich der Outcome-Parameter auch im 5-Jahres-Langzeitverlauf war keine Behandlungsbedingung überlegen. Auch Gowers et al. (2010) erwähnen jedoch die notwendige stationäre Aufnahmebereitschaft bei medizinischer Indikation.

Ein dem hier beschriebenen Vorgehen bei Jugendlichen mit Essstörungen sehr ähnliches gruppentherapeutisches Konzept wurde im deutschsprachigen Raum bisher nur von Michler et al. (2007) beschrieben. Die Autoren bieten auf der Basis eines verhaltenstherapeutischen Ansatzes eine hochfrequente und langdauernde Gruppentherapie mit zusätzlichen klientenzentrierten Elementen an, darüber hinaus auch eine parallele Psychoedukationsgruppe für Eltern. Kreativtherapeutische Einheiten sowie praktische Ernährungstherapie werden zusätzlich eingeführt und bedingen die deutlich höhere Therapiefrequenz und Verweildauer im Vergleich zu dem im vorliegenden Band geschilderten Konzept. Allerdings ist das Setting klinikbasiert als Teil des Angebotes der Institutsambulanz konzipiert. Aus Kliniksicht wird betont, dass durch die Existenz der Gruppe eine frühere Entlassung aus stationärer Behandlung möglich sei. Dieses trifft für das in diesem Band vorgestellte Vorgehen durch die klaren Kooperationsabsprachen ebenfalls zu, jedoch wird derzeit im vorliegenden Konzept noch im Falle einer Klinikaufnahme ein vollständiges Erreichen des Zielgewichts angestrebt, und eine Entlassung erfolgt zunächst in die Individualtherapie.

Psychoedukationsgruppen für Eltern wurden von Hagenah et al. (2003) erstmals beschrieben und sind dort Teil des stationären Settings bzw. der Institutsambulanz. Ebenso wie bei Michler (2007) finden etwa doppelt so viele Sitzungen mit den Eltern statt wie im hier vorgestellten Rahmen, in dem die Leistungen für die Eltern als IGEL-Leistungen abgerechnet werden und die Eltern zur Finanzierung herangezogen werden müssen. Daher stellt der hier vorgestellte Rahmen möglicherweise die Untergrenze einer vertretbaren »Therapiedosis« im Rahmen des derzeitigen ambulanten Systems dar, was sich auch

in den Rückmeldungen der Beteiligten widerspiegelt – die Mehrheit hätte sich eine Verlängerung der Intervention gewünscht.

Im Gegensatz zum Vorgehen der beiden anderen Arbeitsgruppen werden im hier vorgestellten Konzept die Eltern-Psychoedukationsgruppe und die Jugendlichen-Gruppentherapie von denselben Therapeutinnen geleitet. Auch dieses Vorgehen ist dem Rahmen der SPV-Praxis geschuldet und hat den großen Vorteile für die durchführenden Therapeutinnen, dass ein Gesamtbild der behandelten Familien entsteht. Auf die Vertraulichkeit der Inhalte der Jugendlichen-Gruppentherapie gegenüber den Eltern wird großer Wert gelegt, was selbstverständlich auch umgekehrt gilt. Darüber hinaus kommen die Teilnehmer der Elterngruppe und die der Jugendlichengruppen nicht aus denselben Familien. Im Gegensatz zum kliniknahen Kontext erlaubt die Praxis auch einen präventiven Zugang für Eltern, deren Kinder noch nicht zu einer Therapie zu motivieren sind oder deren Problematik noch an der Schwelle zur Krankheitswertigkeit anzusiedeln ist.

Des Weiteren wird im hier praktizierten Setting aus Gründen der Ortsnähe der Prozess der Gewichtskontrolle an den Hausarzt delegiert, was für den Rahmen von Station und Institutsambulanz nicht empfohlen wird. Nach der hier vorliegenden Erfahrung erfordert dieses Vorgehen gute Kooperationsab-sprachen und eine belastbare und verlässliche Weitergabe der Daten.

Das in diesem Manual beschriebene Vorgehen beinhaltet drei verschiedene Komponenten: Die (hier nicht beschriebene) initiale, individuelle Therapie, die Gruppentherapie, und die Elterninterventionen (individuell und psychoedukativ in der Gruppe). Die Ergebnisse der internationalen Literatur belegen, dass bezogen auf gruppentherapeutische und Elterninterventionen eine hinreichende empirische Basis besteht.

Lock und Mitarbeiter (2010) wiesen in einem katamnesekontrollierten, großen RCT-Design nach, dass hinsichtlich des Outcomes an Gewicht und Essverhalten bei Jugendlichen ein familienbasierter Zugang überlegen gegenüber dem individualtherapeutischen war, wenngleich bei Therapieende beide gleiche Effekte aufwiesen. Hierbei wurde als »Treatment as usual« einerseits der in den meisten Praxen übliche therapeutische Zugang einer psychodynamisch orientierten, individuellen Psychotherapie mit Fokus auf Steigerung der Autonomieentwicklung, Selbsteffizienz, Individuation and Ich-Stärkung mit unterstützenden bifokalen Elternsitzungen angeboten. In der Randomisierungsbedingung wurde die drei Schritte umfassende, familienbasierte Behandlung mit Fokus auf Unterstützung der Eltern hinsichtlich der Kontrolle des Essverhaltens und der Förderung der Familienfunktion mit Fokus auf der adoleszenten Entwicklung gewählt. Die Kontrolle sollte dabei schrittweise an die Jugendlichen zurückgegeben werden (Lock et al. 2001). Somit erscheint es günstig, beide Zugänge zu integrieren, was für eine deutliche Ausdehnung der Familienarbeit in der Praxis sprechen würde.

Interessanterweise haben wir in keiner der bislang veröffentlichten Studien den hier verfolgten Weg einer alters- und entwicklungsadaptierten Familienin-

tervention finden können. Obwohl in der großen Studie von Lock et al. (2010) auch 12-Jährige behandelt wurden, wurde zwischen der Übergabe von Kontrolle an die Eltern und der autonomen Regulation der Essstörung nicht differenziert, sondern alle Familien durchliefen die gleiche 3-Schritt-Folge. Ähnlich verhält es sich bei Le Grange et al. (2005), die eine Gruppe von 9- bis 18-Jährigen mit einem Durchschnittsalter von 14,4 Jahren ambulant familientherapeutisch mit dem identischen manualisierten Vorgehen behandelten.

Möglicherweise liegt das unter anderem daran, dass die üblichen RCT-Designs eher kleine Stichprobengrößen aufweisen, deren weitere Unterteilung für die statistische wissenschaftliche Erkenntnis abträglich wäre (vgl. Cochrane Review der Literatur bis 2008 durch Fisher et al. 2010, Rhodes et al. 2009a). Unterstützung erfährt die hier gewählte Strategie der Betonung der Autonomie von Beginn an bei den älteren Patienten durch die exploratorische Studie von Perkins et al. (2005), die vor allem bei älteren bulimischen Patientinnen mit chronischem Verlauf eine Ablehnung des Elterneinbezugs in ihre Behandlung – und damit auch eines familientherapeutischen Ansatzes – feststellten.

Parallel zu den hier geschilderten positiven Erfahrungen mit der kurzzeitigen Eltern-Psychoedukationsgruppe schildern Rhodes et al. (2009b) zunächst qualitativ gute Erfahrungen mit »parent-to-parent consultation« vor allem hinsichtlich der emotionalen Entlastung. Zucker und Mitarbeiter (2006) berichten ebenfalls von einer hohen Elternzufriedenheit mit einem – allerdings 16 Sitzungen umfassenden – Elterngruppentraining.

Vielversprechend erscheint der Ansatz von Salbach und Mitarbeitern (2006) im Sinne eines Mehrfamilien-Gruppentherapiekonzeptes in Kombination mit Psychoedukation. Dieses sieht – allerdings im stationären Rahmen – sechs Sitzungen à 100 Minuten mit jeweils vier Familien vor. Das Angebot und ist thematisch offener und nicht ausschließlich auf Psychoedukation ausgerichtet, sondern umfasst im zweiten Teil eine verhaltensanalytische Gruppentherapie.

Geist und Mitarbeiter (2000) beschreiben einen randomisierten Vergleich von Familientherapie mit Eltern, Indexpatienten, Geschwistern und Familien-Gruppen-Psychoedukation für bis zu sieben Familien. Die Sitzungen wurden nach einem, wo erforderlich, kurzen stationären Aufenthalt überwiegend ambulant durchgeführt. Unter-12-Jährige wurden in die Studie nicht eingeschlossen. Interessanterweise wurde die Psychoedukationsgruppe für die ersten 45 Minuten mit Eltern und Kindern, im zweiten Teil mit Jugendlichen und Eltern separat durchgeführt, so dass sich daraus eine neue Kombination der Methoden ergibt. Hinsichtlich der Behandlungsergebnisse (Gewicht und Essstörungspathologie) konnte zwischen beiden Bedingungen bei allerdings sehr kleinem Studienkollektiv kein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden

Aussagefähige Studien über gruppentherapeutische Ansätze bei Essstörungen mit ambulanten Patientengruppen, die über eine reine Beschreibung des therapeutischen Vorgehens hinausgehen, sind in der internationalen Literatur dünn gesät. Eine spezifische Gruppentherapie zeigte sich hinsichtlich des Selbstwertgefühls und der Sozialkompetenz bei essgestörten Jugendlichen im

teilstationären Rahmen prä- und postinterventionell als effizient (Lazaro et al. 2010).

Nur eine RCT-Studie verglich die Effekte ambulanter individueller und ambulanter Gruppentherapie. Nevonen und Broberg (2006) untersuchten einen manualisierten, sequentiellen Ansatz aus kognitiv-behavioraler Therapie gefolgt von interpersoneller Therapie (IPT) in Einzel- versus Gruppentherapie bei jugendlichen Bulimikerinnen in Schweden. Während die Remissionsraten vergleichbar ausfielen, war die individuelle Behandlung in den meisten Zielvariablen in der 1-Jahres-Katamnese dem Gruppenansatz überlegen. Das unterstützt das hier gewählte Vorgehen, die Gruppentherapie nicht als ausschließliche Behandlungsform anzubieten.

Das hier vorliegende Manual wurde von Praktikern für Praktiker erstellt. Es beschreibt ein kombiniertes Vorgehen aus der Perspektive einer SPV-Praxis, das nach diagnostischer Erstuntersuchung zunächst individuelle Psychotherapie und in deren Anschluss eine manualisierte Gruppentherapie sowie eine möglichst frühzeitig angebotene Eltern-Psychoedukationsgruppe vorsieht. All dies geschieht vor dem Hintergrund einer engen und verlässlichen Kooperation mit der zuständigen Klinik, d. h. in stetiger Aufnahmebereitschaft nach individuell festgelegten Kriterien und berücksichtigt dabei nach Lock et al. (2010) einen bedeutsamen Kontextfaktor. Das Manual bietet sich für den Gebrauch in Institutsambulanzen ebenso an wie für SPV-Praxen. Die mögliche Durchführung im deutschen Gesundheitswesen ist bereits durch etliche erfolgreich beendete Gruppen erwiesen.

Ziel des vorgelegten Bandes ist es, auch im ambulanten Rahmen flächendeckend ein multimodales Behandlungsspektrum etablieren zu helfen, welches autonomie- und entwicklungsfördernd die Heilung unterstützt und einer Chronifizierung juveniler Essstörungen entgegentritt.



# A Einführung

## 1 Rahmenbedingungen in der sozial-psychiatrischen Praxis

*Dagmar Hoehne*

### 1.1 Theoretische Einführung

Esstörungen (Anorexia nervosa und Bulimia nervosa) sind bei insbesondere weiblichen Jugendlichen Störungsbilder mit hoher Prävalenz und stellen in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis ca. 10 % des Inanspruchnahmeklientels dar. Es werden hier bereits Vorläufer einer Essstörung gesehen sowie alle Schweregrade des Störungsbildes in den verschiedenen Altersstufen. Aus der Literatur ist bekannt, dass sich bereits in der frühen Adoleszenz genau die problematischen Einstellungen und Verhaltensweisen der Mädchen entwickeln, die letztlich zu einem Vollbild einer Essstörung führen (Herpertz et al. 2008). Dies kann im ambulanten Bereich eine Chance bieten, vor Ausprägung des Vollbilds der Störung bereits frühzeitig Interaktionsmuster und Einstellungen der Jugendlichen und ihrer Familien zu beleuchten und gegebenenfalls im Sinne einer indizierten Prävention niedrigschwellige therapeutische Angebote zu machen. Insbesondere frühe psychoedukative Angebote, wie Elterngruppen, sowie Trainings sozialer Fertigkeiten für Kinder und Jugendliche und familienbasierte Interventionen sind dabei hilfreich. Oft ist eine Gruppe mit psychoedukativer Zielsetzung als sogenannte IGEL-Leistung ein niedrigschwelliges Angebot an die Eltern zum Einstieg. Sie können hierfür eher gewonnen werden als die Jugendlichen selbst.

Bei einem bereits manifesten Störungsbild einer Anorexie oder Bulimie entsprechend den Kriterien des ICD-10 bzw. DSM-IV ist ein langfristig angelegtes Therapiekonzept notwendig, welches sowohl ambulante als auch gegebenenfalls stationäre Maßnahmen mit einbezieht. Da es sich um chronische Verläufe handelt, sollte eine langfristige Anbindung an eine Praxis erfolgen, mit der Funktion des Case Managements im Sinne einer therapeutischen Führung unter Einbezug aller notwendigen Aspekte. Durch das multiprofessionelle Team einer sozialpsychiatrischen Praxis ist gewährleistet, dass alle Aspekte einer Essstörungstherapie bereitgehalten und individuell angepasst werden können.

Es besteht fachlicher Konsens, dass sich bei der Behandlung von Essstörungen ein multimodaler Therapieansatz aus Gewichtsstabilisierung oder »Gewichtsrehabilitation«, Normalisierung der Essgewohnheiten, Psychoedukation sowohl der Patientin als auch der Familie, Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie und familientherapeutischen Interventionen bewährt hat (DGKJP S1-Leitlinien 2007; S3-Leitlinie Essstörungen 2011). Daneben gilt es, häufige Komorbiditäten wie depressive Störungen, Zwangsstörungen und Angststörungen im Blickfeld zu behalten und gegebenenfalls (bei noch im Toleranzbereich befindlichem Gewicht) eine begleitende medikamentöse Behandlung einzuleiten. Durch eine enge und abgestimmte Zusammenarbeit mit der zuständigen stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie und/oder -psychosomatik ist es möglich, bei Eintreten der Indikation zur stationären Behandlung rasch zu reagieren und keine langen Wartezeiten in Kauf nehmen zu müssen. Diese strukturierte Zusammenarbeit ist eine unabdingbare Voraussetzung für das Konzept einer ambulanten Essstörungstherapie, die allen Beteiligten Sicherheit vermittelt und im Rahmen einer Gesamtkonzeption eine deutlich verbesserte Akzeptanz bei den Betroffenen erzeugt. Die in diesem Buch vorgestellte Gruppentherapie von essgestörten Jugendlichen im ambulanten Setting ist in eine Gesamtkonzeption der Behandlung eingebettet und setzt eine erste Auseinandersetzung mit der Erkrankung in der Einzelpsychotherapie oder im Rahmen eines klinischen Aufenthaltes voraus. Insofern sehen wir sie als Intervall im Rahmen eines längeren Therapieprozesses, der einen Baustein im Gesamtprozess darstellt.

Bezüglich der Verursachung von Essstörungen werden biologische, soziokulturelle, familiäre und individuelle Faktoren diskutiert (Herpertz et al. 2008). Zu den individuellen Faktoren zählen insbesondere ein niedriger Selbstwert, Perfektionismus, dysfunktionale Gedanken und Impulsivität (insbesondere bei Bulimie) sowie ein ausgeprägt negatives Körperbild. Dazu kommt die Auseinandersetzung mit der Lebensphase der Adoleszenz und dem häufig damit verbundenen Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt, der im Rahmen einer problematischen innerfamiliären Situation mit hohen elterlichen Erwartungen zur Symptomausprägung führt. Es ist Aufgabe der Einzeltherapie diese vorliegenden Muster individuell zu erarbeiten und korrektive Erfahrungen anzuregen. Die Gruppentherapie ermöglicht zusätzlich die Chance, über die dort wirksamen Faktoren in der Interaktion mit den anderen Betroffenen die soziale Isolation zu beenden, über Modelllernen neue Muster auszuprobieren und unter therapeutischer Anleitung den Selbstwert zu korrigieren. Gerade im Jugendalter hat die Auseinandersetzung in der Gruppe der Gleichaltrigen einen hohen Wirkungsgrad, der durch eine alleinige Einzeltherapie nicht erzeugt werden kann (Fiedler 2005). Die jugendtypische Auseinandersetzung mit der eigenen Identität sowie die größer werdende Distanz zu den Eltern (Fegert et al. 2009) und andererseits Auseinandersetzungen mit den Gleichaltrigen sind Entwicklungsaufgaben, die jeden treffen, aber speziell bei Essgestörten auf Grund ihrer sozialen Isolation und dysfunktionalen Muster zu einer Selbstwertkrise führen. Die gute Integration in eine Gruppe von Gleichaltrigen erweist sich im Verlauf als Basis für einen positiven Selbstwert (Tarrant et al. 2006) und erleichtert die