

Pfeiffer, Ernst / Hansen, Berit / Korte, Alexander und Lehmkuhl, Ulrike  
**Behandlung von Essstörungen bei Jugendlichen aus Sicht der  
kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 54 (2005) 4, S. 268-285*

urn:nbn:de:bsz-psydok-45606

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

#### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

#### **Kontakt:**

##### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# Inhalt

## Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

|   |     |
|---|-----|
| Buchholz, M. B.: Herausforderung Familie: Bedingungen adäquater Beratung (Family as challenge: Contexts of adequate counselling) . . . . .  | 664 |
| Pachaly, A.: Grundprinzipien der Krisenintervention im Kindes- und Jugendalter (Basic principles of crisis intervention in children and adolescents) . . . . .  | 473 |
| Sannwald, R.: Wie postmoderne Jugendliche ihren Weg ins Leben finden – Einblicke in die Katathym Imaginative Psychotherapie von Adoleszenten (How postmodern youths find their way into life – Views on imaginative psychotherapy of adolescents) . . . . . | 417 |
| Stephan, G.: Vom Schiffbruch eines kleinen Bootes zur vollen Fahrt eines Luxusliners (Children's drawings: A case study of the psychotherapeutic treatment of a seven year old boy) . . . . .   | 59  |
| Stumptner, K.; Thomsen, C.: MusikSpielTherapie (MST) – Eine Eltern-Kind- Psychotherapie für Kinder im Alter bis zu vier Jahren (MusicPlayTherapy – A parent-child psychotherapy for children 0 – 4 years old) . . . . .                                     | 684 |
| Walter, J.; Hoffmann, S.; Romer, G.: Behandlung akuter Krisen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Treatment of acute crisis in child and adolescent psychiatry) . . . . .   | 487 |
| Welter, N.: Vom Rambo-Jesus zu einer gut integrierten Männlichkeit (From Rambo-Jesus to well integrated masculinity) . . . . .  | 37  |

## Originalarbeiten / Original Articles

|   |     |
|---|-----|
| Giovannini, S.; Haffner, J.; Parzer, P.; Steen, R.; Klett, M.; Resch, F.: Verhaltensauffälligkeiten bei Erstklässlern aus Sicht der Eltern und der Lehrerinnen (Parent- and teacher-reported behavior problems of first graders) . . . . .  | 104 |
| Gramel, S.: Die Darstellung von guten und schlechten Beziehungen in Kinderzeichnungen (How children show positive and negative relationships on their drawings) . . . . .   | 3   |
| Hampel, P.; Kümmel, U.; Meier, M.; Dickow, C.D.B.: Geschlechtseffekte und Entwicklungsverlauf im Stresserleben, der Stressverarbeitung, der körperlichen Beanspruchung und den psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Gender and developmental effects on perceived stress, coping, somatic symptoms and psychological disorders among children and adolescents) . . . . . | 87  |
| Hessel, A.; Geyer, M.; Brähler, E.: Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Jugendliche wegen körperlicher Beschwerden (Occupation of health care system because of body complaints by young people – Results of a representative survey) . . . .  | 367 |
| Horn, H.; Geiser-Elze, A.; Reck, C.; Hartmann, M.; Stefini, A.; Victor, D.; Winkelmann, K.; Kronmüller, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with depression) . . . . .  | 578 |
| Jordan, S.: www.drugcom.de – ein Informations- und Beratungsangebot zur Suchtprävention im Internet (www.drugcom.de – an internet based information and counselling project for the prevention of addiction) . . . . .  | 742 |
| Juen, F.; Benecke, C.; Wyl, A. v.; Schick, A.; Cierpka, M.: Repräsentanz, psychische Struktur und Verhaltensprobleme im Vorschulalter (Mental representation, psychic structure, and behaviour problems in preschool children) . . . . .  | 191 |

|   |     |
|---|-----|
| Kienle, X.; Thumser, K.; Saile, H.; Karch, D.: Neuropsychologische Diagnostik von ADHS-Subgruppen (Neuropsychological assessment of ADHD subtypes) . . . . .  | 159 |
| Krischer, M.K.; Sevecke, K.; Lehmkuhl, G.; Steinmeyer, E.M.: Minderschwere sexuelle Kindesmisshandlung und ihre Folgen (Less severe sexual child abuse and its sequelae: Are there different psychic and psychosomatic symptoms in relation to various forms of sexual interaction?) . . . . .  | 210 |
| Kronmüller, K.; Postelnicu, I.; Hartmann, M.; Stefini, A.; Geiser-Elze, A.; Gerhold, M.; Horn, H.; Winkelmann, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with anxiety disorders) . . . . .                              | 559 |
| Lenz, A.: Vorstellungen der Kinder über die psychische Erkrankung ihrer Eltern (Children's ideas about their parents' psychiatric illness – An explorative study) . . . . .   | 382 |
| Nagenborg, M.: Gewalt in Computerspielen: Das Internet als Ort der Distribution und Diskussion (Violent computer games: Distribution via and discussion on the internet) . . . . .  | 755 |
| Nedoschill, J.; Leiberich, P.; Popp, C.; Loew, T.: www.hungrig-online.de: Einige Ergebnisse einer Online-Befragung Jugendlicher in der größten deutschsprachigen Internet-Selbsthilfegruppe für Menschen mit Essstörungen (www.hungrig-online.de: Results from an online survey in the largest German-speaking internet self help community for eating disorders) . . . . . | 728 |
| Nützel, J.; Schmid, M.; Goldbeck, L.; Fegert, J.M.: Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern (Psychiatric support for children and adolescents in residential care in a german sample) . . . . .  | 627 |
| Rosbach, M.; Probst, P.: Entwicklung und Evaluation eines Lehrergruppentrainings bei Kindern mit ADHS – eine Pilotstudie (Development and evaluation of an ADHD teacher group training – A pilot study) . . . . .   | 645 |
| Sevecke, K.; Krischer, M.K.; Schönberg, T.; Lehmkuhl, G.: Das Psychopathy-Konzept nach Hare als Persönlichkeitsdimension im Jugendalter? (The psychopathy-concept and its psychometric evaluation in childhood and adolescence) . . . . .   | 173 |
| Thomalla, G.; Barkmann, C.; Romer, G.: Psychosoziale Auffälligkeiten bei Kindern von Hämodialysepatienten (Psychosocial symptoms in children of hemodialysis patients) . . . . .  | 399 |
| Titze, K.; Wollenweber, S.; Nell, V.; Lehmkuhl, U.: Elternbeziehung aus Sicht von Kindern, Jugendlichen und Klinikern (Parental relationship from the perspectives of children, adolescents and clinicians. Development and clinical validation of the Parental-Representation-Screening-Questionnaire (PRSQ)) . . . . .  | 126 |
| Winkel, S.; Groen, G.; Petermann, F.: Soziale Unterstützung in Suizidforen (Social support in suicide forums) . . . . .   | 714 |
| Winkelmann, K.; Stefini, A.; Hartmann, M.; Geiser-Elze, A.; Kronmüller, A.; Schenkenbach, C.; Horn, H.; Kronmüller, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with behavioral disorders) . . . . .                 | 598 |
| <br><b>Übersichtsarbeiten / Review Articles</b>   |     |
| Bartels, V.: Krisenintervention bei sexualisierter Gewalt gegen Mädchen und Jungen (Crisis intervention in child sexual abuse) . . . . .  | 442 |
| Franz, M.: Wenn Mütter allein erziehen (When mothers take care alone) . . . . .   | 817 |

|  |     |
|--|-----|
| Hagenah, U.; Vloet, T.: Psychoedukation für Eltern in der Behandlung essgestörter Jugendlicher (Parent psychoeducation groups in the treatment of adolescents with eating disorders) . . . . .   | 303 |
| Herpertz-Dahlmann, B.; Hagenah, U.; Vloet, T.; Holtkamp, K.: Essstörungen in der Adoleszenz (Adolescent eating disorders) . . . . .  | 248 |
| Ley, K.: Wenn sich eine neue Familie findet – Ressourcen und Konflikte in Patchwork- und Fortsetzungsfamilien (Finding the way in a new family – Resources and conflicts in patchwork and successive families) . . . . .   | 802 |
| Napp-Peters, A.: Mehrelternfamilien als „Normal“-familien – Ausgrenzung und Eltern-Kind-Entfremdung nach Trennung und Scheidung (Multi-parent families as “normal” families – Segregation and parent-child- alienation after separation and divorce) . . . .   | 792 |
| Pfeiffer, E.; Hansen, B.; Korte, A.; Lehmkuhl, U.: Behandlung von Essstörungen bei Jugendlichen aus Sicht der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik (Treatment of eating disorders in adolescents – The view of a child and adolescence psychiatric hospital)   | 268 |
| Reich, G.: Familienbeziehungen und Familientherapie bei Essstörungen (Family relationships and family therapy of eating disorders) . . . . .   | 318 |
| Reich, G.: Familiensysteme heute – Entwicklungen, Probleme und Möglichkeiten (Contemporary family systems – Developments, problems, and possibilities) . . . . .   | 779 |
| Retzlaff, R.: Malen und kreatives Gestalten in der Systemischen Familientherapie (Drawings and art work in systemic family therapy) . . . . .  | 19  |
| Ruhl, U.; Jacobi, C.: Kognitiv-behaviorale Psychotherapie bei Jugendlichen mit Essstörungen (Cognitive-behavioral psychotherapy for adolescents with eating disorders) . . . .   | 286 |
| Schnell, M.: Suizidale Krisen im Kindes- und Jugendalter (Suicidal crises in children and adolescents) . . . . .   | 457 |
| Windaus, E.: Wirksamkeitsstudien im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: eine Übersicht (Efficacy studies in the field of psychotherapy – psychoanalytical and psychodynamic psychology – for children and adolescents: a survey) . . . . . | 530 |
| Wittenberger, A.: Zur Psychodynamik einer jugendlichen Bulimie-Patientin (On the psychodynamics of an adolescent bulimia patient) . . . . .  | 337 |

#### Buchbesprechungen / Book Reviews

|  |     |
|--|-----|
| Balloff, R. (2004): Kinder vor dem Familiengericht. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .   | 429 |
| Beebe, B.; Lachmann, F.M. (2004): Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .  | 71  |
| Ben-Aaron, M.; Harel, J.; Kaplan, H.; Patt, R. (2004): Beziehungsstörungen in der Kindheit. Eltern als Mediatoren: Ein Manual. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .                    | 149 |
| Brackmann, A. (2005): Jenseits der Norm – hochbegabt und hochsensibel? ( <i>D. Irblich</i> ) . .   | 768 |
| Cierpka, M. (Hg.) (2005): Möglichkeiten der Gewaltprävention. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .   | 701 |
| Deegener, G.; Körner, W. (Hg.) (2005): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .   | 837 |
| Eckardt, J. (2005): Kinder und Trauma. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .  | 835 |
| Eggers, C.; Fegert, J.M.; Resch, F. (Hg.) (2004): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .                                   | 428 |
| Emerson, E.; Hatton, C.; Thompson, T.; Parmenter, T. (Hg.) (2004): The International Handbook of Applied Research in Intellectual Disabilities. ( <i>K. Sarimski</i> ) . . . . . | 231 |

|  |     |
|--|-----|
| Fegert, J.M.; Schrapper, C. (Hg.) (2004): Handbuch der Jugendhilfe –Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. ( <i>U. Kiefling</i> ) .....   | 704 |
| Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E.L.; Target, M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. ( <i>L. Unzner</i> ) .....                                       | 72  |
| Gerlach, M.; Warnke, A.; Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Therapie. ( <i>A. Zellner</i> ) .....                                    | 146 |
| Gerlach, M.; Warnke, A.; Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. ( <i>J.M. Fegert</i> ) .....  | 834 |
| Grawe, K.: (2004): Neuropsychotherapie. ( <i>O. Bilke</i> ) .....  | 622 |
| Grossmann, K.; Grossmann, K.E. (2004): Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. ( <i>L. Unzner</i> ) .....   | 355 |
| Haas, W. (2004): Familienstellen – Therapie oder Okkultismus? Das Familienstellen nach Hellinger kritisch beleuchtet. ( <i>P. Kleinferchner</i> ) .....                                      | 619 |
| Hawellek, C.; Schlippe, A. v. (Hg.) (2005): Entwicklung unterstützen – Unterstützung entwickeln. Systemisches Coaching nach dem Marte-Meo-Modell. ( <i>B. Westermann</i> ) ....              | 706 |
| Hinz, H.L. (2004): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 49. ( <i>M. Hirsch</i> ) .....  | 76  |
| Holling, H.; Preckel, F.; Vock, M. (2004): Intelligenzdiagnostik. ( <i>A. Zellner</i> ) .....  | 507 |
| Hoppe, F.; Reichert, J. (Hg.) (2004): Verhaltenstherapie in der Frühförderung. ( <i>D. Irblich</i> )   | 74  |
| Immisch, P.F. (2004): Bindungsorientierte Verhaltenstherapie. Behandlung der Veränderungsresistenz bei Kindern und Jugendlichen. ( <i>B. Koob</i> ) .....                                    | 151 |
| Jacobs, C.; Heubrock, D.; Muth, D.; Petermann, F. (2005): Training für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm ATTENTIONER. ( <i>D. Irblich</i> ) ..... | 769 |
| König, O. (2004): Familienwelten. Theorie und Praxis von Familienaufstellungen. ( <i>C. v. Bülow-Faerber</i> ) .....   | 617 |
| Kollbrunner, J. (2004): Stottern ist wie Fieber. Ein Ratgeber für Eltern von kleinen Kindern, die nicht flüssig sprechen. ( <i>L. Unzner</i> ) .....   | 771 |
| Kühl, J. (Hg.) (2004): Frühförderung und SGB IX. Rechtsgrundlagen und praktische Umsetzung. ( <i>L. Unzner</i> ) .....   | 506 |
| Landolt, M.A. (2004): Psychotraumatologie des Kindesalters. ( <i>D. Irblich</i> ) .....  | 232 |
| Lehmkuhl, U.; Lehmkuhl, G. (Hg.) (2004): Frühe psychische Störungen und ihre Behandlung. ( <i>L. Unzner</i> ) .....  | 359 |
| Lenz, A. (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. ( <i>L. Unzner</i> ) .....   | 702 |
| Möller, C. (Hg.) (2005): Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen und Auswirkungen. ( <i>U. Knölker</i> ) .....   | 621 |
| Neuhäuser, G. (2004): Syndrome bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ursachen, Erscheinungsformen und Folgen. ( <i>K. Sarimski</i> ) .....   | 509 |
| Pauls, H. (2004): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. ( <i>K. Sarimski</i> ) .....   | 234 |
| Ruf-Bächtiger, L.; Baumann, T. (2004): Entwicklungsstörungen. ADS/ADHD/POS: Das diagnostische Inventar (Version 3.0). ( <i>D. Irblich</i> ) .....  | 147 |
| Sachse, R. (2004): Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie. ( <i>K. Mauthe</i> ) .....   | 358 |
| Sachsse, U. (2004): Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. ( <i>D. Irblich</i> ) .....   | 510 |
| Salewski, C. (2004): Chronisch kranke Jugendliche. Belastung, Bewältigung und psychosoziale Hilfen. ( <i>K. Sarimski</i> ) .....   | 150 |

|   |     |
|---|-----|
| Scheuing, H.W. (2004): „... als Menschenleben gegen Sachwerte gewogen wurden“. Die Geschichte der Erziehungs- und Pflegeanstalt für Geistesschwache Mosbach/Schwarzacher Hof und ihrer Bewohner 1933 bis 1945. ( <i>M. Müller-Küppers</i> ) ..... | 233 |
| Schmela, M. (2004): Vom Zappeln und vom Philipp. ADHS: Integration von familien-, hypno- und verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätzen. ( <i>D. Irblich</i> ) .....   | 620 |
| Seiffge-Krenke, I. (2004): Psychotherapie und Entwicklungspsychologie. Beziehungen: Herausforderung, Ressource, Risiko. ( <i>M.B. Buchholz</i> ) .....  | 228 |
| Steiner, T.; Berg, I.K. (2005): Handbuch Lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern. ( <i>B. Mikosz</i> ) .....   | 769 |
| Weinberg, D. (2005): Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie. ( <i>D. Irblich</i> ) .....  | 836 |
| Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Zwänge bei Kindern und Jugendlichen. ( <i>D. Irblich</i> ) .....   | 357 |
| Wilken, E. (2004): Menschen mit Down-Syndrom in Familie, Schule und Gesellschaft. ( <i>K. Sarimski</i> ) .....  | 508 |
| Wüllenweber, E. (Hg.) (2004): Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. ( <i>K. Sarimski</i> ) .....   | 431 |
| Wüllenweber, E.; Theunissen, G. (Hg.) (2004): Handbuch Krisenintervention. Bd. 2: Praxis und Konzepte zur Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung. ( <i>K. Sarimski</i> ) .....   | 432 |

**Neuere Testverfahren / Test Reviews**

|   |     |
|---|-----|
| Ahrens-Eipper, S.; Leplow, B. (2004): Mutig werden mit Til Tiger. Ein Trainingsprogramm für sozial unsichere Kinder. ( <i>C. Kirchheim</i> ) .....                                    | 513 |
| Langfeldt, H.-P.; Prücher, F. (2004): BSSK. Bildertest zum sozialen Selbstkonzept. Ein Verfahren für Kinder der Klassenstufen 1 und 2. ( <i>C. Kirchheim</i> ) .....                  | 237 |
| Seitz, W.; Rausche, A. (2004): PFK 9 – 14. Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren (4., überarbeitete und neu normierte Auflage). ( <i>C. Kirchheim</i> ) ..... | 773 |

|  |   |
|--|---|
| Editorial / Editorial .....              | 1, 247, 439, 527, 711, 777                      |
| Autoren und Autorinnen / Authors .....   | 70, 144, 226, 354, 427, 505, 615, 700, 767, 833 |
| Tagungskalender / Congress Dates .....   | 84, 153, 240, 362, 434, 516, 623, 709, 776, 841 |
| Mitteilungen / Announcements .....       | 157, 245, 519                                   |
| Tagungsberichte / Congress Reports ..... | 78  |

# Behandlung von Essstörungen bei Jugendlichen aus Sicht der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik

Ernst Pfeiffer, Berit Hansen, Alexander Korte und Ulrike Lehmkuhl

## Summary

Treatment of eating disorders in adolescents – The view of a child and adolescence psychiatric hospital

The paper presents – in the sense of clinical guidelines – reality of clinical care in a child and adolescence university hospital specialised on eating disorders. Need of a multimodal therapeutic approach is emphasized, including normalisation of weight and eating behaviour, nursing and pedagogical measures, individual, group and family therapy, completed by body therapy, art and music therapy and in case psychopharmacotherapy. Recommendations for overcoming weak spots are made.

**Key words:** eating disorders – multimodal inpatient treatment – integrated psychotherapy

## Zusammenfassung

Der Beitrag stellt – im Sinne klinischer Leitlinien – die aktuelle Praxis einer auf die Behandlung von Essstörungen spezialisierten Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie dar. Die Notwendigkeit eines multimodalen Therapiekonzeptes wird betont, bestehend aus Maßnahmen zur Normalisierung von Gewicht und Essverhalten, Heilpädagogik, einzel-, gruppen- und familienbezogener Psychotherapie, ergänzt durch Körper-, Kunst- und Musiktherapie und ggf. Psychopharmakotherapie. Abschließend werden Vorschläge zur Behebung von Schwachstellen in der bisherigen Versorgung diskutiert.

**Schlagwörter:** Essstörungen – stationär-multimodale Behandlung – integrative Psychotherapie

## 1 Vorbemerkung

Der Beitrag soll die Praxis einer universitären kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik (20 vollstationäre, 10 tagesklinische Behandlungsplätze, Klinikambulanz) in der Behandlung von Jugendlichen mit anorektischen und bulimischen Essstörungen darstellen. Auf die Übersicht von Herpertz-Dahlmann et al. (2005, in diesem Heft) wird ausdrücklich verwiesen, so dass auf Aspekte von Definition/Klassifikation, Äti-

ologie/Pathogenese und Symptomatik/Diagnostik nicht erneut eingegangen wird. Angesichts der bis heute spärlichen Datenlage bezüglich der Effektivität von Interventionen (Gowers u. Bryant-Waugh 2004) kommt der Mitteilung von bewährter klinischer Praxis große Bedeutung zu.

## 2 Bedeutung von Essstörungen, Versorgungsstruktur, Kooperation

Essstörungen des Jugendalters machen einen bedeutsamen Anteil der Patienten unserer nicht aufnahmeverpflichteten Klinik aus. Sie stehen an fünfter Stelle in der Häufigkeit der Diagnosegruppen. In den letzten zweieinhalb Jahren wurden 90 Patienten mit dem Vollbild einer Essstörung neu vorgestellt, untersucht und behandelt, davon 70 mit Anorexia nervosa (45 davon mit restriktiver Form und 25 mit aktiver Form) und 20 mit Bulimia nervosa. Die Geschlechter- und Altersverteilung sowie Erkrankungsdauer zeigt Tabelle 1.

Tab. 1: Klinikpopulation über 30 Monate (2002–2004)

|                            | <i>Anorexia nervosa</i><br><i>n = 70</i> |                           | <i>Bulimia nervosa</i><br><i>n = 20</i> |
|----------------------------|--|---------------------------|---|
|                            | restriktiver Typ <i>n = 45</i>           | aktiver Typ <i>n = 20</i> |   |
| Alter in Jahren            | 14,7                                     | 15,8                      | 16,4                                    |
| Krankheitsdauer in Monaten | 12,4                                     | 21,6                      | 19,1                                    |

Im stationären Bereich nehmen die Essstörungen – auch bedingt durch die lange Behandlungsdauer – großen Raum ein. Auf der Jugendlichenstation mit 12 Behandlungsplätzen machen sie ca. 30 Prozent der Behandlungsfälle aus.

Da die Klinik zu einem Zentrum der Maximalversorgung gehört und sich in den letzten zehn Jahren eine Spezialisierung für Essstörungen entwickelt hat, handelt es sich überwiegend um schwer erkrankte Patienten. Die Erstvorstellung erfolgt meist mit der Frage nach stationärer Behandlungsindikation. Die große Mehrzahl der Anorexiepatienten liegt – oft sehr deutlich – mit dem Gewicht unter der dritten BMI-Perzentile, bei vielen Jugendlichen, insbesondere den aktiven Formen der Anorexie und der Bulimie, besteht eine ausgeprägte psychiatrische Komorbidität. Fast alle haben ambulante, viele stationäre Vorbehandlungen durchlaufen. Es nicht überraschend, dass zwei Drittel (42 von 70) der Anorexie- und ein Drittel (6 von 20) der Bulimiepatienten vollstationär behandelt wurden. Tagesklinische Behandlungen konnten wir – nicht zuletzt wegen fehlender institutioneller Möglichkeiten – bisher nur in wenigen Fällen durchführen. Die Indikationen für eine stationäre Behandlung zeigt Tabelle 2.

Die stationäre Behandlung ist eingebettet in ein individuell angepasstes, stufenweises Vorgehen. Es erfolgt bei allen Patienten eine ambulante Diagnostik (möglichst kurzfristige Termine) zur Diagnoseklärung und Weichenstellung mit erster Beratung und Intervention und anschließender Darstellung des stationären Be-

Tab. 2: Indikationen für stationäre Aufnahme

- 
1. Bedrohliches Untergewicht (BMI < 3. Perzentile)
  2. Somatische Komplikationen (z. B. Elektrolytstörung, Perikarderguss, Leukopenie mit Sepsis)
  3. Scheitern ambulanter Therapiemaßnahmen
  4. Erschöpfung der familiären Ressourcen
  5. Ausgeprägte psychiatrische Komorbidität
  6. Suizidalität
- 

handlungskonzepts und Motivationsklärung, falls *stationäre Behandlung* indiziert ist. Die Aufnahme erfolgt nach Warteliste. Die Wartezeit beträgt in der Regel einige Wochen. Bei zu langer Wartezeit oder „Dekompensation auf der Warteliste“ wird in die aufnahmeverpflichtete Klinik überwiesen.

Die Klinik ist Teil des Otto-Heubner-Centrums für Kinder- und Jugendmedizin der Charité und es besteht eine enge Kooperation und Vernetzung mit der Pädiatrie, bezüglich der Essstörungen besonders mit der allgemeinen Pädiatrie, der pädiatrischen Endokrinologie sowie der Neuropädiatrie. So können Jugendliche, die in bedrohlichem körperlichen Zustand sind, akut auf unsere Empfehlung hin pädiatrisch aufgenommen und bis zu einer Übernahme im Konsiliar- bzw. Liasonmodus intensiv mitbetreut werden. Falls *ambulante Behandlung* möglich ist, erfolgt die Rücküberweisung zu einem niedergelassenen Kollegen bzw. Therapievermittlung. Zusätzlich bieten wir Mitbetreuung im Rahmen unserer Ambulanz an, Teilnahme an einer Gruppentherapie für Essgestörte, die zweiwöchentlich stattfindet, und Teilnahme an psychoedukativen Familiengruppen (s. u.), die speziell angeboten werden.

Ein von der Berliner Ärztekammer geförderter Qualitätszirkel „Essstörungen im Jugendalter“ intensiviert die Kooperation zwischen Klinik, niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern, Psychotherapeuten und Beratungsstellen. Inhaltlich konnte unter den Teilnehmern ein Konsens erarbeitet werden, dass die somatisch-ernährungsbezogene Rehabilitation und die psychotherapeutische Behandlung dieser Patienten (Herzog 2004) gleichrangig nebeneinander stehen müssen, was leider bis heute nicht allgemein akzeptiert ist. Ebenso herrschte Einvernehmen, dass Kontroversen wie stationär versus ambulant, psychotherapeutisch versus somatisch/psychopharmakologisch, psychotherapeutische Schule X versus Y überholt und schädlich für die Patienten sind. Stattdessen ist ein abgestuftes, störungsspezifisches, methodenintegrierendes Vorgehen erforderlich.

In diesem Sinne versteht sich der folgende Abschnitt „Stationäre Behandlungsmaßnahmen“ über die Darstellung unserer derzeitigen Praxis hinaus auch als Empfehlung von Behandlungsprinzipien, die dem jeweiligen Setting (stationär, teilstationär, ambulant) angepasst werden müssen.

In Ergänzung zur empfohlenen Diagnostik in der Übersicht von Herpertz-Dahlmann et al. (2005, in diesem Heft) empfehlen wir bei untergewichtigen Patienten die Durchführung einer Echokardiographie. Wir konnten (Bock et al. 2000; Frölich et al. 2001) bei 20 Prozent der Anorexiepatienten einen Perikarderguss nachweisen, der spezifische Maßnahmen erforderlich machte.

### 3 Stationäre Behandlungsmaßnahmen

#### 3.1 Multimodaler Charakter

Im stationären Setting werden die Jugendlichen nach einem integrativ arbeitenden multimodalen Therapiekonzept bestehend aus Einzeltherapie, Familientherapie, Gruppentherapien, Kreativtherapien, Heilpädagogik, Ernährungsberatung, Sozialberatung, somatischer und pflegerischer Versorgung und einem individuellen verhaltenstherapeutisch orientierten Programm zur Gewichtszunahme und Normalisierung des Essverhaltens behandelt. Die Integration verschiedener therapeutischer Ansätze und Schulen ermöglicht eine differenzierte Sichtweise auf die komplexen Problematiken der Patienten. Die Patienten mit Essstörungen sind oft in vielen Lebensbereichen gravierend beeinträchtigt, so dass ihre Behandlung nicht ausschließlich auf das auffällige Essverhalten gerichtet sein darf. Die Patienten leiden zusätzlich unter:

- ausgeprägten Selbstwertproblemen, einer starken Selbstunsicherheit bis hin zu Selbsthass. Sie zeigen oft ein ähnliches Muster negativer Kognitionen wie Patienten mit depressiver Störung;
- Stimmungsschwankungen und depressiven Rückzugstendenzen;
- übertriebener kompensatorischer Leistungsorientierung, die sich häufig auf fast alle Bereiche des Lebens bezieht und vor allem die verbalen Therapien behindern kann;
- Störungen im Bereich der Körperwahrnehmung; viele Patienten können ihren Körper und ihre Körpergrenzen nicht spüren und haben ein sehr verzerrtes Bild ihres Körpers, was bei einem Teil der Patienten autodestruktives Verhalten begünstigt;
- Problemen in der Beziehungsgestaltung vornehmlich in der Nähe-Distanz-Regulierung; auch der Bereich der Sexualität ist häufig betroffen;
- innerfamiliären Problemen: Die Patienten haben oft Schwierigkeiten, sich gegenüber familiären Ansprüchen abzugrenzen; häufig bestehen überenge Beziehungen mit mangelnder Autonomieentwicklung.

Durch die Teilnahme an den unterschiedlichen Therapien besteht für die Jugendlichen mit Essstörungen die Chance, auf verschiedene Weise Zugang zu sich zu finden, und sie erhalten vielfältige Anregungen zur Problembewältigung. Auch für die Einzeltherapeuten hat die Behandlung der Patienten durch das multidisziplinäre Team Vorteile. Sie können zum einen einen Teil der therapeutischen Aufgaben, die im ambulanten Setting die therapeutische Beziehung beeinträchtigen können, an das Pflorgeteam abgeben. Zum anderen sind sie nicht nur auf eigene Erfahrung mit den Patienten angewiesen, sondern können auf Beobachtungen in unterschiedlichen Bereichen zurückgreifen und daraus gewonnene Erkenntnisse zur Hypothesenbildung für die Einzelbehandlung heranziehen. Es findet ein kontinuierlicher Austausch zwischen heilpädagogischem Team und Therapeut statt. In den einmal wöchentlich stattfindenden Therapeutenteamsitzungen werden die unterschiedlichen Erfahrungen mit Patienten aus allen Therapieformen zusammengeführt und diskutiert. Bereichernd ist dabei die unterschiedliche Ausbildung der Einzelthera-

peuten, so dass ein Patient aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet und verstanden werden kann und das Handlungsrepertoire der Therapeuten um Methoden aus anderen Therapieformen erweitert werden kann. Verhaltenstherapeutisch arbeitende Kollegen können so Sichtweisen der psychodynamisch orientierten Kollegen mit in die therapeutische Arbeit aufnehmen und psychodynamisch orientierte Kollegen verwenden auch verhaltenstherapeutische Methoden wie Beobachtungsprotokolle des Ess-/Brechverhaltens. Die Therapeuten verteilen untereinander Aufgaben. Ein Therapeut hat so die Möglichkeit, sich in seiner Therapie auf bestimmte Problembereiche zu beschränken, ohne dass wichtige Aspekte für die Behandlung dabei verloren gehen. Im Folgenden erläutern wir die Behandlungsmodule, wie sie in unserer Klinik zur Anwendung kommen.

### 3.2 Maßnahmen zur Normalisierung von Gewicht und Essverhalten

Die kurzfristige Wirksamkeit operanter Methoden zur Regulierung des Essverhaltens und zur Gewichtssteigerung bei Anorexia nervosa ist gut belegt (Jacobi 1994) und ein fester Bestandteil des Behandlungsprogramms. Auch psychodynamisch orientierte Autoren erkennen die Notwendigkeit einer verhaltenstherapeutischen Behandlungskomponente an, die auf eine Gewichtssteigerung abzielt (Herzog et al. 1996).

**Stufen der Selbstverantwortung beim Essen:** Alle Jugendlichen mit Essstörungen werden zunächst ein bis drei Tage beobachtet, führen Essprotokolle und dürfen zu den sechs festen Mahlzeiten unter Beobachtung des Pflegepersonals im Gruppenraum mit den anderen Patienten frei essen. Diese Selbstverantwortung behalten die Patienten so lange bis ggf. durch das Team entschieden wird, dass der Patient mit dem Essmanagement überfordert ist. Dies kann schon nach einem Tag geschehen, wenn der Patient gar nicht essen kann, oder nach drei Tagen, wenn beim Wiegen keine Gewichtszunahme oder sogar eine Gewichtsabnahme zu verzeichnen ist. Die Patienten werden zweimal wöchentlich unangekündigt gewogen, um den häufigen Manipulationsversuchen vorzubeugen. Da die Behandlung gerade bei Jugendlichen nicht selten durch ambivalente Motivation gekennzeichnet ist, und die Phase der Motivierung zur Therapie häufig sehr lange andauert, wird den meisten Patienten die Verantwortung für das Essen zunächst durch das Pflegeteam abgenommen, und die Patienten werden in drei Stufen wieder an das selbstverantwortliche Essen herangeführt. Unsere Patienten zeichnen sich nicht selten durch einen chronischen Verlauf mit mehreren erfolglosen, häufig den Aspekt der Autonomie beim Essen stärker betonenden Vorbehandlungen aus.

- *Stufe 1a:* Essen nach Plan: Das Essen wird vom Pflegeteam für die Patienten nach einem Plan von 1800 kcal bis zu 2600 kcal gerichtet, die Brote werden zubereitet. Bei zusätzlichem Erbrechen: Toilettensperre eine Stunde nach den Hauptmahlzeiten.
- *Stufe 1b:* Selbst zubereiten: Das Essen wird vom Pflegeteam nur noch vorbereitet und auf den Tisch gestellt. Die Patienten können die Brote selbst belegen.
- *Stufe 2:* Essen mit Korrektur (Orientierungsplan). Die Patienten stellen sich selbstständig ihr Essen zusammen und richten sich dabei nach einem Kostplan. Das Pflegeteam gibt anschließend eine Rückmeldung.
- *Stufe 3:* Freies Essen: Die Patienten essen selbstständig ohne Rückmeldung.

Es gibt keine starren Regeln, wann die Patienten von einer Stufe in die nächste aufsteigen. Das Aufsteigen geschieht schrittweise und ist nicht nur gewichtsabhängig, sondern richtet sich danach, wie der Patient mit dem Essen zurechtkommt. Ein zu schnelles Vorgehen kann dazu führen, dass der Patient mit der neuen Stufe überfordert ist und wieder eine Stufe zurückgehen muss. Dies ist zumeist verbunden mit großer Frustration und dem Gefühl, versagt zu haben, so dass es sinnvoll ist, vorher gründlich abzuwägen, ob dem Patienten schon eine neue Stufe zugemutet werden kann. Bei Patienten mit Bulimia nervosa wird zur Normalisierung des Essverhaltens ähnlich vorgegangen, mit dem Unterschied, dass diese oft schneller wieder Selbstverantwortung übernehmen können. Bei Patienten mit Bulimia nervosa wird häufig mit Stufe 2 oder 3 begonnen.

**Verstärkerpläne zur Gewichtssteigerung:** In regelmäßigen Bilanzgesprächen geben die Bezugsbetreuer den Patienten eine Rückmeldung über ihre Beobachtungen und gemeinsam mit dem Patienten und dem Therapeuten wird überlegt, was an der Behandlung bis zum nächsten Gespräch modifiziert werden kann. Die Patienten werden gefragt, was sie sich selbst zutrauen. Bei Patienten, die weniger behandlungsmotiviert sind oder sehr viel verhandeln wollen, kann es sinnvoll sein, dass der Therapeut nicht mit in die Gespräche einbezogen wird, damit die Patient-Therapeut-Beziehung nicht zu sehr durch derartige Verhandlungen beeinträchtigt wird.

In den Bilanzgesprächen werden mit den Patienten Zielgewichte vereinbart und Verstärkerprogramme erarbeitet. Es hat sich als sinnvoll erwiesen, pro Gespräch nur drei Verstärker zu vereinbaren (ein Verstärker pro 500 g). Bei einer Gewichtszunahme über 1 kg pro Woche setzt der Verstärkerplan aus, damit ein übermäßiger Leistungsdruck für die Patienten bezüglich der Gewichtszunahme vermieden wird. Da die Problembereiche der Patienten sehr unterschiedlich gewichtet sind und zum Teil auch die Komorbidität mit anderen Störungen berücksichtigt werden muss, unterscheiden sich die Programme der einzelnen Patienten stark voneinander, was eine sehr individuelle Behandlung bedeutet. Diese Vorgehensweise verstärkt die Konkurrenz unter den Patienten und fördert die Spaltungstendenzen einiger Patienten. Diese Nachteile unterstreichen die Bedeutung klarer Absprachen zwischen Therapeuten und Pflorgeteam über die Gewichtung von Krankheitsaspekten im Verstärkerplan. Beispielsweise sollte gemeinsam entschieden werden, wie schnell bei dem Patienten vorgegangen werden sollte, und welche zusätzlichen Aspekte im zumeist primär gewichtsabhängigen Verstärkerplan berücksichtigt werden sollten. Trotz dieser Gefahren hat sich das Vorgehen bewährt. Es ermöglicht, sehr zurückgezogene Patienten, deren Probleme stark im Bereich zwischenmenschlicher Beziehungen liegen, schneller wieder ins Gruppengeschehen einzubeziehen, oder man kann einen sehr leistungsorientierten Patienten länger unbeschult lassen als einen Patienten, der gerade in diesem Bereich Probleme hat und Schule eher vermeidet.

Bei Patienten mit Bulimia nervosa sind die Verstärkerpläne nicht gewichtsabhängig. Sie zielen zunächst auf die Dokumentation der Essanfälle oder den offenen Umgang mit dem Erbrechen und in einem weiteren Schritt auf die Reduktion der Symptomatik ab. Insgesamt besteht die Tendenz, den Jugendlichen mit Essstörungen möglichst schnell viele Freiheiten zu geben, um alle Problembereiche bearbeiten zu

können. Ebenso wichtig ist es, genügend wirksame Verstärker zu definieren und zur Unterstützung der Behandlung einzusetzen. Bei sehr untergewichtigen Jugendlichen muss man besonders aufpassen, nicht zu schnell wirksame Verstärker zu geben. Diese sind erfahrungsgemäß in Bezug auf die Gewichtszunahme stark auf die Programme angewiesen und brauchen aufgrund des Ausmaßes der erforderlichen Gewichtszunahme eine größere Anzahl an wirksamen Verstärkern. Wir arbeiten mit drei Phasen, um eine Gewichtsstabilisierung zu erreichen:

- *Phase 1:* Erreichen eines Mindestgewichts (in der Regel 3. BMI-Perzentile, wobei die Gewichtszunahme pro Woche nicht unter 500 g oder über 1000 g liegen soll) und Erarbeitung eines angemessenen Umgangs mit dem Essen sowie Reduktion des Erbrechens innerhalb der Klinik unter Aufsicht des Pflorgeteams. Bei zu rascher oder zu geringer Gewichtszunahme wird der Kostplan entsprechend angepasst.
- *Phase 2:* Weitere Steigerung des Gewichts unter zunehmender Belastung und Übertragung der Therapieerfolge in die gewohnte Umgebung und in den Alltag. Hierzu dienen im zeitlichen Rahmen sich langsam steigernde Beurlaubungen nach Hause und Außenschulbesuche sowie Besuche bei Freunden.
- *Phase 3:* Stabilisierung des erreichten Zielgewichts (in der Regel 25. BMI-Perzentile) unter maximaler Belastung. In dieser Phase sollen die Patienten lernen, sich selbst mit dem erreichten Zielgewicht zu akzeptieren und das Gewicht bei freiem Essen zu halten. Diese Stabilisierungsphase dauert in der Regel zwei bis drei Wochen.

**Ernährungsberatung:** Die Patienten führen zu Beginn der Behandlung für drei Tage Ernährungsprotokolle. Diese werden durch die Ernährungsberaterin ausgewertet und mit den Patienten besprochen. Die Patienten erhalten während der Behandlung mehrere Einzelberatungen bezüglich ihres Essverhaltens. Es hat sich gezeigt, dass bei vielen Eltern Unsicherheiten darüber bestehen, was angemessene Mengen und eine gesunde Zusammensetzung in der Ernährung ist, so dass es sich bewährt hat, dass diese Eltern eine eigene Beratung erhalten. Einige Eltern sehr schwer kranker jüngerer Patienten, die die Stufe 3 des Essprogramms nicht erreichen, werden durch das Pflorgeteam angeleitet, ihr Kind zu unterstützen und kommen zu Esstrainings in die Klinik. Dies ist zu empfehlen, wenn in absehbarer Zeit keine weitere Besserung mehr zu erwarten ist. Ansonsten sollen die Eltern lernen, dem Kind wieder zu vertrauen und das Essen nicht mehr zum Konflikt zu machen.

### 3.3 Einzelpsychotherapie

Alle Jugendlichen erhalten wöchentlich zwei Einzelgespräche à 50 Minuten und ein Elterngespräch. Die Einzeltherapeuten haben unterschiedliche Therapieausbildungen. Aufgrund eines Mangels an kontrollierten Studien zum Vergleich der Wirksamkeit der verschiedenen Therapiemethoden vor allem im Bereich der psychodynamischen Psychotherapien ist die Bewertung der unterschiedlichen Wirksamkeit der spezifischen Einzeltherapien schwierig. Die wenigen Studien zur Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie (CBT) bei Anorexia nervosa zeigen eine mäßige Wirksamkeit, die anderen Verbaltherapien nicht überlegen zu sein scheint. Zur Wirksamkeit von CBT bei Bulimia nervosa existieren über 30 randomisierte kon-

trollierte Studien (RCTs), die auf eine gute Wirksamkeit von CBT hindeuten (Gowers u. Bryant-Waugh 2004).

In unserer Klinik hat sich ein integratives Behandlungskonzept bewährt. Einzeltherapie im stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Setting hat klare Grenzen zum einen in Bezug auf den zeitlichen Rahmen, zum anderen aufgrund der zu Beginn der Behandlung oft nur mäßig vorhandenen Therapiemotivation und Introspektionsfähigkeit. Vor allem bei den Patienten mit Anorexia nervosa wird nicht selten ein Großteil der Sitzungen in der ersten Behandlungsphase darauf verwandt, eine ausreichende Therapiemotivation herzustellen. Einige Patienten können in dieser Phase in Kreativtherapien schon wichtige Prozesse beginnen, zum Teil fällt es ihnen dort leichter, sich einzulassen, vor allem, wenn der Kreativtherapeut keine Aufgaben stellt, und der Patient dazu aufgefordert ist, von seiner Leistungsorientierung und dem starken Anpassungsdruck abzurücken (Grubel 2003).

Als besondere therapeutische Herausforderung erweist sich bei den Patienten mit Anorexia nervosa die Körperschemastörung, deren Ausmaß im Zusammenhang mit der Prognose zu stehen scheint (Casper et al. 1979; Freeman et al. 1985). Es gibt keine empirisch gesicherten Methoden zur Beeinflussung der Körperschemastörung (Jacobi et al. 2000). Es sind einige Methoden zur Beeinflussung der verzerrten Körperwahrnehmung bekannt wie die Spiegeltechnik oder Videofeedback. Unsere praktische Erfahrung zeigt, dass diese Techniken sich eher bei leichter Körperschemastörung als Erfolg versprechend erweisen. Bei schwerer Körperschemastörung oder bei Komorbidität mit beginnenden Persönlichkeitsstörungen erschweren die extrem verzerrte Wahrnehmung und negative Einstellung zum Körper, der intensive Selbsthass und der Drang nach Selbstzerstörung bis hin zur Suizidalität die Behandlung. Eine Korrektur der verzerrten Wahrnehmung gelingt in schweren Fällen häufig nicht ausreichend. Die Rolle der Körpertherapie in der Bearbeitung der Körperschemastörung bei Patienten mit Essstörungen ist noch nicht erforscht. Die negative Einstellung der Patienten mit Essstörungen gegenüber sich selbst betrifft nicht nur die Körperwahrnehmung. Patienten mit Essstörungen leiden häufig an einer starken Selbstunsicherheit und depressiven Kognitionen, die sich unserer Erfahrung nach gut in den verschiedenen Therapien behandeln lassen. Einen Schwerpunkt in der einzeltherapeutischen Arbeit mit den Patienten stellen Ich-Stärkende Maßnahmen wie die Erarbeitung eines positiveren Selbstbildes und die Entwicklung von Perspektiven dar. Darüber hinaus ist es von besonderer Bedeutung, dass die Patienten einen liebevolleren Umgang mit sich selbst entwickeln, nicht nur im Hinblick auf die Nahrungsaufnahme. Zur Behandlung des negativen Selbstkonzepts lassen sich kognitiv verhaltenstherapeutische Methoden (Hautzinger et al. 1992) gut anwenden.

### 3.4 Familienbezogene Therapiemaßnahmen

Bei Kindern und Jugendlichen mit Anorexia und Bulimia nervosa oder Binge-Eating-Störung gehört die Einbeziehung der Eltern in die psychotherapeutische Behandlung und die Berücksichtigung systemischer Aspekte zu den Säulen der Therapie. Auswirkung und Bedeutung der Familie für die Entwicklung und Aufrechter-

haltung der Störung wurde vielfach ausführlich beschrieben (vgl. auch Reich 2005, in diesem Heft). Familiäre Einflussfaktoren tragen zu einem erheblichen Ausmaß zu positiven Veränderungen, aber auch zu negativen Verläufen und Therapieabbrüchen bei (Bulik et al. 1997, Selvini-Palazzoli et al. 1999). Russel et al. (1987) haben den Nachweis erbracht, dass Familientherapie bei Patienten, deren Erkrankung weniger als drei Jahre andauerte und vor der Volljährigkeit begann, wirksamer ist als eine einzeltherapeutische Behandlung. Bei älteren Patienten zeigte dagegen die Individualtherapie einen besseren Heilungserfolg; diese Ergebnisse ließen sich auch nach 5-jähriger Katamnesedauer nachweisen (Eisler et al. 1997). Eine von Eisler et al. durchgeführte Untersuchung verglich die Effizienz einer „konventionellen“ Familientherapie (conjoint family therapy) mit einem Vorgehen, bei dem Eltern und Patienten getrennt voneinander therapiert wurden (separated family therapy); dabei konnten keine signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich Gewichtszunahme, Body-Mass-Index, Menstruationszyklus und bulimischer Symptomatik nachgewiesen werden. Getrennt durchgeführte Therapien waren jedoch dann signifikant erfolgreicher, wenn die Mütter ein hohes Maß an kritisierenden Kommentaren im Sinne des Expressed-Emotion-Konzepts gezeigt hatten (Eisler et al. 2000). Eine signifikante Reduktion dieser für den Krankheitsverlauf ungünstigen emotionalen Überinvolvierung der Angehörigen ließ sich mittels Psychoedukation für Familienmitglieder von Essgestörten erreichen (Uehara et al. 2001).

Im Rahmen unserer psychotherapeutischen Behandlung finden regelmäßige Eltern-/Familiengespräche statt. In der Regel nehmen die Patienten an allen Gesprächen mit der Familie teil, es sei denn, es besteht Bedarf, Probleme auf der Paarebene anzusprechen oder die Eltern fallen durch ein inadäquates Verhältnis zum Kind oder durch sehr unangemessenes Erziehungsverhalten auf. Unter diesen Umständen kann es sinnvoll sein, Gespräche mit den Eltern oder einem Elternteil allein zu führen. Schwerpunkte der Gespräche mit den Eltern stellen Informationsvermittlung, die Erarbeitung eines Krankheitsmodells, die Beziehungen der einzelnen Familienmitglieder untereinander und der Umgang mit dem gestörten Essverhalten dar. Die Belastungsbeurlaubungen werden wiederholt intensiv vor- und nachbesprochen, da erfahrungsgemäß der Transfer des erlernten Essverhaltens ins ambulante Setting schwierig ist. Es stellen sich die gewohnten Konflikte ums Essen wieder ein und die Patienten fühlen sich bevormundet oder werden mit der Esssituation allein gelassen. Paarprobleme der Eltern, die Essstörung eines Elternteils oder tiefgreifende Störungen des Familiensystems können im Rahmen der stationären Therapie nicht behandelt werden. Es erscheint jedoch von Bedeutung, die Probleme aufzudecken und gemeinsam mit der Familie langfristige Behandlungsmöglichkeiten wie beispielsweise eine Familientherapie, die Therapie eines Elternteils, eine Paartherapie oder die Unterbringung des Jugendlichen in einer therapeutischen Wohngemeinschaft einzuleiten.

Geist et al. (2000) kamen in ihrer Vergleichsstudie zu dem Ergebnis, dass die Effekte einer herkömmlichen Familientherapie sich nicht signifikant von denen einer für mehrere Familien gleichzeitig durchgeführten Psychoedukation unterschieden; verglichen wurden unspezifische psychopathologische Merkmale, Gewichtszunahme und Dauer der stationären Behandlung. Der Stellenwert einer familienorientierten

Gruppen-Psychoedukation für anorektische und bulimische Jugendliche sowie deren Eltern kann aus den bislang vorliegenden Studienergebnissen noch nicht abschließend beurteilt werden (s. Hagenah u. Vloet 2005, in diesem Heft). Ziel eines sich in der Pilotphase befindenden Projektes ist es zu prüfen, inwieweit eine zusätzliche familienbezogene Therapie mit strukturierter Informationsvermittlung (Psychoedukation) in Gruppen den Krankheitsverlauf und Heilungsprozess positiv beeinflussen kann. In sechs Sitzungen mit Gruppen, bestehend aus fünf bis sechs ambulanten oder stationären Patienten gemeinsam mit deren Eltern, werden grundlegende Kenntnisse zum Thema Essstörungen vermittelt. Ferner haben die Betroffenen die Möglichkeit, sich auszutauschen und erhalten dadurch gegenseitige Unterstützung. Erste Erfahrungen weisen darauf hin, dass sich dieses Verfahren insbesondere zur Motivierung bzw. Vorbereitung von ambulanten Patienten auf eine stationäre Behandlungsphase nutzen lässt und sich insofern im Rahmen der prä-stationären Versorgung und zur Überbrückung der Wartezeiten anbietet. Außerdem wird die Zusammenarbeit zwischen Behandlungsteam und Eltern aufgrund des (durch die strukturierte Informationsvermittlung erzielten) besseren Verständnisses der Erkrankung und der getroffenen Maßnahmen optimiert.

### 3.5 Weitere Therapien

**Körpertherapie:** Körperorientierte Verfahren werden von Patienten positiv beurteilt (Paul et al. 1991). Auch in unserer Klinik wird die Körpertherapie von den Patienten als sehr hilfreich erlebt. Die Körpertherapie findet zweimal wöchentlich in Sitzungen à 50 Minuten statt. Schwerpunkte in der körpertherapeutischen Arbeit stellen Techniken zur Realisierung und Bearbeitung der Körperschemastörung und Übungen zur Körperwahrnehmung, insbesondere zur Wahrnehmung der Körpergrenzen beispielsweise durch Massage- und Druckübungen dar. Die Körpertherapie bietet den Patienten einen Raum, um körperliche Bedürfnisse zu spüren und ihnen Ausdruck zu verleihen. Darüber hinaus lernen die Patienten, Grenzen wahrzunehmen und diese beispielsweise anhand von so genannten Stopp-Übungen aufzuzeigen. Das häufig gestörte Nähe-Distanz-Verhältnis kann auf diesem Wege bearbeitet werden. Alle Kreativtherapien bieten den Patienten weniger Möglichkeiten zu rationalisieren und den therapeutischen Prozess zu kontrollieren. Es werden keine Aufgaben gestellt, so dass die Patienten nicht dazu verleitet werden, Leistungen zu erbringen. Das starke Bedürfnis nach Selbstkontrolle bei den Patienten mit Essstörungen kann in Kreativtherapien in Ansätzen aufgebrochen und überwunden werden.

**Kunsttherapie<sup>1</sup>:** Die Kunsttherapie findet zweimal wöchentlich in Sitzungen à 50 Minuten statt und wird von unseren Patienten ebenfalls als hilfreich erlebt. Die Kunsttherapie ermöglicht einen averbalen Ausdruck von Gefühlen. So kann diffuses Unbehagen bildhaft gestaltet werden, um später als Konflikt oder Angst benannt zu werden. Durch den Austausch zwischen den Therapeuten kann die verbale Bearbeitung von Konflikten vorbereitet und unterstützt werden.

<sup>1</sup> Der Abschnitt „Kunsttherapie“ wurde von unserer Kunsttherapeutin Frau A. Schneider mitverfasst.

In der kunsttherapeutischen Behandlung steht der gestalterische Prozess im Vordergrund. Es wird an die Ressourcen des Patienten angeknüpft, und der Patient kann eigene kreative Fähigkeiten entdecken und entwickeln. Diese leisten als Quelle selbstbestimmter Identität einen wichtigen Beitrag zur Identitäts- und Autonomieentwicklung.

Der Kampf um Kontrolle bei den Patienten mit Essstörungen kann in der Kunsttherapie bearbeitet werden. Der Patient kann spontane Kreativität und unmittelbaren Selbstaussdruck erleben, indem er sich mehr und mehr der Eigendynamik des gestalterischen Prozesses überlässt. So wird die Fixierung auf das Thema Essen gelockert und ein Zugang zu bisher verdrängten Ängsten, Phantasien und Wünschen geschaffen. Die freie Wählbarkeit des Materials und der weitgehende Verzicht auf Themenvorgabe stellen eine wichtige Voraussetzung für diese Zielsetzung dar.

Einen besonderen Stellenwert in der Kunsttherapie mit Patienten mit Essstörungen nimmt der Umgang mit körperlich erfahrbaren Materialien ein. Die Patienten setzen sich in der Kunsttherapie zum Teil mit dem eigenen Körperbild auseinander. Das Material kann stellvertretend für den eigenen Körper zur Regulierung starker Affekte dienen und bietet dem Patienten die Möglichkeit, expressiv zu werden, statt aggressive Impulse im Hungern zu unterdrücken (Grubel 2003).

**Gruppentherapie:** Die Arbeit in Gruppen stellt ein unverzichtbares Mittel in der Behandlung der Patienten mit Essstörungen dar. In unserer Klinik gibt es musiktherapeutische und verbale Gruppentherapien. Die Gruppentherapien stellen ein zentrales Instrument zur Verbesserung der sozialen Interaktionsfähigkeit und zur Bearbeitung von Problemen im Bereich der Beziehungsgestaltung dar. Die Patienten lernen, mit anderen Patienten zu reden und ihre Bedürfnisse auch innerhalb der Gruppe zu vertreten. Darüber hinaus bekommen sie Rückmeldungen von den Mitpatienten über ihre Wirkung auf andere und ihr Beziehungsverhalten innerhalb der Gruppe. Manchmal kommt es auch zur Auseinandersetzung mit einer anderen Wahrnehmung ihres Körpers durch die Gruppenmitglieder. Die Gruppentherapie ist besonders hilfreich in der Bearbeitung von Selbstunsicherheit und zum Aufbau sozialer Kompetenzen.

### 3.6 Teambezogene Maßnahmen

Die Behandlung von Patienten mit Essstörungen stellt durch den intensiven Bedarf an Pflege und Kontrolle beim Essen hohe Anforderungen an das multidisziplinäre Team. Verstrickungen zwischen Patienten und Teammitgliedern sind ein bekanntes Problem in der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung, das sich aus der Inszenierung spezifischer konflikthafter Beziehungsmuster ergibt (Brantik 2002). Bei Patienten mit Essstörungen kommt es häufig zu Spaltungsprozessen, die einen Einblick in die Beziehungsmuster der Patienten gestatten (Freese 2004).

**Teamsupervision:** Die Teamsupervision findet alle zwei Wochen statt und dient u. a. dazu, den beschriebenen Teamproblemen vorzubeugen oder sie zu bearbeiten.

**Visiten:** In den beiden wöchentlichen Visiten werden die Behandlungsverläufe mit der Direktorin der Klinik und/oder dem Oberarzt und dem Behandlungsteam ge-

meinsam diskutiert, die Visiten finden ohne die Patienten statt, so dass auch hier Raum für die Interpretation der Interaktionsmuster zwischen Behandlern und Patienten besteht. Um Kontakt zu den Patienten zu haben, nimmt die Direktorin an dem Mittagessen vor der Visite teil. Bei einer dritten wöchentlichen Besprechung finden Absprachen zwischen Therapeuten und Betreuern bezüglich der individuellen Behandlungspläne statt.

### 3.7 Psychiatrische Komorbidität und Psychopharmakotherapie

Diagnostik und Behandlung psychiatrischer Komorbidität ist von zunehmender Bedeutung in Studien und klinischen Leitlinien. Insbesondere im Verlauf ist bei Anwendung strukturierter Interviews mit Prävalenzraten von 40 bis 70 Prozent anderer psychischer Störungen zu rechnen (Müller et al. 2000; Milos et al. 2004; O'Brian u. Vincent 2003). In einer eigenen follow-up-Studie (Kadem et al. 2002) an Anorexiopatienten nach fünf Jahren fanden wir noch bei 15 Prozent eine Essstörung, bei 65 Prozent jedoch eine andere psychiatrische Störung (Angst-, affektive, zwangs- und somatoforme Störungen). Nur wenige Studien untersuchten dies bereits zum Zeitpunkt der Erstintervention. Wir konnten von den beschriebenen 90 Patienten 61 zur Teilnahme an strukturierter Diagnostik gewinnen (Pfeiffer et al. 2004). Tabelle 3 zeigt die Unterschiede zwischen der Einschätzung des Klinikers nach ICD-10 und des DIA-X nach DSM-IV.

Tab. 3: Psychiatrische Komorbidität (Strukturierte Diagnostik vs. klinische Einschätzung)

|                  | <i>CIDI (DSM-IV)</i> | <i>Klinisch (ICD-10)</i> |
|------------------|----------------------|--------------------------|
| Anorexia nervosa | 73.0 %               | 28.6 %                   |
| AN-restriktiv    | 61.3 %               | 12.9 %                   |
| AN-aktiv         | 94.4 %               | 52.9 %                   |
| Bulimia nervosa  | 91.3 %               | 69.2 %                   |

Sowohl von der Häufigkeit als auch vom Verteilungsmuster ähneln dabei die Patienten mit aktiver Anorexie mehr den Bulimiepatienten als den Patienten mit restriktiver Anorexie. Unsere Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung der frühzeitigen Erfassung und Behandlung der Komorbidität.

Neben den beschriebenen Psychotherapiemaßnahmen kommen Antidepressiva (vor allem selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer SSRI) bei affektiven, Angst- und Zwangsstörungen in Betracht. Bei Anorexiopatienten mit Depressivität sind wir mit der Medikamentengabe zunächst eher zurückhaltend, es sei denn, es liegt eine klar abgrenzbare, eigenständige affektive Störung vor, die bereits vor der Anorexie bestanden hat. Ansonsten warten wir den Effekt von Gewichtsnormalisierung und Psychotherapie ab und setzen erst bei anhaltender Depressivität SSRI ein.

Bei bisher insgesamt sechs Anorexiopatienten mit problematischem Verlauf und kaum beeinflussbarer Körperschemastörung hat sich Olanzapin bewährt in Dosen zwischen 2,5 und 10 mg für eine Dauer von meist zwei bis vier Monaten. Einige we-

nige Patienten erhielten vorübergehend niederpotente Neuroleptika wegen Schlafstörungen oder Spannungszuständen. Die diskutierte Gabe von SSRI (Fluoxetin) zur Rückfallprophylaxe ist bei uns bisher nicht etabliert.

Bei Bulimiepatienten setzen wir Fluoxetin ein, wenn die anderen Therapiemaßnahmen nach zwei bis vier Wochen nicht zu einer deutlichen Symptomreduktion geführt haben. Tabelle 4 zeigt die Häufigkeit von Psychopharmakotherapie bei 90 Patienten.

Tab. 4: Häufigkeit von Psychopharmakotherapie bei N = 90 Patienten (in %)

|                | <i>Anorexie-restriktiv</i> | <i>Anorexie-aktiv</i> | <i>Bulimie</i> |
|----------------|----------------------------|-----------------------|----------------|
| Neuroleptika   | 9.3                        | 26.1                  | —              |
| Antidepressiva | 7.0                        | 13.0                  | 16.7           |
| Keine          | 83.7                       | 60.9                  | 83.3           |

Alle deutlich untergewichtigen Anorexiepatienten erhalten bis zum Erreichen der 25. BMI-Perzentile (also in der Regel bis zur Entlassung) eine Kombination von 600 mg Calcium und 400 IE Vitamin D<sub>3</sub> zur Osteoporoseprophylaxe. Östrogen-Substitution empfehlen wir erst, wenn ein halbes Jahr nach Erreichen des Normalgewichts die Amenorrhoe persistiert.

### 3.8 Übergangsprobleme

Jugendliche mit Essstörungen scheinen besonders störanfällig auf Wechsel und Übergänge zwischen den verschiedenen Therapiesettings zu reagieren. Sozial ängstliches, vermeidendes Verhalten, Selbstunsicherheit, negative Erwartungen einerseits, emotional instabiles Verhalten andererseits sind hierfür verantwortlich. Außerdem eröffnen sich neue Spaltungs- und Agiermöglichkeiten.

Phänomene wie das Nichtzustandekommen empfohlener Therapien, Therapieabbrüche, Krisen mit stationären Wiederaufnahmen zum Beispiel bei Urlaub von Therapeuten, Dissens zwischen Hausarzt, Psychotherapeut und Klinik, abgebrochene oder ganz fehlende somatische und Gewichtskontrollen sind typische Folgen und begünstigen Rückfälle und chronische Verläufe.

Diesen Übergangsproblemen versuchen wir entgegen zu wirken durch sorgfältige Aufnahmeplanung (zuständige Therapeutin und Bezugsbetreuerin in erster Therapiephase verfügbar), persönliche „weiche“ Übergabe in Vertretungssituationen, frühzeitige Vorbereitung von Entlassungen einschließlich persönlicher Kontaktaufnahme mit ambulanten Therapeuten. Es werden klare Vereinbarungen getroffen und schriftlich fixiert bezüglich Frequenz von Gewichtskontrollen nach Entlassung (z. B. einmal pro Woche beim Kinderarzt) sowie Wiedervorstellungs- (z. B. 10. BMI-Perzentile) und Wiederaufnahmegewicht (in der Regel 3. BMI-Perzentile). Bei der Entlassung hat jeder Patient einen somatisch verantwortlichen Kinder-/Hausarzt und einen Therapeuten; die Verantwortung für die Alarmierung der Eltern bzw. der Klinik wird festgelegt. Wenn irgend möglich wird die Verantwortung bei den El-

tern gelassen, in wenigen Einzelfällen haben wir bei Gefährdung des Kindeswohls auch Jugendamt bzw. Familiengericht benachrichtigen müssen, um die Behandlung sicherzustellen.

## 4 Ausblick

Trotz der Verbesserungen in der Behandlung von Essstörungen in den letzten Jahren sind anorektische und bulimische Essstörungen im Kindes- und Jugendalter weiterhin ernstzunehmende, potentiell lebensbedrohliche Erkrankungen. Etwa ein Drittel der essgestörten Patienten zeigt problematische Verläufe und eine Neigung zur Chronifizierung. Dabei spielen anhaltend schweres Untergewicht und andere somatische Komplikationen sowie psychische Begleiterkrankungen eine entscheidende Rolle. Für diese Patienten bestehen folgende Mängel und Schwachstellen in der bisher üblichen Diagnostik und Behandlung:

- Fehlen eines störungsspezifischen Therapieprogramms mit ausreichender Berücksichtigung komorbider psychischer Störungen;
- Probleme der Versorgung beim Übergang vom Jugendlichen- zum Erwachsenenalter;
- Mangel an ambulanten Gruppen-, Körper- und Musiktherapie-Angeboten.

Für folgende Bereiche wurden deshalb im Rahmen eines Modellprojektes zusätzliche Mittel eingeworben<sup>2</sup> und Kooperationen vereinbart.

### 4.1 Erprobung und Validierung eines störungsspezifischen Therapieprogramms (DBT)

Wie dargestellt werden Diagnostik und Behandlung in unserer Klinik auf der Grundlage eines multimodalen, integrativen Behandlungskonzepts unter Einbeziehung von psychodynamischen, verhaltenstherapeutischen und systemischen (familietherapeutischen) Therapieansätzen durchgeführt. Bei jedem essgestörten Patienten liegt eine individuelle Ausprägung der Erkrankung vor, viele Aspekte der heterogenen individuellen klinischen Präsentation lassen sich als Wechselwirkung zwischen Essstörung und komorbider Störung konzeptualisieren (Schweiger et al. 2003). Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer differentiellen Indikationsstellung bei der Auswahl von spezifischen Therapieprogrammen bzw. Behandlungsmodulen, was bereits initial besondere Anforderungen im Sinne der Notwendigkeit einer intensiven, gründlichen Diagnostikphase stellt. Es besteht Konsens darüber, dass insbesondere psychische Störungen, die mit Defiziten der Emotionsregulation, der emotionalen Wahrnehmungs- und Expressionsfähigkeit und der sozialen Kompetenz einhergehen, oft mit Essstörungen verbunden sind. Ausgehend von einer individuellen, mehrdimensionalen Bestandsaufnahme werden individuelle Therapieziele festgelegt und ein Gesamtbehandlungsplan mit störungsspezifischen The-

<sup>2</sup> Wir danken der Künstlerin Y. Catterfeld und ihrem Management für ihre Unterstützung.

rapiemodulen erstellt. Hierfür scheint das Konzept der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) besonders geeignet. Die DBT wurde von M. Linehan (1996) ursprünglich zur Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (s. u.) entwickelt, mit dem vorrangigen Ziel, deren emotionale Belastbarkeit zu erhöhen. Dies wird versucht durch die Vermittlung von spannungsregulatorischen Techniken und durch das Erlernen von Coping-Strategien, die bei der Bewältigung von emotionalen und sozialen Stresssituationen eingesetzt werden. DBT ist die erste Therapieform, deren Wirksamkeit und Überlegenheit bei Persönlichkeitsstörungen gegenüber unspezifischer Psychotherapie durch kontrollierte Studien belegt werden konnte (Bohus et al. 2000).

DBT wird seit kurzem, vor allem im angloamerikanischen Raum, auch bei der Behandlung von erwachsenen essgestörten Patienten mit Erfolg eingesetzt. Ausschlaggebend für die positiven Therapieresultate ist, dass ein Großteil der Patienten mit Essstörungen (Bulimie, aktive Form der Anorexie, Binge-Eating-Störung) – analog zu Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung – gleichzeitig unter massiven Defiziten in der Emotionsregulation leidet. Die Essattacken werden dabei zur Regulation von Spannungszuständen eingesetzt, der sich einstellende Spannungsabfall wird als erleichternd wahrgenommen. Aus diesem Grund planen wir, die DBT-Behandlungsmodule in den individuellen Gesamtbehandlungsplan zu integrieren. Soziales Kompetenztraining ist ebenfalls eine wichtige Komponente in der stationären Essstörungsbehandlung. Sozial kompetentes Verhalten beugt dem Entstehen emotionaler Belastungssituationen vor und reduziert damit gestörtes Essverhalten. Deshalb findet soziales Kompetenztraining im Gruppensetting bei einem Großteil der Patienten im stationären Behandlungsplan ebenfalls Berücksichtigung. Letztlich soll das Gesamtkonzept damit den häufig auftretenden komorbiden psychischen Störungen der Emotionsregulation, den Defiziten in der emotionalen Wahrnehmungs- und Expressionsfähigkeit sowie den Defiziten im Bereich der sozialen Kompetenz ausreichend Rechnung tragen.

#### 4.2 Intensivierte Kooperation mit der Erwachsenenpsychiatrie

Unter den essgestörten Jugendlichen lässt sich eine Subgruppe von besonders schwer beeinträchtigten komorbid erkrankten Patienten abgrenzen, die eine ausgeprägte Tendenz zeigen, die Essattacken und das anschließende Erbrechen zur Regulation von Spannungszuständen einzusetzen, so dass die bulimische oder Binge-Eating-Symptomatik einen ausgesprochenen Suchtcharakter entwickelt. Oftmals neigen diese Patienten zu weiteren selbstverletzenden Verhaltensweisen, z. B. wiederholtes Ritzen oder Schneiden der Haut. Darüberhinaus finden sich beinahe regelhaft zusätzliche psychiatrische Störungen, besonders Depressionen oder Angsterkrankungen. In vielen Fällen sind die Kriterien einer beginnenden Persönlichkeitsstörung, vorwiegend vom Borderline-Typus erfüllt. Die ausgeprägte psychiatrische Komorbidität innerhalb der beschriebenen Subgruppe bedingt den besonderen Schweregrad der Störung und damit die Notwendigkeit einer gut geplanten, gemeinsamen Behandlung bzw. Übergabe, um wiederholte, nicht selten notfallmäßige Krankenhausaufenthalte zu verhindern. Gerade für diese Patienten besteht die Notwendigkeit ei-

ner engen Abstimmung des Behandlungsplans mit der Erwachsenenpsychiatrie. Eine Kooperation mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité, Campus Benjamin Franklin ist vereinbart, dort wird das DBT-Konzept auf der Spezialstation für (erwachsene) Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung seit drei Jahren erfolgreich durchgeführt.

### 4.3 Erweiterung und Differenzierung des ambulanten Therapieangebots

Die ambulante Gruppenpsychotherapie soll ausgebaut werden. Die Patienten erlangen durch diese Maßnahme weitere Unterstützung. Gruppentherapie ermöglicht essgestörten Kindern und Jugendlichen voneinander zu lernen und schafft so neue Formen der therapeutischen Einflussnahme. In den Gruppentherapiesitzungen bekommen die Patienten eine relativ unbedrohliche Gelegenheit, in einer Gruppe zu interagieren. Dies bietet dem Therapeuten die Möglichkeit, interpersonelle Verhaltensweisen zu beobachten und zu bearbeiten, die in der Einzeltherapie nur selten zum Vorschein kommen. Aus ökonomischen Gründen sollte auf die Durchführung von Gruppentherapien nicht verzichtet werden. Weil die Krankenkassen neben einer ambulanten Einzeltherapie keine zusätzliche Gruppentherapie finanzieren, ist der wesentliche Grund dafür, dass letztere zu selten im ambulanten Setting eingesetzt wird. Diese Versorgungslücke soll durch die von der Klinik angebotenen Gruppen modellhaft geschlossen werden.

Eine Weiterführung der nonverbalen Therapieverfahren nach Entlassung der Patienten aus dem stationären Setting war bislang wegen fehlender Kapazitäten nicht möglich. Ambulante Körpertherapie, die aufgrund der für die Erkrankung typischen Körperschemastörung traditionell einen großen Stellenwert in der Behandlung essgestörter Patienten einnimmt, ist jedoch eine sinnvolle Ergänzung im Gesamtbehandlungsplan. Eine kontinuierliche Weiterbearbeitung des negativen Körper- bzw. Selbstbildes und die Stabilisierung der Patienten hinsichtlich einer realistischen Körperwahrnehmung könnte den Erfolg der Gesamttherapie bzw. die Langzeitprognose vermutlich erheblich verbessern und eine erneute stationäre Aufnahme verhindern. Außerdem sollen die im stationären Setting fest verankerte Klangkörpergruppe sowie die „konventionelle“ Musiktherapie in dem ambulanten Leistungsangebot etabliert werden, zu dem ausgewählte Patienten nach entsprechender Indikationsstellung Zugang haben.

Vorgesehen ist ferner der Aufbau eines Berliner Essstörungs-Netzwerkes mit Einrichtung einer speziellen Internetplattform, die als Forum für einen direkten Informationsaustausch zwischen Klinik und ambulanten Psychotherapeuten insbesondere auch zur schnellen Therapieplatzvermittlung dienen soll.

## Literatur

- Bock, A.; Pfeiffer, E.; Boeckel, T.; Lehmkuhl, U. (2002): Perikardergüsse bei Anorexia nervosa. In: Lehmkuhl, U. (Hg.): Seelische Krankheit im Kindes- und Jugendalter – Wege zur Heilung. XXVII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 26–27.

- Bohus, M.; Haaf, B.; Stiglmayr, C.; Pohl, U.; Bohme, R.; Linehan, M. (2000): Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder – a prospective study. *Behavioral Res. Ther.* 38 (9): 875–887.
- Branik, E. (2002): Stationäre Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: „Die Kunst des Unmöglichen?“ *Psychotherapeut* 47: 98–105.
- Bulik, C. M.; Sullivan Fear, J. L.; Joyce, P. R. (1997): Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 96: 101–107.
- Casper, R. C.; Halmi, K. A.; Goldberg, S. C.; Fekert, E.; Davis, J. M. (1979): Disturbance in body image estimation as related to other characteristics and outcome in anorexia nervosa. *Brit. J. Psychiat.* 134: 60–66.
- Eisler, I.; Dare, C.; Russel, G.; Szmugler, G.; le Grange, D.; Dodge, E. (1997): Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Arch. General Psychiatry* 54: 1025–1030.
- Eisler, I.; Dare, C.; Hodes, M.; Russel, G.; Dodge, E.; le Grange, D. (2000): Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *J. Child Psychol. Psychiat.* 41: 727–736.
- Freeman, R. J.; Beach, B.; Davis, R.; Solom, L. (1985): The prediction of relapse in bulimia nervosa. *J. Psychiat. Res.* 19: 249–253.
- Freese, B. et al. (2004): Stationäre Psychotherapie bei Magersucht als Behandlungsepisode im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans. *Psychother. Dialog* 1, 40–51.
- Frölich, J.; Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.; Pfeiffer, E.; Lehmkuhl, U. (2001): Pericardial effusions in anorexia nervosa. *Eur. Child Adolesc. Psych.* 10: 54–57.
- Geist, R.; Heinmaa, M.; Stephens, D.; Davis, R.; Katzman, D. K. (2000): Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Can. J. Psychiatry* 45: 173–178.
- Gowers, S.; Bryant-Waugh, R. (2004): Management of child and adolescent eating disorders: the current base and future directions. *J. Child Psychol. Psychiat.* 45: 63–83.
- Grubel, A. (2003): Ästhetik und Askese. Ein Einblick in Magersucht aus kunsttherapeutischer Perspektive. In: *Materialien zur Kunsttherapie 2*. Graz: Nausner und Nausner-Verlag.
- Hagenah, U.; Vloet, T.: Psychoedukation für Eltern in der Behandlung essgestörter Jugendlicher. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 54: 303–317.
- Hautzinger, M.; Stark, W.; Treiber, R. (1992): Kognitive Verhaltenstherapie der Depression. *Behandlungsanleitungen und Materialien*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Herpertz-Dahlmann, B.; Hagenah, U.; Vloet, T.; Holtkamp, K. (2005): Essstörungen in der Adoleszenz. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 54: 248–267.
- Herzog, T. H.; Hartmann, A.; Falk, C. (1996): Symptomorientierung und psychodynamisches Gesamtkonzept bei der stationären Behandlung der Anorexia nervosa. *Psychother Psychosomat. Med. Psychol.* 46: 11–22.
- Herzog, T. H. (2004): Anorexia nervosa. *Psychotherapie im Dialog* 4: 3–10.
- Jacobi, C. (1994): Pharmakotherapie und Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. *Verhaltenstherapie* 4: 162–171.
- Jacobi, C.; Thiel, A.; Paul, D. (2000): Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. *Praxismaterial*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Kadem, H.; Pfeiffer, E.; Lehmkuhl, U. (2002): Katamnesestudie zum mittelfristigen Verlauf der Anorexia nervosa. In: Lehmkuhl, U. (Hg.): *Seelische Krankheit im Kindes- und Jugendalter – Wege zur Heilung*. XXVII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 78.
- Linehan, M. M. (1996): *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: Cip-Medien.
- Milos, G.; Spindler, A.; Schnyder, U. (2004): Psychiatric comorbidity and eating disorder inventory (EDI) profiles in eating disorder patients. *Can. J. Psychiat* 49 (3): 179–184.
- Müller, B.; Herpertz, S.; Heussen, N.; Neudörfl, A.; Wewetzer, Ch.; Remschmidt, H.; Herpertz-Dahlmann, B. (2000): Persönlichkeitsstörungen und psychiatrische Komorbidität im Verlauf der adolescenten Anorexia nervosa – Ergebnisse einer prospektiven 10-Jahres-Katamnese. *Z. f. Kinder Jugendpsychiat. Psychother.* 28 (2): 81–91.

- O'Brian, K. M.; Vincent, N. K. (2003): Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: Nature, prevalence and causal relationships. *Clin. Psychol. Rev.* 23: 57–74.
- Paul, T. H.; Jacobi, C. (1991): Psychomotorische Therapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. In: Jacobi, C.; Paul, T. H. (Hg): *Bulimia und Anorexia nervosa. Ursachen und Therapie*, Berlin: Springer, S. 103–110.
- Pfeiffer, E.; Lenz, K.; Lehmkuhl, U. (2004): Psychiatric comorbidity in anorectic and bulimic eating disorders. In: Remschmidt, H.; Belfer, U. (Hg.): *Book of abstracts of the 16<sup>th</sup> World Congress of the IACAPAP*. Darmstadt: Steinkopff, S. 120–121.
- Reich, G. (2005): Familienbeziehungen und Familientherapie bei Essstörungen. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 54: 318–336.
- Russell, G. F.; Szmukler, G. I.; Dare, C.; Eisler, I. (1987): An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry* 44: 1047–1056.
- Schweiger, U.; Peters, A.; Sipos, V. (2003): *Essstörungen*. Stuttgart: Thieme.
- Selvini Palazzoli, S. C.; Selvini, M.; Sorrentino, M. (1999): *Anorexie und Bulimie. Neue familien-therapeutische Perspektiven*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Uehara, T.; Schmidt, U.; Troop, N.; Tiller, J.; Todd, G.; Turnbull, S. (2001): Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion: A preliminary study. *Comprehensive Psychiatry* 42: 132–138.

**Korrespondenzadresse:** Dr. med. Ernst Pfeiffer, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, E-Mail: ernst.pfeiffer@charite.de