

Elternarbeit in der Behandlung von PatientInnen mit Essstörungen

AES-Bulletin 1/11

Mit freundlicher Unterstützung von



Gesundheitsförderung
Schweiz

AES
Arbeitsgemeinschaft Ess-Störungen



Die AES-Beratungsstelle an der Feldeggstrasse 69 in Zürich



Informationsbulletin 1/2011
der Arbeitsgemeinschaft Ess-Störungen AES
Postfach 1332, 8032 Zürich / Feldeggstrasse 69, 8008 Zürich
Tel./Fax 043 488 63 73, beratung@aes.ch, info@aes.ch, www.aes.ch

Öffnungszeiten

Beratungsstelle:

Montag und Mittwoch 09–12 und 14–16 Uhr

Geschäftsstelle:

Dienstag 09–12 und 14–16 Uhr

Redaktion: Christiane Schräer, Zürich
Layout: Roland Henle, Beinwil am See
Druck: Druckerei Baumann AG, Menziken

Inhaltsverzeichnis



Editorial

4



**Elterngarbeit in der Behandlung von PatientInnen
mit Essstörungen**

5



Literaturtipps

11



**Interview mit Claudia,
Mutter einer Betroffenen**

12



Aktuelle Angebote

15



Dr. med. Felicitas Sigrist-Umbricht, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Vorstandsmitglied AES

Auch wenn sich Kinder (vermeintlich) vom Elternhaus abgelöst haben, spielen die Eltern im Krankheitsfall als Unterstützung und Rückzugsort eine zentrale Rolle.

Bei jeder Essstörung gibt es einen Kreis von Mitbetroffenen. Freunde, Partner, Geschwister aber hauptsächlich betrifft es die Eltern. Sie erleben existenzielle Verunsicherung und Hilflosigkeit. Die ausgelösten Emotionen sind vielfältig, sie reichen von Sorge über Angst bis Ärger und Wut. Meist kommen Schuldgefühle auf. Die Belastung hat auch Auswirkungen auf andere Lebensbereiche z.B. Geschwister, Arbeitsplatz oder Partnerschaft.

Auch wenn sich Kinder (vermeintlich) vom Elternhaus abgelöst haben, spielen die Eltern im Krankheitsfall als Unterstützung und Rückzugsort eine zentrale Rolle. Gerade bei Essstörungen, die typischerweise in der Ablösungsphase auftreten, trifft dies zu. Rund ein Drittel der Anrufe beim AES-Beratungstelefon kommen von Eltern.

Während früher in der Familie irrtümlicherweise nach Ursachen gesucht wurde (was auch zur Stigmatisierung der Familien und Erhöhung der Schuldgefühle beigetragen hat) wird heute auf die familiären Ressourcen fokussiert.

Die vorliegende Ausgabe des AES-Bulletins ist dem Thema «Elterarbeit» gewidmet. Prof. Dr. med. Beate Herpertz-Dahlmann und Dr. med. Ulrich Hagenah haben beide einen Arbeits- und Forschungsschwerpunkt bei Essstörungen und sind am Universitätsklinikum Aachen, Deutschland, tätig. Sie erläutern ihr Behandlungskonzept der Elterarbeit, das die Module Beratung, Psychoedukation, Ernährungsberatung und «Essstörungstraining» umfasst sowie fakultativ auch Familientherapie.

Im Interview schildert eine betroffene Mutter wie sie die Erkrankung ihrer Tochter erlebt hat, welche Auswirkungen die Essstörung auf das Familienleben hatte und was für sie, die Familie und die Tochter hilfreich war.

Im Informationsteil finden Sie Hinweise auf aktuelle Angebote der AES.

Wir möchten in diesem Bulletin vor allem Eltern Informationen und Mut geben, um ihren Töchtern oder Söhnen auf dem Weg zur Gesundheit sinnvoll und nachhaltig beistehen zu können.

Freundliche Grüsse
Felicitas Sigrist

Elterngarbeit in der Behandlung von PatientInnen mit Essstörungen

Einleitung

In vielen Familien kommt es im Zusammenhang mit der Entwicklung einer Essstörung zu starken emotionalen Belastungen (Tabelle 1).

Tabelle 1: Belastungen der Eltern von Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen

- Schuldgefühle, Selbstvorwürfe, Verzweiflung und Ohnmacht im Umgang mit der Erkrankung
- Schwierigkeiten bei der Suche nach Untersuchungen und geeigneter Behandlung
- Stigmatisierung durch die Öffentlichkeit («verantwortlich für die Krankheit zu sein»)
- Auswirkungen auf andere Aufgaben (z. B. Geschwisterkinder, Arbeitsplatz)

Neben den Sorgen und Befürchtungen hinsichtlich der Auswirkungen der Erkrankung entwickeln viele Eltern Schuldgefühle und Selbstvorwürfe, zum Beispiel die Krankheit zu spät erkannt zu haben oder sogar möglicherweise Schuld an der Erkrankung zu sein. Im Zusammenhang mit den Widerständen vieler PatientInnen gegenüber einer ärztlichen Untersuchung oder Behandlung entstehen häufig fruchtlose Diskussionen, die Eltern wie PatientInnen sehr belasten. Gemeinsame Mahlzeiten werden, wenn sie überhaupt noch stattfinden, häufig zur Qual für alle Beteiligten. Während Bulimie-Betroffene ihre Erkrankung häufig über einen langen Zeitraum vor anderen Familienangehörigen verheimlichen können, führen die sichtbaren körperlichen Veränderungen der Anorexia nervosa oft zu einer zunehmenden Verlagerung des gesamten familiären Lebens auf die mit der Essstörung verbundene Symptomatik.

Besonders bei noch nicht volljährigen Erkrankten tragen die Eltern in der Regel die Hauptverantwortung für die Suche nach einem Behandlungsplatz für «ihr Kind». Die Suche nach Informationen zur Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten wird dadurch erschwert, dass es einerseits immer noch kaum empirisch überprüfte Daten zur «besten Behandlung» bei Anorexia nervosa gibt, andererseits sich in den Medien sehr unterschiedliche Erklärungsmodelle zu den vermeintlichen Ursachen der Erkrankung finden lassen. Zur Belastung der PatientInnen und ihren Familien durch die Erkrankung trägt manchmal zusätzlich auch eine Stigmatisierung durch Öffentlichkeit und auch durch professionelle Helfer im Gesundheitssystem bei. So wird PatientInnen und Eltern nicht



Dr. med. Ulrich Hagenah
Leitender Oberarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universitätsklinikum Aachen, D



Prof. Dr. med.
B. Hertz-Dahlmann
Direktorin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universitätsklinikum Aachen, D

Die Arbeit mit den Eltern von Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen bietet eine Möglichkeit, auf unterschiedlichen Ebenen die vorhandenen Ressourcen im Umgang mit der Erkrankung zu stärken und zu einer Verminderung der Belastung beizutragen.



Mittlerweile hat sich der Schwerpunkt der Familientherapie überwiegend in die Richtung verlagert, die Bedeutung der Familien als Ressource zu stärken.

selten unterstellt, «selbst bzw. als Familie Schuld an der Erkrankung zu sein».

Im Zusammenhang mit der Anorexia nervosa konnte gezeigt werden, dass sich die Qualität der familiären Interaktion mit der Dauer der Erkrankung verschlechtert. Gleichzeitig konnte ein Zusammenhang zwischen einem negativen emotionalen Klima innerhalb der Familie und einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Therapieabbrüche und ein schlechteres Therapieergebnis gezeigt werden. Insgesamt weisen die vorliegenden Daten zur Belastung von Eltern essgestörter PatientInnen auch darauf hin, dass mit zunehmender Dauer der Erkrankung eine Erschöpfung der familiären Ressourcen droht. Die Arbeit mit den Eltern von Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen bietet eine Möglichkeit, auf unterschiedlichen Ebenen die vorhandenen Ressourcen im Umgang mit der Erkrankung zu stärken und zu einer Verminderung der Belastung beizutragen (Tabelle 2).

Tabelle 2: Module der Elternarbeit bei Essstörungen im Aachener Behandlungskonzept

- Beratungsgespräche mit den verantwortlichen Therapeuten
- Gruppen-Psychoedukation für Eltern (5 Termine)
- Ernährungsberatung
- Essstörungstraining («Familien-Essen», Wochenend-Aufgaben)
- Fakultativ: Familientherapie

Ebenen der Elternarbeit:

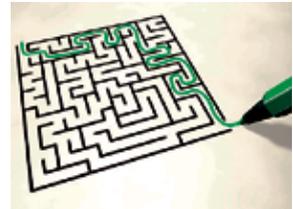
Familientherapie

Die Einbeziehung der Familie in die Behandlung von PatientInnen mit Essstörungen, vor allem Anorexia nervosa, hat eine lange Tradition und erfolgte zunächst oft unter der Annahme einer ursächlichen Bedeutung eines bestimmten familiären Interaktionsstils («anorektische Familie») für die Erkrankung. Mittlerweile hat sich der Schwerpunkt der Familientherapie überwiegend in die Richtung verlagert, die Bedeutung der Familien als Ressource zu stärken. Die meisten der Daten zur Familientherapie bei Anorexia nervosa basieren auf dem Ansatz der Arbeitsgruppe am Londoner Maudsley-Hospital, bei dem in der ersten Behandlungsphase die Normalisierung von Ernährung und Gewicht im Vordergrund stehen und die Eltern durch die Therapeuten unterstützt werden, die Kontrolle für die Ernährung der PatientInnen zu übernehmen, solange diese das noch nicht wieder selber können. Erst nach Stabilisierung von Ernährung und Gewicht rücken andere Themen in den Fokus der Behandlung. Für eine Überlegenheit der Familientherapie gegenüber anderen psychotherapeutischen Verfahren konnten keine ausreichenden Belege ermittelt werden. Tendenziell scheinen jüngere PatientInnen mit noch nicht chronifizierter Erkrankung eher von Familientherapie zu profitieren als ältere PatientInnen. Zu beachten ist,

dass gemeinsam durchgeführte Sitzungen mit den PatientInnen und ihren Familien gerade in der Anfangsphase der Behandlung häufig schwierig durchzuführen und mit der Gefahr verbunden sind, dass Konflikte sich verschärfen und die Familienmitglieder sich verstärkt schuldig oder beschämt fühlen.

Psychoedukation

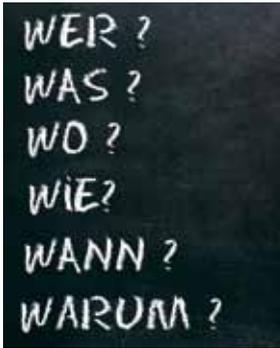
In der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen (z. Z. Asthma bronchiale, Diabetes mellitus) werden seit langem Schulungen für Eltern eingesetzt. Auch im Bereich psychischer Erkrankungen spielt die Schulung und Anleitung (Psychoedukation) für Angehörige mittlerweile in der Behandlung schizophrener und bipolarer Erkrankungen eine wichtige Rolle. Für den Bereich der Essstörungen sind derartige Angebote kaum untersucht. In der Aachener Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters wird seit mittlerweile über zehn Jahren Psychoedukation in Form eines Gruppenangebots für Eltern von Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen angeboten, an welchem mittlerweile Eltern von mehr als mehr als 400 Kindern und Jugendlichen teilgenommen haben. Ausgangspunkt war die Erfahrung, dass Eltern zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns sehr unterschiedliche Vorstellungen von den Ursachen der Erkrankung und der Behandlung und deshalb oft grosse Schwierigkeiten haben, die Notwendigkeit bestimmter Massnahmen zu verstehen und gegenüber dem eigenen Kind zu vertreten. Häufig gehen Eltern zum Beispiel davon aus, dass die Behandlung vor allem intensive psychotherapeutische Gespräche mit dem Kind beinhaltet und über eine Aufklärung der «inneren Ursache» der Erkrankung die Jugendliche «ihre Einstellung ändert» und wieder normal zu essen beginnen kann. Durch ausführliche Informationen zur Erkrankung und der Behandlung soll u. a. solchen Missverständnissen entgegen gewirkt und zu einer Verbesserung der Kompetenz von Eltern im Umgang mit der Erkrankung beigetragen werden (Tabelle 3).



Durch ausführliche Informationen zur Erkrankung und der Behandlung soll zu einer Verbesserung der Kompetenz von Eltern im Umgang mit der Erkrankung beigetragen werden.

Tabelle 3: Ziele der Gruppen-Psychoedukation

- Verbesserung des Krankheitsverständnisses («Unterscheiden zwischen Kind und Krankheit»)
- Stärkung einer klaren Position der Eltern im Behandlungsprozess (z. B. zur Bedeutung der Gewichtszunahme für die Gesundheit)
- Reduktion von Widerständen gegen die Behandlung, bzw. Konflikten zwischen Eltern und Behandlungsteam
- Reduktion von störungsbedingten Konflikten in der Familie
- Verbesserung der Kompetenzen im Umgang mit Rückfällen und Krisen
- Überwindung von Hilflosigkeit und Entlastung von Schuldgefühlen auf Seiten der Eltern



Das Schulungsprogramm umfasst fünf Sitzungen in wöchentlichem Abstand, jeweils über 90 Minuten Dauer.

Das Schulungsprogramm umfasst fünf Sitzungen in wöchentlichem Abstand, jeweils über 90 Minuten Dauer. Vier Sitzungen werden ärztlich geleitet, eine Sitzung durch eine Ernährungswissenschaftlerin der Abteilung. Die Eltern erhalten Hand-outs der Unterrichtsmaterialien. Das Angebot wird explizit sowohl in der schriftlichen Einladung wie auch zu Beginn des ersten Schulungstermins als «nicht-therapeutische» Gruppe definiert.

Inhaltlicher Verlauf der Psychoedukation:

Im Rahmen **des ersten Termins** wird vorrangig das Krankheitsbild Anorexia nervosa dargestellt. Anhand der Ergebnisse eines Hungerexperiments aus den Kriegsjahren, der sogenannten Minnesota-Studie, werden die Auswirkungen des Hungerprozesses auf viele körperliche, psychische und kognitive Prozesse deutlich gemacht. Darüber hinaus wird vermittelt, dass für die Entstehung der Erkrankung nicht das in dieser Altersgruppe weit verbreitete «Abnehmen-wollen» und entsprechende Diätversuche ausreichen, sondern zusätzlich eine individuelle, wahrscheinlich biologische Veranlagung (Vulnerabilität) vorliegt. Mit Hilfe von Bildmaterial werden akute medizinische Komplikationen sowie drohende Spätfolgen der Mangelernährung (Knochenstoffwechsel, Hirnreifung) beschrieben. Durch Hervorhebung der körperlichen Folgen des Hungerzustands wird das Verständnis für das Wechselspiel zwischen körperlichen, psychischen und kognitiven Prozessen im Rahmen der Essstörung gefördert. Die Wechselwirkung zwischen Kernsymptomatik der Anorexia nervosa (Körperschemastörung, Gewichtsphobie, Bewegungsdrang, hormonelle Veränderungen) und Hungerprozess wird unterstrichen, u. A. durch Darstellung von tierexperimentellen Befunden zum Bewegungsdrang von Ratten unter Hungerbedingungen.

Im zweiten Termin wird das Krankheitsbild der Bulimia nervosa ausführlicher dargestellt. Im Zentrum steht hier der Teufelskreis aus Hunger, Heißhungerattacken und Erbrechen einschliesslich der körperlichen Veränderungen durch das gestörte Essverhalten, etwa die durch die Unterzucker induzierten Heißhungerattacken. Bei der Vorstellung des ambulanten und stationären Behandlungskonzepts der Klinik wird zunächst hervorgehoben, unter welchen Rahmenbedingungen eine ambulante Behandlung möglich ist und welche Gefahren eine stationäre Aufnahme erforderlich machen.

Der dritte Termin wird durch eine Ernährungswissenschaftlerin geleitet, die die Grundprinzipien einer ausgewogenen Ernährung, beruhend auf den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, vermittelt und die körperlichen Veränderungen und Auswirkungen der Mangelernährung auf das Wachstum erläutert. Anhand von praktischen Beispielen aus der ambulanten und stationären Ernährungsberatung werden unterschiedliche Problembereiche dargestellt, beispielsweise die Notwendigkeit eines lang-

samen Nahrungsaufbaus bei ausgeprägter Gewichtsabnahme zur Vermeidung von Komplikationen.

Im vierten Termin werden den Eltern die einzelnen Behandlungsphasen und -anteile (spezifische Essstörungstherapie, Psychotherapie, Elternarbeit, Behandlung von Begleitstörungen) ausführlicher dargestellt. Durch die Darstellung von anonymisierten Schilderungen von PatientInnen wird unterstrichen, dass viele Erkrankten trotz oft wahrgenommener Krankheitsverleugnung durchaus auch die Nachteile der Erkrankung erleben. **Im fünften und letzten Termin** werden Strategien für die Zeit nach Entlassung und die Rahmenbedingungen der ambulanten Behandlung dargestellt und die Notwendigkeit einer längerfristigen ambulanten Weiterbehandlung einschliesslich regelmässiger Gewichtskontrollen und Vereinbarung eines Wiederaufnahmegewichts («Wiederaufnahme-Vertrag») hervorgehoben. Wir versuchen dabei den Eltern zu vermitteln, dass selbst eine vorhandene Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation der Jugendlichen keine Garantie gegen einen Rückfall darstellen. Beim letzten Termin stehen oft Fragen der Eltern zum praktischen Umgang mit bestimmten Problemsituationen im Vordergrund, zum Beispiel: «Was können wir tun, wenn unsere Tochter nach Entlassung aus der Klinik wieder Mahlzeiten weglässt?»

Ein zentrales Thema ist bei diesem Termin oft die grosse Belastung durch die Erkrankung, insbesondere die mit der Erkrankung auf Seiten der Eltern verbundenen Schuldgefühle. In der abschliessenden Feedback-Runde berichten viele Teilnehmer, dass die Schulung ihnen geholfen habe, besser zwischen «ihrem Kind» und der Krankheit zu unterscheiden. Als grosse Belastung werden von vielen Eltern die langen Wartezeiten bei der Suche nach Hilfe und das Gefühl, dass ihre Sorgen hinsichtlich der Entwicklung einer Essstörung bei ihrem Kind von den aufgesuchten Ärzten und Psychotherapeuten anfänglich nicht ernst genommen wurden, rückgemeldet. Die Anwesenheit von anderen Eltern im Rahmen der Schulung wird sehr häufig als hilfreich beschrieben und vor allem auch als entlastend von Schuldgefühlen erlebt.

Neben diesem umfangreichen Schulungsangebot erhalten die Eltern, wie bereits erwähnt, regelmässige Beratungsgespräche mit dem für die Behandlung zuständigen ärztlichen oder psychologischen Therapeuten. Ein weiterer Baustein ist die **Ernährungsberatung** durch eine Ernährungswissenschaftlerin, die an unserer Abteilung nicht nur die PatientInnen selbst erhalten, sondern auch die Eltern besonders in der Übergangsphase zur teilstationären oder ambulanten Weiterbehandlung.

Essstörungstraining für Familien

Ein weiterer Schwerpunkt in dieser Phase ist das Essstörungstraining für Familien. Dieses findet in Form von «Eltern-Essen» oder «Familienessen» statt. Diese gemeinsamen Mahlzeiten mit den Mitarbeitern können entweder im kleinen Rahmen mit jeweils



In der abschliessenden Feedback-Runde berichten viele Teilnehmer, dass die Schulung ihnen geholfen habe, besser zwischen «ihrem Kind» und der Krankheit zu unterscheiden.



Am Modell des anwesenden Mitarbeiters/der Mitarbeiterin der Klinik erleben die Eltern, dass Gespräche während des Essens nicht ständig um diese Thematik kreisen müssen, sondern sogar «Small-talk» möglich und hilfreich sein kann, die Situation zu entlasten.

einer Familie oder aber auch gemeinsam mit mehreren anderen Familien durchgeführt werden. Vorrangiges Ziel ist, Eltern und PatientInnen zu erleichtern, wieder gemeinsam in einer entspannteren Atmosphäre zu essen. Am Modell des anwesenden Mitarbeiters/der Mitarbeiterin der Klinik erleben die Eltern beispielsweise, dass trotz noch krankhaft veränderten Essverhaltens ihres Kindes Gespräche während des Essens nicht ständig um diese Thematik kreisen müssen, sondern sogar «Small-talk» möglich und hilfreich sein kann, die Situation zu entlasten.

Für viele Eltern ist es gerade das Vorbild der Mitarbeiter, welches es ihnen ermöglicht, aus der vermeintlichen («gefühlten») Verantwortung auszusteigen, dafür sorgen zu müssen, dass ihr Kind die Mahlzeit isst. Für die PatientInnen ist es oft eine Hilfe, zu erleben, dass die Situation nicht wieder so eskaliert wie häufig in der Situation vor der stationären Aufnahme. Besonders in Familien, in denen ein gemeinsames Essen vor der stationären Aufnahme kaum oder gar nicht mehr möglich war, sind diese Übungseinheiten eine wichtige Hilfe. Im Verlauf üben die Familien einzelne, später auch mehrere Mahlzeiten – zum Beispiel im Rahmen einer Wochenendbeurlaubung – gemeinsam mit der Tochter ausserhalb der Station und ohne Unterstützung eines Mitarbeiters einzunehmen. Wichtig sind möglichst unmittelbare Nachbesprechungen mit der Familie über Fortschritte und weiter bestehende Schwierigkeiten.

Eine Familientherapie im engeren Sinn kann in Fällen erforderlich werden, wenn trotz weitgehender Normalisierung von Essen und Gewicht es trotz der zuvor dargestellten Interventionen nicht gelingt, im Verlauf der Erkrankung «eingeschliffene», dysfunktionale Interaktionsmuster zu überwinden. Darüber hinaus können gemeinsame Gespräche mit den PatientInnen und ihren Eltern im Verlauf der ambulanten Weiterbehandlung notwendig werden, wenn die dann oft anstehenden alterstypischen Autonomieschritte die Familien erneut vor Belastungsproben stellen, zum Beispiel der Wunsch einer Patientin nach einem Urlaub mit den Freunden/Freundinnen ohne die Familie in den Sommerferien.

Zusammenfassung:

Eine Einbeziehung der Eltern in die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen ist in der Regel unabdingbar und mittlerweile in viele Behandlungskonzepte etabliert. Wesentliches Ziel stellt die Stärkung von Ressourcen auf Seiten der Eltern im Umgang mit der Erkrankung und der erkrankten Patientin dar. Neben Schulungsangeboten mit dem Schwerpunkt einer Informationsvermittlung stellen Ernährungsberatung und aktive, auf das gemeinsame Essen in der Familie fokussierte Trainingseinheiten zentrale Bausteine im Rahmen eines multimodalen Behandlungskonzepts für Essstörungen im Kindes- und Jugendalter dar.



Literaturtipps

- Kunze, R.:
Ich bin müde, kraftlos und herzleer. Wie Mütter die Magersucht und Bulimie ihrer Töchter erleben und bewältigen
2006, Beltz Verlag
- Liechti, J.:
Magersucht in Therapie. Gestaltung therapeutischer Beziehungssysteme
2008, Carl Auer Verlag
- Meier, I.:
Wenn Essen zum Zwang wird. Ratgeber für Betroffene von Magersucht und Bulimie
2003, Beobachter Verlag
- Pauli, D., Steinhausen, H.-P.:
Ratgeber Magersucht. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher
2006, Hogrefe Verlag
- Pierson, S., Cohen, P.:
Töchter die nicht essen. Wie Mütter ihren Töchtern helfen können, ein positives Selbst- und Körperbild zu entwickeln
2003, Fischer Verlag
- Vandereycken, W., Meermann, R.:
Magersucht und Bulimie. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige
2000, Huber Verlag
- Wardetzki, B.:
Iss doch endlich mal normal! Hilfen für Angehörige von essgestörten Mädchen und Frauen
1996, Kösel Verlag



von Rita Steiner
Familientherapeutin SGS und
Leiterin der AES-Elterngruppen

Interview mit Claudia, Mutter einer Betroffenen

Claudia könntest du dich kurz vorstellen?

Ich bin Claudia, Hausfrau und Mutter von fünf Kindern. Unsere betroffene Tochter ist die mittlere und ist heute 18 Jahre alt.

Wann hast du das erste Mal gemerkt, dass mit deiner Tochter irgendetwas nicht mehr stimmt?

Das war vor ca. vier Jahren. Meine Tochter wurde immer wortkarger, war nicht mehr so fröhlich und hat sich sehr oft in ihr Zimmer zurück gezogen.

Was waren die ersten Hinweise?

Sie hat ständig ihren Körper bemäkelt, hat sich unschön gefunden, nicht mehr liebenswert. Sie wurde Vegetarierin, dann Veganerin und hat sich mit Kalorien beschäftigt – nur noch mit Kalorien.

Wie würdest du das Verhalten deiner Tochter von damals beschreiben?

Ich habe einmal mit ihr darüber gesprochen. Sie sagte, dass sie einfach Angst hatte, eine Riesenangst entdeckt zu werden. Sie musste jeden Tag durchplanen und organisieren. Dies, weil sie uns nicht verletzen wollte. Als es dann offiziell wurde, fiel eine Riesenlast von ihr ab.

Wie hast du am Anfang auf das Verhalten deiner Tochter reagiert?

Ich habe mich ganz klar von ihr manipulieren lassen. Ich habe nach ihren Wünschen eingekauft, weil ich wollte, dass sie wenigstens etwas isst.

Haben du und dein Mann, deine Familie, externe Hilfe geholt? Und nach wie langer Zeit?

Ich habe mich an unseren Hausarzt gewendet und habe mit ihm alle meine Sorgen, meine Ängste besprochen. Als sich meine Tochter zu einer Therapie entschlossen hat, habe ich mich an eine Elterngruppe der AES gewendet. Es war eine wichtige Erkenntnis selber Hilfe anzunehmen. Weil die Tochter sagte: «Ich will keine Hilfe, macht euch keine Sorgen.»

Du hast bei der Elterngruppe der AES Hilfe gefunden. Gab es auch noch andere Stationen, die du aufgesucht hast?

Nein, ausser dem Hausarzt und der Elterngruppe nicht. Ich habe aber zwei Frauen getroffen, die selber Töchter mit Essstörungen hatten und konnte mich mit ihnen austauschen. Diese Vernetzung war sehr hilfreich.



Es war eine wichtige Erkenntnis selber Hilfe anzunehmen. Weil die Tochter sagte: «Ich will keine Hilfe, macht euch keine Sorgen.»

Wie hat deine Tochter auf die Tatsache reagiert, dass du in einer Elterngruppe Unterstützung holst?

Das hat ihr absolut nicht gepasst. Sie meinte, das gehe niemanden etwas an. Ich könne doch nicht einfach von ihr erzählen. Es war grosser Widerstand da.

Wie haben die anderen Familienmitglieder auf die veränderte Situation in der Familie reagiert?

Mein Mann und die anderen Kinder waren sehr verunsichert. Sie wussten nicht, wie sie sich verhalten sollten, da sie die Krankheit gar nicht kannten. Es gab teilweise auch recht aggressive Momente. Es fielen Sätze wie: «Kein Wunder ist die so zickig, wenn sie nur noch ein Salatblatt isst, nur noch Körnli pickt und jeden Tropfen Öl vermeidet.»

Das heisst, die Stimmung am Esstisch hat sich sehr verändert?

Ja sehr, jede Mahlzeit wurde zu einem Marathon und die Stimmung sank auf den Nullpunkt.

Wie war sonst die Stimmung in der Familie. Gab es ausser am Esstisch sonst noch Einwirkungen auf die Familie?

Es war ein Leben mit dieser Krankheit. Sie hat die Familie wie besessen. Man hat nur noch auf diese Tochter geschaut.

Was hat geholfen, deine Tochter verstehen zu lernen?

Ich habe mich informiert, mich im Internet schlau gemacht. Ich wollte mehr über diese Suchterkrankung erfahren. Ich habe ein Buch darüber gelesen und hatte das Glück, die schon erwähnten zwei Frauen zu kennen. Dieser Austausch hat mir sehr geholfen, die Krankheit besser zu verstehen.

Gab es einen Wendepunkt bei dir oder in deiner Familie?

Ja, der Wendepunkt war ganz klar das nach Aussen treten, die Last nicht mehr alleine tragen zu müssen und mit anderen darüber sprechen zu können.

Wann hat sich eine spürbare Besserung ergeben?

Meine Tochter war dann irgendeinmal bereit in eine Klinik zu gehen. Ich selber beschäftigte mich schon sehr lange mit Homöopathie und habe damals ein entsprechendes Mittel für sie gefunden und darauf hin war sie bereit in eine Klinik zu gehen. Dazu muss ich sagen: bei uns war es die Homöopathie, aber es gibt tausend andere Möglichkeiten Hilfe zu holen. Es gibt viele Alternativen, aber man sollte sich auf jeden Fall Hilfe holen.

War deine Tochter länger in dieser Klinik?

Sie war zwei Mal in einer Klinik. Das erste Mal für ungefähr drei Monate. Und jetzt wieder von Mitte November bis Februar.



Mein Mann und die anderen Kinder waren sehr verunsichert. Sie wussten nicht, wie sie sich verhalten sollten, da sie die Krankheit gar nicht kannten.



Der Wendepunkt war ganz klar das nach Aussen treten, die Last nicht mehr alleine tragen zu müssen und mit anderen darüber sprechen zu können.

Gab es etwas was dir persönlich gut getan hat?

Mir tat es gut ab und zu an die frische Luft zu gehen, mich mit anderen zu treffen und auszutauschen. Ich fand auch, es wäre gut, wenn meine Tochter sehen würde, dass auch ich ein Anrecht auf ein eigenes Leben habe und dieses auch wahrnehme.



Wenn Eltern eine Essstörung bei der Tochter vermuten, hört auf euer Bauchgefühl, es ist meistens richtig.

Wie weit empfindest du, dass es deine Verantwortung ist, dass deine Tochter geheilt werden muss?

Da meine Tochter jetzt 18 Jahre alt ist, liegt die Verantwortung ganz klar bei ihr. Sie muss sich selber helfen und selber bereit sein. Wir als Eltern können nur noch ihre Krücken sein. Wir können für sie da sein, aber mehr können wir nicht machen. Aber diese Krücken braucht es noch.

Was hast du persönlich aus der Auseinandersetzung mit der Essstörung deiner Tochter gelernt?

Ich habe sehr viel gelernt dabei. Besser zuzuhören, besser zu kommunizieren, klare Ich-Botschaften zu formulieren, wie z.B. ich befürchte oder ich habe Angst. Dieses Verhalten hat bei ihr sehr viel bewirkt. Ich muss sagen, dass ich auch ein Stück reifer geworden bin.

Welche persönliche Einsicht hältst du für wertvoll?

Wenn Eltern eine Essstörung bei der Tochter vermuten, hört auf euer Bauchgefühl, es ist meistens richtig. Wendet euch an einen Arzt. Geht in eine Elterngruppe und kämpft für eure Töchter. Es lohnt sich.



Freut euch an kleinen Fortschritten und sagt das eurer Tochter auch. Und verliert die Hoffnung nicht.

Wie geht es deiner Tochter heute?

Sie ist auf einem guten Weg. Sie hat zwei Klinikaufenthalte hinter sich und hat beschlossen ihr Leben wieder selber in die Hand zu nehmen. Und wir sind für sie da, als Eltern.

Was möchtest du den Eltern von deiner Erfahrung weiter geben wollen?

Was ganz wichtig ist: wenn die Tochter von einem Klinikaufenthalte zurück kommt, nicht meinen, sie sei geheilt. Das muss man sich klar bewusst sein. Es ist ein sehr langer Prozess und dauert über Jahre. Freut euch an kleinen Fortschritten und sagt das eurer Tochter auch. Und verliert die Hoffnung nicht.

Möchtest du sonst noch etwas sagen?

Ich wünsche allen Eltern Kraft, Mut, Hoffnung in diesem Auf und Ab der Gefühle, die wirklich mitten durch das Herz gehen. Verliert die Hoffnung und auch den Humor nicht.

Claudia, wir danken dir herzlich für dieses Gespräch.

Aktuelle Angebote

Gesprächsgruppe für Eltern mit einer/m essgestörten Tochter/Sohn

Ab Herbst 2011 bietet die AES wieder eine neue Gruppe an.

SALUT – Online Selbsthilfe-Programm für Menschen mit Bulimie

Sie arbeiten zuhause an Ihrem PC, wir coachen Sie.

Fortbildung für Lehrpersonen: Frühintervention bei Essstörungen

Termine nach Vereinbarung, Dauer 3 Stunden

DVD-Set Prävention Essstörungen inkl. Begleitbroschüre

Fr. 74.– (exkl. Porto)

Essstörungen am Arbeitsplatz – Erkennen und Handeln

Broschüre für ArbeitgeberInnen, BerufsausbildnerInnen und Personalverantwortliche, gratis

Leporellos «Ich bin Ich»

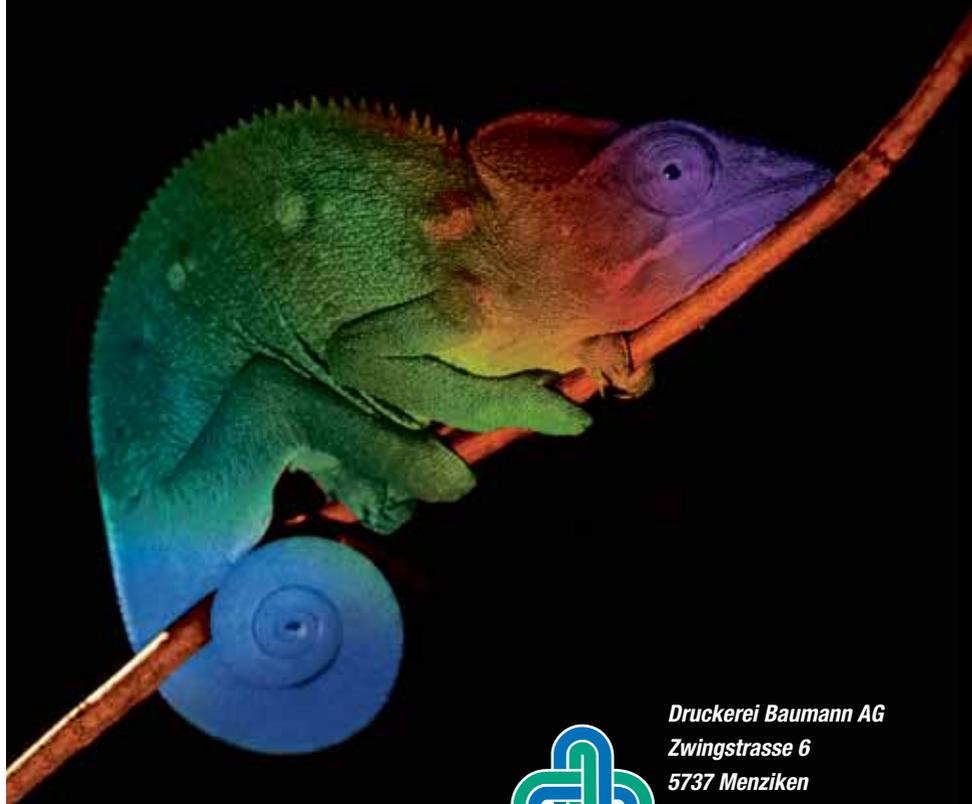
zur Prävention und Früherfassung von Essstörungen zum Abgeben an Jugendliche und Eltern, gratis

Information und Beratung

zu allen Angeboten unter info@aes.ch oder 043 488 63 73

Digitaldruck

**macht Ihr Produkt zu
etwas Speziellem!**



Druckerei Baumann AG

Zwingstrasse 6

5737 Menziken

Telefon 062 765 13 13

druckerei@baumann-ag.ch