

SYSTEMISCHE THERAPIE



Eia Asen

Michael Scholz (Hrsg.)

Handbuch der Multifamilientherapie

ZUSATZMATERIAL



CARL-AUER

Therapiemanual zur Multifamilientherapie mit anorektischen Kindern und Jugendlichen im tagesklinischen Setting (Dresdener Modell)

Maud Rix und Katja Scholz

In der Arbeit mit anorektischen Kindern und Jugendlichen und deren Familien stehen selbstverständlich alle in der Multifamilientherapie bekannten Techniken zur Verfügung, um den Perspektivenwechsel bzw. die intra- und interpersonellen Dynamiken anzuregen:

- Großgruppe, Patientengruppe, Elterngruppe, gemischte Gruppen, Geschwistergruppe
- Adoptionsfamilien, Beraterverträge
- Arbeitsgruppen unterschiedlichster Konstellation
- Innen- und Außenkreis
- Akteure und »Chor«
- Rollenspiele, Gesprächsrunden
- Aktionen, Entspannung

Der Einsatz der Videotechnik ist für die therapeutische Arbeit obligat. Die Aufzeichnungen können im Rahmen eines Videofeedbacks genutzt werden. Die Videos werden über den gesamten Behandlungszeitraum archiviert. Daher kann jederzeit ein therapeutisch induzierter und/oder von der Gruppe gewünschter Rückblick erfolgen. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, eine Handkamera zu benutzen, mit der sich Szenen außerhalb der Räume filmen lassen.

Im Rahmen dieses Manuals werden wichtige therapeutische Interventionen und Übungen exemplarisch dargestellt. Das Interventionsrepertoire wird ständig erweitert und ergänzt.

1. Gruppenkohäsion

Intervention 1: Wie alles begann

Ablauf

Das Thema »Beginn der Anorexie« wird zunächst in einem Innenkreis der Eltern (Patienten im Außenkreis) und anschließend mit den Patienten im Innenkreis (Eltern im Außenkreis) besprochen. Ein Therapeut moderiert den Austausch im Innenkreis (siehe Fragenkatalog unter »Instruktion«), der andere Therapeut unterstützt die Teilnehmer im Außenkreis. Zeitdauer insgesamt etwa 1 Stunde.

Therapieziel

Die *Eltern* können aus den Erfahrungen der anderen Eltern erkennen, dass sich die Krankheitsverläufe in vielen Familien ähneln. Diese Erfahrung erleichtert den Abbau lähmender Schuldgefühle (Selbstzweifel, Selbstvorwürfe).

Die *Patienten* können die »Einzigartigkeit« ihrer Krankheit infrage stellen und erfahren, dass viele Patienten ähnliche Beweggründe haben und ähnliche Verläufe zeigen.

Instruktion: Fragenkatalog Elternkreis

- »Was ist wem wann zuerst aufgefallen? Wer hat als Erster bemerkt, dass etwas nicht stimmt?«
- »Was haben Sie dann gemacht?«
- »Was war von dem, was Sie gemacht haben, hilfreich bzw. nicht hilfreich?«
- »Was hat Ihre Umgebung gemacht? Wie war die Reaktion von Familie und Freunden?«
- »Was ist Ihr Kind eigentlich für ein »Typ«? Was vermissen Sie an ihm?«
- »Wie hat die Krankheit Ihre Beziehung zum Kind / zum Mann / zur Frau verändert?«
- »Was ist Ihre persönliche Theorie zum Thema »Wer hat Schuld an der Krankheit?«
- »Hatten Sie jemals Angst um das Leben Ihres Kindes?«

Instruktion: Fragenkatalog Patientenkreis

- »Wann und wie hat es aus deiner Sicht mit der Krankheit begonnen?«
- »Wer hat es zuerst gemerkt?«
- »Was hast du dann unternommen? Was war hilfreich, und was war nicht hilfreich?«
- »Was vermisst du am meisten aus der vorherigen »gesunden« Zeit?«
- »Hattest du in der Vergangenheit Angst um deine Gesundheit oder um dein Leben?«
- »Was ist deine persönliche Theorie zu den Auslösern deiner Krankheit?«
- »Hattest du jemals Angst um dein Leben?«

Auswertungsfokus

In der *Elternrunde* werden die Erfahrungen aller Eltern gesammelt.

Die Therapeuten fokussieren auf

- die lange »Dunkelzeit« der Krankheit, das heißt darauf, dass viele Eltern lange Zeit ahnungslos, hilflos bzw. inaktiv sind;
- gemeinsame Selbstzweifel (Warum unsere Tochter?) oder Schuldzuschreibungen (Haben wir als Eltern versagt?);
- ähnliche Erfahrungen mit hilfreichen oder kränkenden Reaktionen der Umwelt; besonderer Schwerpunkt: verständnislose Großeltern;
- Schuldgefühle den Geschwisterkindern gegenüber.

In der *Patientenrunde* ergeben sich Ähnlichkeiten bezüglich Auslösern (Unzufriedenheit mit sich, Hänseleien von anderen) und Beginn (Kontrollverlust bei Diät), die erleichternd wirken.

Die Therapeuten fokussieren auf

- Auslöser / Ursachen aus Sicht der Patienten;
- Befürchtungen und Schuldgefühle der Patienten, ihrer Familie Sorgen zu machen.

2. Symptomorientierte Phase

2.1 Themenbereich Essen, Mahlzeiten, Gewichtszunahme, Konsequenz

Intervention 2: Gemeinsame Mahlzeiten

Ablauf

Die Familien nehmen jeden Tag gemeinschaftlich drei Mahlzeiten in der Tagesklinik ein. Alle essen an einer großen Tafel, sodass Gespräche und Beobachtungen möglich sind. Die Patienten sitzen zwischen den Eltern. Die Zeiten werden festgelegt (Frühstück und Vesper 20 Minuten, Mittagessen 30 Minuten). Falls die Patientin einen Essensplan hat, können sich die Eltern daran orientieren. Die Eltern füllen den Teller des Kindes oder korrigieren die Menge nach ihren Vorstellungen.

Therapieziel

- *Portionsgrößen, Zusammensetzung der Nahrung:* Die Eltern lernen, wieder angemessene Mahlzeiten zusammenzustellen, ohne sich auf anorektische »Verrücktheiten« (z. B. Kalorienzählen, fettfreie, fleischlose Kost) einzulassen. Die Patienten akzeptieren die Eltern als verantwortlich für die Menge und Zusammensetzung der Mahlzeit.
- *Gemeinsame Mahlzeiten einnehmen:* Patienten lernen, wieder mit ihren Eltern zu essen. Eltern können während der Mahlzeit für die nötige Kontrolle sorgen und die Nahrungsaufnahme mit angemessener Konsequenz durchsetzen.
- *Unterstützung nach dem Essen:* Die Familien entwickeln Strategien, die mit Angst und Unwohlsein besetzte Zeit nach den Mahlzeiten für die Patienten versöhnlich zu gestalten, ohne die notwendige Kontrolle zu vernachlässigen (nicht allein lassen, ablenken, eventuell Ruhezeit).

»Material«

Es wird nach dem allgemein gültigen Vollkostplan bestellt und geliefert (Klinikküche), allerdings ohne kalorienreduzierte Light-Produkte, ohne Mineralwasser und ohne rein vegetarische Mahlzeiten. Zum Nachmittag wird Kuchen gereicht.

Instruktion

»Bitte stellen Sie die Portion Ihres Kindes so zusammen, dass es davon zunehmen (bzw. zu späteren Zeitpunkten: das Gewicht halten) kann.«

»Meinen Sie, dass die Portion ausreicht?«

»Was meinen die anderen?«

»Was meinen Sie, Frau X, ob das reicht, damit Claudia zunimmt?«

»Was würden Sie Frau Y raten, was würden Sie selbst tun?« (in Anlehnung an das Fünfschrittemodell von Asen)

»Wie groß wäre die Portion für Ihr gesundes Kind?«

»Bitte lassen Sie Ihr Kind in der nächsten halben Stunde nicht aus den Augen, gehen Sie langsam spazieren, eventuell mit einer anderen Familie, und versuchen Sie, miteinander eine angenehme Familienpause zu verbringen. Reden Sie über alles Mögliche, sprechen Sie dabei aber nicht über das Essen.«

Auswertungsfokus

Die Therapeuten sind während der gesamten Mahlzeit präsent. Sie fokussieren immer auf die Ideen der anderen Gruppenmitglieder. Sie unterstützen die Eltern, indem sie auf »anorektische Verrücktheiten« aufmerksam machen, diese benennen und die Gruppe einbeziehen.

Typische Situationen:

- Eltern reagieren nicht schnell genug, die Tochter isst das Brötchen ohne Butter.
- Eltern haben Schwierigkeiten, die Portionsgrößen zu bestimmen, die Tochter vermittelt, das sei zu viel.
- Eltern essen den Rest des Essens ihrer Tochter.
- Tochter lässt Essen verschwinden.

Die Therapeuten, die Gruppe und die betroffene Familie erörtern gemeinsam mögliche alternative Handlungsstrategien in schwierigen Situationen. Erfahrungen der anderen Eltern und Patienten werden eingeholt, hilfreiche Lösungen bei gleichem Problem erfragt, Hinderungsgründe oder hemmende Emotionen (Angst, Schuldgefühle) angesprochen.

Typische Situationen:

- Patientin reagiert aggressiv oder mit demonstrativem Verhalten (Weinen, Flehen), um nicht essen zu müssen.
- Patientin verweigert das Essen.
- Patientin verlässt den Raum.
- Eltern äußern Bedenken bezüglich Zumutbarkeit der Portion.
- Eltern verbalisieren Hilf- und Ratlosigkeit.
- Eltern reagieren unangemessen bezüglich verbaler oder körperlicher Aggression.

Die Therapeuten ermutigen die Eltern, unter »geschützten Bedingungen« (Tagesklinik, Hilfe der Gruppe) neue Strategien zu erproben, die Tochter zum Essen zu bewegen oder die durch die vielen Jahre des Zusammenlebens mit einer Magersüchtigen eigenen »adaptierten« Denk- und Handlungsmuster zu überprüfen.

Wichtigster Aspekt: Feedback aus der Gruppe!

Hilfen zur differenzierten Wahrnehmung:

- »Spricht jetzt aus Ihrer Tochter Ihr gesundes Kind, oder ist das jetzt die Anorexie?«
- »Wenn Sie das ... zulassen würden, welche Anteile würden Sie damit unterstützen – das gesunde oder das anorektische Verhalten Ihres Kindes?«
- »Was meinen die anderen?«

Typische Situationen:

- Eltern erleben sich als einflusslos bezüglich Essenzusammensetzung und Portionsgröße (Hilflosigkeit).
- Eltern äußern das Denkmuster »Ich bin froh, wenn sie überhaupt etwas isst« (Bagatellisierung).
- Eltern argumentieren für das Kind: »Ich würde diese Menge auch nicht schaffen« (Koalition mit dem Kind).
- Patientin argumentiert: »Das habe ich noch *nie* gegessen« (Protest, unangemessene Machtdemonstration der Patientin).

Kritische Therapiesituationen

Falls eine Patientin die Verweigerung des Essens bis zum Ende der vereinbarten Zeit ausdehnt, muss die Gruppe über das weitere Vorgehen entscheiden (z. B. alle bleiben sitzen, nur die Eltern bleiben

dabei sitzen, andere Eltern bleiben dabei sitzen, um den betroffenen Eltern eine Pause zu gönnen ...). In solchen kritischen Situationen bleibt immer mindestens eine Therapeutin bei der betroffenen Familie.

Intervention 3: Essenscollagen

Ablauf

Zunächst werden die Patienten und Eltern in verschiedenen Räume platziert und getrennt in die Übung eingewiesen: Aus Buntpapier werden symbolische Mahlzeiten gebastelt (30 Minuten). In der großen Gruppe werden die Essenscollagen für jede Familie ausgewertet (ca. 2 Stunden).

Therapieziel

Der Bezug zum Alltag ist wichtig, die Übungseinheit betont die alltägliche Situation zu Hause: Den Eltern soll es gelingen, zwischen familienspezifischen und an die Anorexie adaptierten Essgewohnheiten der Familie zu differenzieren. Es sollen alltagsnah wieder normale Mahlzeiten (bezüglich Portionsgröße, Zusammensetzung und Zutaten) möglich werden. Durch das Erleben der Essensvorstellung des eigenen Kindes, aber insbesondere auch der anderen Patienten sollen die anorektischen Muster für die Eltern offengelegt werden. Die Patienten können spielerisch ihre Befürchtungen bezüglich normaler Nahrungsmenge offenbaren.

Ziel ist in dieser Spielsituation die Hierarchieumkehr von der krankheitsbedingten Dominanz der Tochter und einer Pseudoharmonie mit elterlicher Konfliktvermeidung hin zu einer situationsbezogenen elterlichen Dominanz.

Material

Buntes Papier, Scheren, Klarsichtklebeband, Teller, Kompottschalen, Gläser.

Instruktion

Erstellung der Collage:

Für die Eltern: »Erstellen Sie bitte mithilfe der bereitgestellten Bastelutensilien eine Mahlzeit für Ihre Tochter, so wie sie bei Ihnen zu Hause nächsten Sonntag möglich wäre. Bitte schneiden Sie die Zutaten in realer Größe aus.«

Für die Patienten: »Bitte stellt eine Portion für euch selbst zusammen, so wie ihr sie euch für nächsten Sonntag wünschen würdet.«

Auswertungsfokus

In der Auswertungsrunde sitzen alle Gruppenteilnehmer in einem großen Kreis. Die Familien stellen nacheinander ihre Collagen vor. Die Eltern beschreiben ausführlich ihre erstellte Mahlzeit, auch die Patientin beschreibt ihre Portion. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf dem Bezug zum Alltag (Mit welchen Zutaten wird gekocht? Welche Zutaten werden gemieden?) und auf der Rückmeldung aus der Gruppe (»Hausfrauenrunde«).

Anschließend wird mithilfe der Gruppe eine normale Portion aus beiden Tellern zusammengestellt. Diese Portion ist die Grundlage für ein Rollenspiel der Familie: »Wie wird es mit diesem Teller am nächsten Sonntag bei Ihnen zu Hause sein? Gibt es Streit, kann die

Tochter diese Portion problemlos essen?« Eltern und Patientin werden zu Auseinandersetzung, Diskussion und Verhandlung bezüglich dieser Collagen-Portion motiviert. Das Rollenspiel wird immer wieder für Rückmeldungen aus der Gruppe (Ähnlichkeiten, Unterschiede) angehalten. Die Familie kann, angeregt vom Feedback aus der Gruppe, spielerisch alternative Interaktionen versuchen.

Die Therapeuten fokussieren auf

- das Offenlegen anorektischer Gewohnheiten bei Eltern und Patienten;
- die korrekte Einschätzung angemessener Portionen und Zutaten einer Mahlzeit;
- die Notwendigkeit einer konsequenten Haltung der Eltern anstelle von Kompromissen, Zugeständnissen oder Nachgiebigkeit;
- die Sorgen der Patienten, dass Eltern diese Informationen tatsächlich in den Alltag übertragen werden.

Kritische Therapiesituationen

- Elterliche Adaptation an anorektische Muster ist zu stark.
- Selten: Patientinnen passen sich formal an.

Intervention 4: Adoptionsessen

Ablauf

Zu einer Mahlzeit (gut geeignet: zweites Frühstück) werden die Eltern und Patienten in »neuen« Familienkonstellationen zusammen an den Tisch gesetzt.

Therapieziel

Für die Eltern wird die eigene Fähigkeit erlebbar, eine anorektische Patientin zum Essen einer angemessenen Portion zu bewegen. Sie sollen erkennen, dass eine partielle Distanz und eine hinreichende Selbstsicherheit in der Beziehung in dieser Situation hilfreich sind, da sie selbst weniger verletzlich und angreifbar sind. Die Patienten erleben bei den »Adoptiveltern« Unterschiede, aber auch Ähnlichkeiten im Vergleich zu den eigenen Eltern. Die Patienten erleben das Verhalten und die Meinung dieser »Elternsurrogate« im sozialen Vergleich. Neben der Erfahrung eines neuen Verhaltensmusters können neue Informationen, Gedanken und Themen eingeholt werden.

»Material«

Zweites Frühstück.

Instruktion

»Heute wird es einige Veränderungen bei dieser Mahlzeit geben. Sie als Eltern werden für die Zeit des zweiten Frühstücks ein Kind ›adoptieren‹ und Ihr eigenes Kind an sehr verantwortungsbewusste Eltern abgeben. Bitte suchen Sie sich aus der Gruppe ein neues Kind aus und sorgen Sie fürsorglich und verantwortlich für dieses. Falls Sie unsicher sind, was das Kind zur Sicherung der Gesundheit zu sich nehmen sollte, oder andere Fragen haben, wenden Sie sich an die leiblichen Eltern. Sorgen Sie bitte dafür, dass heute keine leiblichen Verwandten nebeneinander sitzen, sodass alle Mitglieder der neuen Familie miteinander ins Gespräch kommen.«

Auswertungsfokus

Alle Patienten und Eltern schildern ihre Erlebnisse und Besonderheiten dieser Situation.

Die Therapeuten fokussieren

- auf die Fähigkeiten der Eltern, verantwortlich für das Adoptivkind zu sorgen (elterliche Kompetenz);
- auf die gesunden Anteile der Patienten, die sich gegenüber Adoptiveltern anders verhalten als gegenüber den leiblichen Eltern (Fähigkeit zu Höflichkeit und Veränderung scheinbar festgefahrener Verhaltensmuster in einem anderen familiären Kontext);
- auf die ambivalenten Gefühle der leiblichen Eltern, das eigene Kind mit anderen Personen zu erleben (Gefühle der Kränkung);
- auf die Gefühle der Patienten, die eigenen Eltern im Umgang mit einer anderen Patientin als kompetent zu erleben (Gefühle der Besorgnis oder Stolz);

Eventuell ist es möglich, diese »Cross-over-Situation« zu nutzen, um den Adoptiveltern vonseiten der Adoptivkinder konstruktiv-kritisches Feedback zu geben (Patienten als Experten der Krankheit, als Trainer für andere Eltern). Patienten können den Adoptiveltern über positive Aspekte des Zusammenseins berichten, z. B. über bessere Ablenkung durch interessante Gespräche oder aber über eigene Tricks, die die Leiheltern übersehen haben, z. B. fehlende Butter.

Kritische Therapiesituationen

- Patientin verweigert Essen;
- Adoptiveltern sind hilflos.

Intervention 5: Drittes Frühstück

Ablauf

Nach dem zweiten Frühstück bleibt die Gruppe an den Tischen sitzen, die Therapeuten bringen pro Familie ein weiteres Frühstück und stellen es vor die Familien auf den Tisch. Die Therapeuten initiieren einen Rollentausch zwischen einem Elternteil und Kind bzw. Jugendlichen und rollen die Teilnehmer in ihre neue Position ein. Ein Teil der Gruppe wird zu Beobachtern. Ein Rollenspiel mit drei Familien dauert ca. 10 Minuten. Anschließend werden diese Familien zu Beobachtern, und die anderen Familien inszenieren das Rollenspiel.

Nach Beendigung des Rollenspiels werden alle Teilnehmer entrollt. Die Auswertung umfasst ca. 30 Minuten. In der Auswertungsrunde werden sofort die Videoaufnahmen hinzugezogen und gemeinsam besprochen.

Therapieziel

Der Rollentausch macht die Gefühle der Eltern und der Patientin in den jeweils unterschiedlichen Positionen erlebbar. Der Perspektivenwechsel kann das Verständnis des anderen verbessern.

Material

Pro Familie ein belegtes Brot und ein Getränk, Servietten.

Instruktion

Drei Familien werden zu Beobachtern der Situation ernannt: »Bitte beobachten Sie aufmerksam die folgende Situation, und registrieren sie die besten Argumente und Handlungen der Familie, die Ihnen gegenübersteht.«

Die Patientinnen werden in die Rolle der Mutter versetzt und die Mutter in die Rolle der Tochter eingestellt. Bei der Versetzung in die Position des anderen achtet der Therapeut auf persönliche und familiäre Besonderheiten:

- *Instruktion der Mutter in der Rolle der Tochter:*
»Du bist die ... und 16 Jahre alt. (Kurze, individuelle Beschreibung der Person) Du bist seit vielen Jahren krank und derzeit in ambulanter Behandlung und findest ein drittes Frühstück inakzeptabel. Du als Essgestörte wirst nun alles tun, um deiner ›Mutter‹ zu beweisen, dass du dieses Frühstück nicht essen wirst. Tue alles Mögliche und Unmögliche, um zu verhindern, dass deine Mutter in Zukunft glauben könnte, sie könne dir nun jeden Tag ein drittes Frühstück servieren.«
- *Instruktion der Tochter in der Rolle der Mutter:*
»Sie sind die Frau ..., 39 Jahre alt. (Kurze, individuelle Beschreibung der Person) Ihre ›Tochter‹ ist seit vielen Jahren krank. Seit mehreren Tagen kommen Sie nun bereits in die Familientagesklinik, haben viele erschreckende und interessante Dinge gesehen und gehört. Nun haben sich die Therapeuten eine kleine Prüfung für Sie ausgedacht: Ihre Aufgabe wird in den folgenden Minuten sein, Ihre ›Tochter‹ dazu zu bewegen, dieses dritte Frühstück zu essen. Setzen Sie alle ihre mütterlichen Fähigkeiten bei der Bewältigung dieser schweren Aufgabe ein, eventuell greifen Sie auch zu unkonventionellen oder überraschenden Methoden ... Falls Sie es nicht schaffen, Ihre ›Tochter‹ zum Essen zu bewegen, müssen Sie dieses Frühstück selbst essen.«

Auswertungsfokus

Zunächst erfolgt eine Auswertungsrunde in der gespielten Rolle, das heißt, die Mütter berichten über das Spiel aus der Sicht der eingenommenen Position der Tochter und umgekehrt. Die Therapeuten erfragen angenehme und unangenehme Seiten der jeweiligen Rolle sowie Gefühle, Empfindungen und Gedanken in der Rolle. Die Beobachter berichten über Besonderheiten, die ihnen aufgefallen sind. Anschließend werden die Teilnehmer ›entrollt‹, und es folgt eine Diskussion in der großen Gruppe über das Geschehene.

Die Therapeuten fokussieren insgesamt auf die krankheitsspezifische Dynamik und Interaktion, im Einzelnen auf

- Gefühle der Genugtuung, der Macht und Stärke der Eltern, in der Patientenrolle eine »Nein-Position« zu spielen;
- Gefühle der Eltern in der Patientenrolle, durch das Kind in der Elternrolle zum Essen gezwungen zu werden;
- Reflexionen über die meist sehr konsequente Haltung der Patienten in der Elternrolle;
- Reflexionen über die kreativen Versuche der Patienten in der Elternrolle, ihr ›Kind‹ zum Essen zu bewegen;

- Erarbeitung einer Liste hilfreicher und wenig hilfreicher Handlungsmöglichkeiten.

Kritische Therapiesituationen

- Patientin spielt nicht, eventuell aus Furcht vor Preisgabe der »richtigen« Vorgehensweise;
- Eltern essen zu bereitwillig aus Sorge, die Tochter müsse letztendlich das Frühstück essen, oder aufgrund einer missverstandenen Instruktion.

2.2 Themenbereich »Facetten der Magersucht«

Intervention 6: Visualisierung der Körperschemastörung

Ablauf

Es werden subjektive und objektive Körperbilder auf großen Plakaten erstellt (30 Minuten, nur Mütter und Töchter bzw. Väter und Söhne). Die Auswertung erfolgt in der großen Gruppe mit allen Teilnehmern (Zeitdauer 2 Stunden).

Therapieziel

Das *subjektive Körpererleben* der Patientinnen kann visualisiert und damit öffentlich gemacht werden. Die Eltern erleben die Durchgängigkeit dieses Symptoms bei fast allen Patienten und können dieses Phänomen als Teil der Krankheit erkennen. Die Patientinnen können ihre massiven Ängste und Befürchtungen bezüglich ihres Körpers und dessen antizipierte Veränderung bei Gewichtszunahme verbalisieren und ansprechen.

Das *objektive Körperbild* kann auf die Eltern angstinduzierend und handlungsanstoßend wirken und die Bedrohlichkeit des körperlichen Zustands abbilden.

Die Körperschemastörung wird für die Eltern als unkorrigierbar demonstriert und in thematischen Zusammenhang zu Wahn und Psychose gestellt. Diese Verknüpfung soll ebenfalls spannungsinduzierend wirken und elterliche Lethargie, Bagatellisierung oder Unverständnis abbauen. Den Eltern soll bewusst werden, dass sie bei einer fixierten, unkorrigierbaren Körperwahrnehmungsstörung die Verantwortung für ihr Kind übernehmen müssen, das krankheitsbedingt nicht selbst entscheiden kann.

Material

Pro Patientin zwei 2 m lange, 70–80 cm breite Papierrollen, dicke Stifte, Beckenzirkel, Maßband.

Instruktion

Für die Erstellung der Plakate verbleiben nur gleichgeschlechtliche Elternteile und Kinder im Raum.

- Beim ersten Teil werden die Patienten aufgefordert – nach Markierung der realen Körperlänge – den eigenen Körper aufzuzeichnen: »Bitte zeichnet euren Körper auf dieses Plakat, so wie ihr ihn derzeit fühlt und erlebt. Es soll eine gefühlte Abbildung eures Erscheinungsbildes sein.«
- Beim zweiten Teil werden die Patienten gebeten, sich bis auf die Unterwäsche auszuziehen und sich auf das zweite Plakat zu legen.

Instruktion für die Mütter: »Bitte zeichnen Sie den Umriss

Ihrer Tochter nach, dicht entlang am Körper. Halten Sie den Stift ganz gerade.«

Auswertungsfokus

Die zwei Plakate je Patientin werden dicht nebeneinander an die Wand gehängt. Alle Gruppenteilnehmer gehen durch den Raum und betrachten die Bilder (»Vernissage«). Anschließend erfolgt die Auswertung im großen Kreis. Eltern und Patienten schildern ihre Eindrücke, Gedanken und Gefühle, die die Bilder auslösen. Eine Patientin (eventuell auch mehrere) wird gebeten, sich vor ihre Bilder zu stellen und mithilfe des Therapeuten der Gruppe zu erläutern, wie die Bilder zustande gekommen sind, welche Meinung und Empfindungen sie zu beiden Bildern hat und insbesondere welches Plakat der Realität entspricht. Der Therapeut befragt die Patientin – bezugnehmend auf die Darstellung – detailliert zu ihrem Körperbild, Problemzonen und Körperstellen, die die Patientin akzeptieren kann etc. Die Unterschiede zwischen dem subjektiven und dem objektiven Bild können abgemessen, die Maße auf dem Bild vermerkt werden. Maßband und Beckenzirkel werden zu Hilfe genommen. Die Patientin bestimmt eine Person (oder auch mehrere) ihres Vertrauens aus der Gruppe, die die Bilder und den Körper der Patientin »vermessen«.

Die Therapeuten fokussieren auf

- die zentrale Bedeutung der Körperwahrnehmungsstörung als »treibende« Kraft der Magersucht;
- die Unkorrigierbarkeit des subjektiven Erlebens trotz abgemessener Zahlen etc.;
- das Ausmaß und die krankheitsimmanent-logischen Folgen einer solchen Wahrnehmungsstörung (»Wer sich so dick fühlt, muss sich beim Essen zurücknehmen!«);
- das Wahnhafte dieses Symptoms;
- die Dringlichkeit der Verantwortungsübernahme bezüglich Essen, Gewicht und Aktivitäten durch die Eltern (»fehlende Zurechnungsfähigkeit«).

Kritische Therapiesituationen

- Patientin gerät in zu starken Spannungszustand;
- Patientin bagatellisiert;
- Eltern bagatellisieren.

Intervention 7: Tricks und Kniffe

Ablauf

Diese Gesprächsrunde findet ausschließlich mit den Eltern statt und dauert etwa 1 Stunde. Es werden Informationen ausgetauscht oder von den Therapeuten eingebracht, die unter dem Thema »Tricks und Kniffe der Anorexie« zusammengefasst werden, das heißt, es werden Manipulations- und Betrugsstrategien sowie Tricks der Patientinnen dargestellt, die diese anwenden, um Eltern, Therapeuten und Personal über ihr Gewicht zu täuschen, um Gewicht zu verlieren etc.

Therapieziel

Die Eltern sollen für den Umgang mit der Patientin im Alltag gut informiert sein, um bei Manipulationsversuchen effektiv gegensteuern zu können. Zudem sollen sie diese Handlungen als Teil der Krankheit akzeptieren und nicht negieren (»Meine Tochter

macht so etwas nicht«) oder als persönlichen Betrug oder persönliche Kränkung interpretieren. Hilflosigkeit der Eltern, bedingt durch Ahnungslosigkeit, soll abgebaut werden.

Die Übung dient der differenzierten Wahrnehmung der Eltern von gesunden und kranken Anteilen der Patientin: »Ist das die Anorexie, oder ist das Ihre eigene Tochter?«

Material

- Eventuell: Gesammeltes Wissen des Pflegepersonals und der Therapeuten;
- Liste von Informationen, von ehemaligen Patienten zusammengestellt;
- Informationen aus dem Internet.

Instruktion

»Diese Stunde dient der Information über die dunklen, tabuisierten und hässlichen Seiten der Anorexie. Wenn Sie als Eltern etwas gegen die Krankheit Ihrer Tochter unternehmen möchten, müssen Sie gut informiert sein! Was ist Ihnen im Alltag mit Ihrem Kind aufgefallen, das Ihnen seltsam vorkam und etwas mit der Krankheit zu tun haben könnte?«

Auswertungsfokus

Die Therapeuten sammeln die Erfahrungen der Eltern, bringen eigenes Wissen, aber auch das Wissen ehemaliger Patienten ein.

Als hilfreich hat sich die Strukturierung nach Themen erwiesen:

- Gewichtsmanipulationen (z. B. Wasser trinken, mit nassen Haaren wiegen),
- Hyperaktivität und Gewichtsreduktion (Sport, kalt duschen etc.),
- Erbrechen,
- Nahrungszusammensetzung (verbotene Lebensmittel etc.),
- Betrügereien (Essen wegwerfen etc.).

Kritische Therapiesituationen

- Eltern reagieren gekränkt.
- Bagatellisierung oder unangemessener Vertrauensvorschuss durch die Eltern.

Intervention 8: Briefe an die Magersucht

Ablauf

Alle Gruppenmitglieder entwerfen zwei separate Briefe an die Magersucht: einen persönlichen Dankesbrief und einen persönlichen Hassbrief. Die Briefe werden eingesammelt und gemischt und wieder so verteilt, dass jeder Teilnehmer einen Dankes- und einen Hassbrief in den Händen hält. Reihum werden zunächst alle Hassbriefe und anschließend alle Dankesbriefe vorgelesen.

Therapieziele

Negative Gefühle durch die Personifizierung der Magersucht direkt formulieren lernen; Wahrnehmung auch der positiven Veränderungen, die die Magersucht angestoßen hat.

Material

Papier und Stifte.

Instruktion

»Wir möchten Sie/euch bitten, zwei Briefe zu schreiben. Dies soll anonym geschehen, deshalb bitte keine Namen nennen und nicht unterschreiben:

- Der erste Brief beginnt mit den Worten »Magersucht, ich hasse dich, weil ...« Anschließend listen Sie / listet ihr mindestens zehn Punkte auf, warum Sie/ihr diese Krankheit hassen/hasst. Eltern schreiben bitte aus eigener Sicht, warum Sie die Krankheit des Kindes hassen, und Jugendliche notieren bitte das eigene negative Erleben bezüglich der Krankheit.
- Der zweite Brief beginnt mit den Worten »Magersucht, ich danke Dir, weil ...« Er soll nicht ironisch oder sarkastisch gemeint sein und mindestens zehn positive Veränderungen oder Momente benennen, die durch die Krankheit in Ihrem/eurem Leben passiert sind.

Auswertungsfokus

Welche vielfältigen Sorgen und Nöte verursacht die Magersucht bei den Eltern und Betroffenen? Welche positiven Veränderungen stößt sie an?

Psychoedukative Einheit: Gewichtskurven, BMI, Mindestgewicht

Ablauf

Alle Teilnehmer werden in der Großgruppe über altersabhängige Gewichtskurven, Perzentilen, den Body-Mass-Index (BMI; Körper-Masse-Index) und das therapeutisch intendierte Mindestgewicht informiert.

Inhalt und Gestaltung

Anhand von einer Gauss-Verteilungskurve werden die Gewichtskurven sowie die altersabhängigen Perzentilen für den Body-Mass-Index erklärt. Benutzt wird dabei die Perzentilentabelle für den BMI von Mädchen nach Kromeyer-Hauschild et al. 2001.¹ Die Teilnehmer werden über die Bedeutung des BMI für die Behandlung informiert. In diesem Zusammenhang wird auf den biologischen Sinn des »Fettorgans« hingewiesen. Dieser in der Stoffwechselmedizin übliche Begriff wird hier bewusst verwendet anstelle der Begriffe »Fett«, »Fettgewebe« oder »Fettmasse« mit ihrer besonders bei anorektischen Mädchen negativen Besetzung. Es wird vermittelt, dass eine hinreichende Menge Körperfett für das Funktionieren des Fettorgans notwendig ist, um den gestörten Hormonstoffwechsel normalisieren zu können. Die Östrogenbildung kann also nur mit einem funktionsfähigen Fettorgan normalisiert werden.)

¹ Kromeyer-Hauschild, K., M. Wabitsch, D. Kunze et al. (2001): Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 149: 307–818.

Plakate oder Videofilme mit der Handkamera

Ablauf

Die Patienten erstellen in einer eigenen Gruppenzeit von etwa 60 Minuten ein Wandplakat oder drehen einen Videofilm zu einem von den Therapeuten vorgegebenen Thema.

In der Großgruppe tragen die Patienten ihre Ergebnisse vor, und es wird über verschiedene Aspekte diskutiert (ca. 45 Minuten).

Themen:

- gesund – krank,
- Plus und Minus der Anorexie,
- Was mich an anderen fasziniert,
- Ausnahmen von der Anorexie,
- Was ich in der Krankheit vermisse,
- Sätze, die verletzen, und Sätze, die guttun etc.,
- die häufigsten Fehler im Umgang mit der Krankheit.

Therapieziel

Der Informationsfluss zwischen Gesunden und Kranken soll in Gang gebracht werden, da es vielen Patienten schwer fällt, mit ihren Eltern über die angesprochenen Themen zu sprechen. Die Patienten haben Gelegenheit, ihre Empfindungen, Sichtweisen und Nöte darzustellen – anonymisiert durch das Gruppenergebnis. Die Eltern sollen einen Einblick in die Ängste, Befürchtungen und krankheitslogischen Ansichten bekommen, aber auch »gesunde Anteile« der Patienten (hohe Kreativität, künstlerische Fähigkeiten, Witz, Ausdruckskraft) würdigen können.

Material

Plakate und Stifte bzw. Videokamera und für die Herstellung des Videos benötigte Utensilien.

Instruktion

»Bitte erstellt in der nächsten Stunde ein Plakat / einen Film zu folgendem Thema ... Berücksichtigt, dass viele Eltern eure inneren Empfindungen und Gedanken nicht kennen. Wenn ihr versucht, eure Ansichten zu diesem Thema ansprechend und kreativ darzustellen, können Eltern vielleicht besser verstehen und treten eventuell nicht unentwegt in für euch schmerzliche Fettnäpfchen ...«

Auswertungsfokus

Die Therapeuten fokussieren auf

- die Würdigung der Bemühungen der Patienten, ihre Sicht des Themas darzustellen;
- die Diskussion, wie Eltern anschließend mit diesem Wissen umgehen (Was ist hilfreich, was nicht?).

3. Beziehungsorientierte Phase

Intervention 9: Tonskulpturen

Ablauf

Herstellung einer Tonskulptur, bestehend aus allen Mitgliedern der Kernfamilie (Dauer 30 Minuten). Auswertung in der Großgruppe mit allen Teilnehmern (Dauer ca. 1-2 Stunden).

Therapieziel

Die Familien erhalten die Möglichkeit, nonverbal familiäre Strukturen darzustellen. Nähe/Distanz, Autonomiebestrebungen, Koalitionen und Triangulation und daraus entstehende Konflikte werden sichtbar gemacht. Die Skulptur akzentuiert und dramatisiert familiäre Rollen und Rollenwahrnehmungen. Sie kann motivieren, Widerstände verringern und die Spontaneität in der Familie fördern.

Material

Ton, Wasser, schützende Unterlagen.

Instruktion

»Für die Erstellung Ihrer Familienskulptur fertigen Sie bitte eine etwa 15 mal 15 cm große Platte aus Ton und stellen darauf alle Mitglieder Ihrer Familie so zueinander, wie Sie es erleben. Diskutieren Sie bitte, wer welche Figur fertigt und geben Sie Ihrer Skulptur einen Titel oder Namen.«

Auswertungsfokus

Jede Familie stellt ihre eigene Skulptur vor und berichtet über den Erstellungsprozess, den Titel und seine Begründung. Anschließend arbeiten die anderen Familien und interpretieren, deuten und hinterfragen die Skulptur.

Die Therapeuten orientieren sich an folgendem Fragenkatalog:

I. Fragen an die Familie:

- Wie war der Herstellungsprozess? Hatten Sie Streit miteinander? Hatten Sie Spaß miteinander?
- Wer ist wer auf der Platte?
- Titel des Kunstwerks?

II. Fragen an die Gruppe (»familientherapeutische Experten«):

- Atmosphäre auf der Platte?
- Was machen die Figuren gerade, was sagen sie?
- Wo ist das Problem zu erkennen?
- Um wem müssen wir uns Sorgen machen?
- Wenn Sie dürften – wo würden Sie am liebsten »familientherapeutisch« eingreifen? An welcher Figur würden Sie am liebsten eine erste kleine Veränderung »hinbiegen«?
- Was passiert, wenn nichts passiert?

Intervention 10: Genogramme

Ablauf

Jede Familie erstellt für sich nach den Symbolregeln eines Genogramms einen »Stammbaum« der Familie. Die Genogramme werden an die Wand gehängt und in kleinen Gruppen anschließend erklärt und diskutiert. Die Therapeuten »wandern« von Kleingruppe zu Kleingruppe.

Therapieziel

Das Genogramm ermöglicht Familien, beim Betrachten der Herkunftsfamilie deren Normen, Werte und Probleme zu hinterfragen und einen Bezug zum aktuellen Problem des kranken Kindes herzustellen. Es regt die Familien an, bestehende Familienskripte zu überdenken. Das Genogramm ist als Familienstammbaum eine überlieferte Form, um Familien auf Papier

zu rekonstruieren und Mustern, seien sie nun bezogen auf Krankheiten, Beziehungen oder andere Eigenheiten, nachzugehen.

Material

Ein sehr großes Blatt Papier, Stifte.

Instruktion

»Zeichnen Sie bitte einen Stammbaum Ihrer Familie. Verwenden Sie dazu folgende Symbole: ... Benennen Sie zu jeder Person einige Informationen (Eigenschaften, Krankheiten etc.).«

Auswertungsfokus

Die Auswertung erfolgt in Kleingruppen. Die Teilnehmer erhalten die Möglichkeit zu diskutieren, welcher Zusammenhang zwischen dem aktuellen Problem und verschiedenen Familienthemen besteht. Genogramme sind ein Weg, Familienskripte zu entdecken und darzustellen, die sich über Generationen entwickelt haben. Indem man sich die einzelnen Personen in einem Familiendrama genauer anschaut, wird es möglich, einige der Phantasien, Glaubens- und Wertesysteme, die für die aktuellen Probleme mitverantwortlich sein könnten, zu hinterfragen.

Intervention 11: Missverständnisse

Ablauf

Eltern- und Patientengruppe werden in verschiedenen Räumen aufgefordert, eine typische familiäre Streitsituation (Konflikt, Missverständnis) in Form eines Sketches zu spielen. Je nach verfügbarer Zeit erstellt jede Gruppe entweder *eine* gemeinsame Szene oder *mehrere* familienzuspezifische Rollenspiele, die deutlich machen, wie aus ihrer Sicht Missverständnisse entstehen, eskalieren oder auch aufgelöst werden könnten.

Das Rollenspiel wird bei beiden Gruppen auf Video aufgenommen. Anschließend werden die Bänder ausgetauscht. Danach werden beide Sichtweisen in der Großgruppe diskutiert (ca. 1 Stunde).

Therapieziel

Patienten und Eltern erhalten die Möglichkeit des Perspektivenwechsels. Familien erleben tröstend, dass andere Familien ähnliche Situationen erfahren haben. Eigene Streitkultur und Verhaltensweisen können überdacht werden. Diese Technik »erzwingt«, die Sichtweise und Lösungen des anderen zunächst unkommentiert wahrzunehmen. Diese Übung kann Familien in Bewegung bringen.

Material

2 Videokameras, 2 Fernseher.

Instruktion

»Bitte produzieren Sie in relativ kurzer Zeit einen Sketch, der eine typische Streitsituation in Ihrer Familie deutlich macht, für die Sie sich in Zukunft einen anderen Ausgang wünschen.«

Auswertungsfokus

Anregung zum Perspektivenwechsel, um die Empfindlichkeiten und Kränkungen der anderen Seite zu erkennen und damit Veränderungen des eigenen Verhaltens zu stimulieren. Die Ergebnisse werden in der Großgruppe gemeinsam diskutiert.

Ergänzendes Online-Material zum Buch von Eia Asen und Michael Scholz (Hrsg.): Handbuch der Multifamilientherapie. ISBN 978-3-8497-0192-5. © 2017 Maud Rix und Katja Scholz.

4. Zukunftsorientierte Phase

Intervention 12: Reibung erzeugt Wärme

Ablauf

Eltern und Patienten diskutieren in getrennten Gesprächsgruppen das vorgegebene Thema »Reibung erzeugt Wärme« – bezogen auf zwischenmenschliche und insbesondere familiäre Beziehungen (Zeitdauer ca. 45 Minuten). Die Therapeuten moderieren das Gespräch. Die Teilnehmer werden gebeten, das Ergebnis der Diskussion der jeweils anderen Gruppe in Form eines Plakats, oder Rollenspiels o. Ä. zu präsentieren.

Anschließend stellen Eltern und Patienten ihre Interpretationen des Themas vor und diskutieren die elterlichen bzw. jugendlichen Perspektiven und Meinungen.

Therapieziel

Die Gruppenteilnehmer erarbeiten gemeinsam, inwieweit in Familien mit Adoleszenten und insbesondere mit einem magersüchtigen Jugendlichen Reibung im Sinne von Auseinandersetzungen und Konflikten notwendigerweise zum Alltag gehören. Es wird eine positive Konnotation vermittelt, dass innerfamiliäre Reibung nicht nur negative Gefühle verursacht, sondern auch als »Interesse füreinander« oder »Akzeptanz des anderen als Diskussionspartner« gedeutet werden kann.

Material

Utensilien zur Ergebnispräsentation.

Instruktion

»Bitte diskutieren Sie / diskutiert die Erfahrung ›Reibung erzeugt Wärme‹ und übertragen Sie sie auf den zwischenmenschlichen Bereich. Wie lässt sich dieser Satz auf die Beziehungen innerhalb einer Familie übertragen? Sie erleben mit ihrer Tochter / Ihr erlebt mit euren Eltern eine sehr konfliktreiche und spannungsgeladene Zeit – wieso kann das zu einem ›Wärmegefühl‹ führen? Bringen Sie bitte das Ergebnis Ihrer Diskussion für die andere Gruppe in eine ›Präsentationsform‹ (Plakat, Rollenspiel etc.).«

Auswertungsfokus

Die Auswertung konzentriert sich – nach Würdigung der Ergebnisse – auf die gedankliche Umorientierung und Neurahmung der momentan erlebten Krisenzeit der Krankheit als Chance. Die Patienten können erleben, dass elterliche Kontrolle und Auseinandersetzungen auch Verbundenheit und Liebe ausdrücken. Die Therapeuten bieten die positive gedankliche Rahmung an: »Nur wer sich füreinander interessiert und etwas für den anderen empfindet, stellt sich einer Auseinandersetzung.«

Zusätzlich kann eine Antizipation der Zukunft angeregt werden, das heißt, auch gesunde Jugendliche brauchen die Eltern als Reibungsfläche, sie brauchen die Auseinandersetzung, um zu lernen, Konflikte auszutragen und sich wieder zu versöhnen.

Kritische Therapiesituation

Positive Konnotation von Streit gelingt aufgrund einer akuten Krisensituation nicht: andere Eltern einbeziehen, um Lösungen zu finden.

Ergänzendes Online-Material zum Buch von Eia Asen und Michael Scholz (Hrsg.): Handbuch der Multifamilientherapie. ISBN 978-3-8497-0192-5. © 2017 Maud Rix und Katja Scholz.

Intervention 13: Masken

Ablauf

Den Patienten erhalten Papiermasken und absolvieren mit dem Therapeuten einen gedanklichen Zeitsprung von etwa 30 Jahren. Die Patienten sitzen im Innenkreis und spielen sich selbst in 30 Jahren, berichten aus ihrem Leben. Der Therapeut moderiert das Gespräch, fragt nach Angehörigen, Krankheit, Beziehungen. Die Eltern beobachten das Rollenspiel aus dem Außenkreis.

Therapieziel

Das Rollenspiel soll dabei helfen, Zukunftsängste zu antizipieren, aber auch Hoffnung initiieren, dass Leben nach der Krankheit möglich ist.

Material

Kaffeetisch, Masken.

Instruktion

In Abwesenheit der Eltern werden die Patienten an einen gedeckten Kaffeetisch platziert und gebeten, die Masken aufzusetzen. »Wir befinden uns im Jahr ... Vor über 30 Jahren haben wir uns in der Klinik zum letzten Mal gesehen. Berichten Sie mir bitte aus Ihrem Leben – welchen Beruf und wie viele Kinder haben Sie, wie oft haben Sie geheiratet? Gab es Rückfälle und warum? Was hat rückblickend geholfen, was nicht? ... Wie geht es Ihren Eltern? ...«

Intervention 14: Verabschiedung

Ablauf

Bei der vorangegangenen Therapieeinheit ist die Verabschiedung bereits angekündigt und die Gruppe gebeten worden, Wünsche und Anregungen mitzubringen, in welcher Form der »letzte Tag« der Gruppe verlaufen soll. Die Gruppe gestaltet daher die Hälfte des Tages. Häufig wünschen sich die Teilnehmer einen »Videorückblick« der gemeinsam verbrachten Therapiezeit sowie eine informelle Zeit für abschließende Gespräche. Die Therapeuten regen eine Rückschau an und bieten eine gemeinsame Sichtung des archivierten Therapiematerials (Zieleebäume, Körperbilder, Plakate) an. Zusätzlich kann das zweite Frühstück an diesem Tag unter ein Motto gestellt werden, zu dem jede Familie etwas mitbringt (Beispiel: »Was wieder möglich ist«, z. B. Nutella oder lang gemiedene Wurstsorten). Zudem wird eine Übung inszeniert, die in Anlehnung an den »heißen Stuhl« entstanden ist: Nacheinander wird jeweils eine Person aus jeder Familie in die Mitte der Gruppe platziert und von den anderen Teilnehmer »auf Herz und Nieren« getestet, z. B. mit Fragen wie: »Was tun Sie, wenn Ihre Tochter abnimmt? Wer wird es wohl am ehesten bemerken? Was war in der Vergangenheit hilfreich gegen die Krankheit, was sollten Sie auf keinen Fall wieder tun etc?«. Die befragte Person kann noch Tipps oder Ratschläge für Eltern bzw. Patienten formulieren, die am Anfang der Therapie stehen. Abschließend erhält die Person eine »warme Dusche der Komplimente«, das heißt, jeder Teilnehmer formuliert noch eine wertschätzende Botschaft an die Person. Die Klinik bietet der Gruppe an, sich in den Räumen der Familientagesklinik in großen Abständen wiederzutreffen.