

Störungen in der KJP

Ess.....störungen

Posttraumatische Belastungsstörung

Störung des **Sozial**verhaltens autismus

Entwicklungsstörungen

Ιντελλιγενζμινδερυνγ (Intelligenzstörung)

Zwangs

Affektive Psychosen

Suizidalität

ANGSTSTÖRUNGEN

Dissoziative Störungen

P rsönlichkeitsstörungen

Missbrauch, körperlich, sexuell

Sexualitäts- und Geschlechtsstörungen

Bindungsstörungen

Organische Psychosyndrome

Selbstverletzendes Verhalten

ADHS

Struktur

Kinder und Jugendpsychiatrie



Bindung und Bindungsstörung



Depression



Anorexie



Kinder und Jugendpsychiatrie



"Psychisch Krank" – Was ist damit gemeint?

Emotionale Probleme

- Ängste
- Sorgen
- Depression
- Somatisierungstendenzen

Hyperaktivitätsprobleme

• Unruhe, Ablenkbarkeit, starker Bewegungsdrang

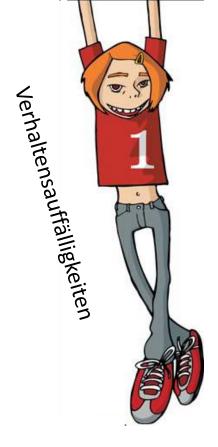
Verhaltensauffälligkeiten

Aggression, Ungehorsam, Lügen, Stehlen

Probleme mit Gleichaltrigen

• Isolation, Kontaktschwierigkeiten

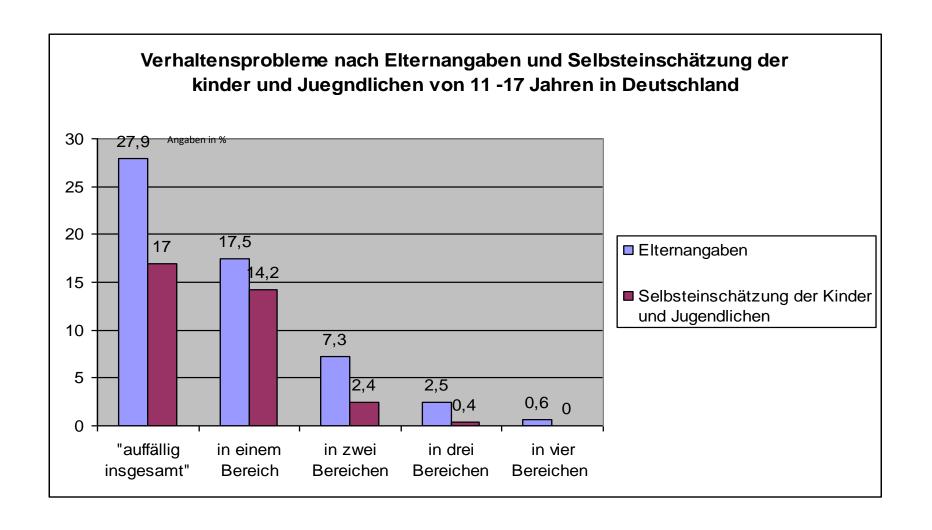
• (Essstörungen)



ICD 10

- <u>F00-F09</u> Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
- F30-F39 Affektive Störungen (Depressionen)
- F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (Ängste, Zwänge)
- F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (Essstörungen)
- F60-F69 Persönlichkeitsstörungen
- F70-F79 Intelligenzstörung
- <u>F80-F89</u> Entwicklungsstörungen (Autismus, motorisch, sprachlich)
- F90-F98 Störung d Sozialverhaltens, ADHS, Enuresis, Enkopresis, Beginn in Kindheit/Jugend
- <u>F99-F99</u> Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

... wie sieht es in Deutschland aus?



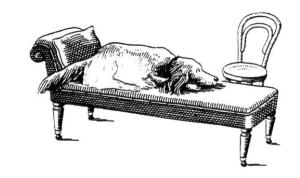
Zugangswege zu Diagnostik und Behandlung

- Erstvorstellung oft beim
 - Kinder oder Hausarzt
 - Erziehungsberatungsstelle
 - Schulpsychologe
 - Jugendamt
 - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
 - Kinder- und Jugendlichenpsychologen
 - Kinder und Jugendlichenpsychiater
 - KJP-Ambulanz einer Klinik



Wer ist was?

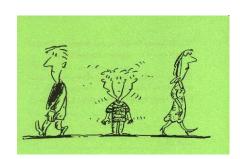
- Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn
 - Grundstudium: Sozialpädagogik, Pädagogik
 - 3jährige Weiterbildung zur KJ-Psychotherapeuten
 - Behandlung mit wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren (Verhaltenstherapie, Analyse, Tiefenpsychologie, z.T. Systemik)
- Kinder- und JugendlichenpsychologIn (Psycholog. Psychotherapeut)
 - Grundstudium Psychologie
 - Approbiert: ebenfalls 3 jährige VT oder Analytische Fortbildung
 - Diagnostik (Leistungs- und Persönlichkeits-) und therapeutische Behandlung
- Kinder- und JugendpsychiaterIn
 - Grundstudium: Medizin
 - 5jährige Facharztweiterbildung mit therapeutischen Zusatzverfahren
 - Psychotherapie und Psychopharmakotherapie



Was passiert bei einer ersten Vorstellung?







• Erstdiagnostik:

- Ausführliche Anamnese
- Leistungsdiagnostik mittels Tests zu Intelligenz, Teilleistungsstörungen
- (Persönlichkeits) diagnostik mittels Fragebogen, Screening, ADHS, Depressionsfragebögen, Ängsten, Zwänge, Emotionale Fertigkeiten,
- Fremd- und Eigeneinschätzung,

• Auswertungsgespräch mit Therapievorschlag:

- Psychotherapie (ambulant, teilstationär, stationär, hometreatment)
- Fachtherapie (Ergotherapie, Motopädie, Reiten, Musiktherapie, Konzentrationstraining, Gruppentherapie, soziales Kompetenztraining...)
- Medikation (insb. bei ADHS, Schizophrenie, Depression)
- Soziale Unterstützung (Schulbegleitung, Jugendamt, Familienhilfe)

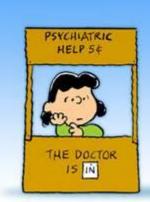
Behandlung



- Ambulant: Regelmäßige (1-3 wöchentliche Gespräche unter Einbezug der Eltern, Schule, Jugendamt)
- Teilstationär = Tagesklinik, 10-12 Wochen, Montag bis Freitag 7:30 bis 17 Uhr, Multiprofessionell, Beschulung in der Klinikschule, hoher Einbezug der Eltern, Jugendamt, Heimatschule
- Stationär, ca. 6-8 Wochen auf einer Kinderoder Jugendstation, multiprofessionelle Behandlung und Beschulung, Wochenenden zu Hause zur Belastungserprobung, Einbezug von Eltern, Jugendamt, Heimatschule
- Hometreatment = stationsersetzende Behandlung, multiprofessionelle Behandlung im häuslichen Umfeld unter Einbezug von Familie, Geschwistern, Schule, Jugendamt

Freiwillig oder geschlossen?

- Freiwillige Behandlung mit eigener Motivation ist IMMER besser.
- Wenn geschlossene Behandlung:
 - Nach §1631b BGB, auf Elternrecht
 - > Eltern sind mit Behandlung einverstanden aber das Kind/Jugendliche nicht.
 - > Indikation besteht auch aus Sicht des Arztes
 - > Antrag beim Familiengericht von Eltern mit ärztlicher Stellungnahme
 - Richter hört Kind und Eltern an
 - Wenn er eine geschlossene Unterbringung genehmigt, dann ist dies immer nur eine Genehmigung keine Verpflichtung.
 - Nach UBG (Unterbringungsgesetz)
 - Weder Eltern noch Kind/Jugendlicher wünschen eine Behandlung diese ist aber ärztliche dringend indiziert
 - Arzt stellt Antrag bei Gericht
 - Bei Genehmigung: Eintrag ins Führungszeugnis



Stationäre Behandlungsformen

Krisenintervention:

- Kurzer notfallmäßiger ungeplanter stationärer Aufenthalt für 1-14 Tage zur Klärung eines akuten Konfliktes.
- In der Regel aufgrund von Suizidalität oder Fremdgefährdung
- Ca. 48-50% der Aufnahmen

Regelbehandlung:

- Patienten mit Eigenmotivation, die über die Ambulanz oder den Kinder- und Jugendpsychiater auf der Warteliste aufgenommen und dann geplant mit ca.
 - 1 Woche Vorlauf einbestellt werden, für
 - Einen Diagnostik Aufenthalt von ca. 4 Wochen
 - Einen Behandlungs-Aufenthalt von ca. 6-8 Wochen
 - Eine Behandlung nach Programm: Störung d. Sozialverhaltens, Cut the Cut, Anorexie

Cut the Cut

Vorgespräch in der Ambulanz+ Screening, Vorgespräch mit Stationstherapeut

1. Behandlungsphase - 6 Wochen

- Wundversorgung
- OPositive Verstärkung von Tagen ohne Selbstverletzung
- OAnalyse aufrechterhaltender Faktoren von dysfunktionalem Verhalten
- OAlternative Techniken zur Spannungsregulation
- OVerbesserung der Selbstfürsorge
- OPsychoedukation für Angehörige im Rahmen einer Elterngruppe

Intervallpause Ca. 4 Wochen - Übung und Umsetzung - wöchentl. Amb. Termine

2. Behandlungsphase – 5 Wochen

○Umgang mit inneren und äußeren Konflikten○Selbständiges Fortführen der Übungen aus der ersten Phase○Funktion der Selbstverletzung im familiären System + Umgang

Intervallpause ca. 6-8 Wochen - Übernahme von Eigenverantwortung Begleitet durch ambulante Anbindung; 14-tägig (therapeutisch, pflegerisch) Beginn der Themen: Umfeldklärung, Perspektivplanung

3. Behandlungsphase – 3 Wochen

Evaluation der FähigkeitenIntegration ins Selbstbild

Störung des Sozialverhaltens



Dauer: 6 Wochen

Wir arbeiten an deinen persönlichen Problemen und evtl. mit deiner Familie. Wir planen mit dir die Zukunft.

rerapie beendet



Du verlässt für 4 Wochen die Klinik Willst du weitermachen? Bewirb dich schriftlich innerhalb von 2 Wochen. Ambulante Anbindung in PIA

Phase 2

Dauer: 4 Wochen

Ziele: Unser Tagesprogramm gibt dir Struktur.

Du lernst dich an **Regeln** zu halten.

Du übst mit unserer Hilfe, Konflikte **gewaltfrei** zu

lösen.

Du lernst deine Stärken kennen und setzt sie ein.

rerapie beendet



Du verlässt für 4 Wochen die Klinik Willst du weitermachen? Bewirb dich schriftlich innerhalb von 2 Wochen. Ambulante Anbindung in der PIA

Dauer: 2 Wochen

Ziele: Wir versuchen uns einen Überblick über deine aktuelle Situation zu machen und überprüfen deine Motivation.

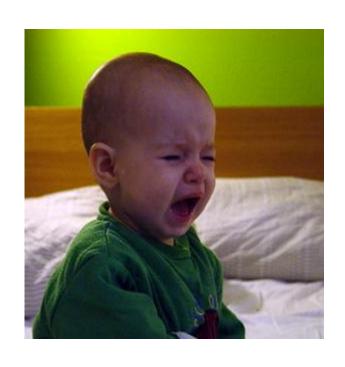
Du lernst unser Behandlungsangebot kennen



Hast du **Probleme mit Regeln**, deinem **Tagesablauf** und gerätst immer wieder in **Konflikte mit Erwachsenen?**Möchtest du daran etwas ändern?

Uncar Programm kännta dir dahai halfai

Bindung und Bindungsstörung





Sooder so

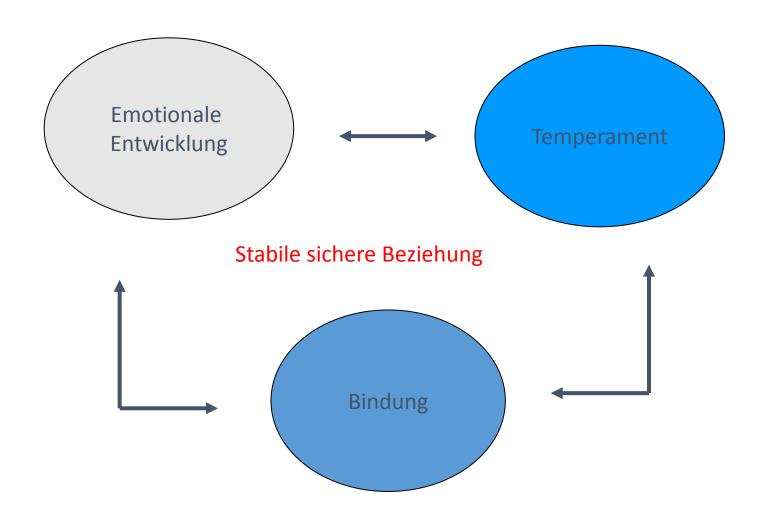
Grundlegendes im Alter 0 bis 2 Jahre



Frühe Kindheit (0-2-4 Jahre)

- Laufen (zw. 9. und 15. Monat)
- Sprachentwicklung
- Physiologische Regulation (Nahrungsregulation, Schlaf-Wach-Rhythmus-Sauberkeitsentwicklung)
- Stabile interpersonale Bindung
- Emotionale Entwicklung/Temperament
- Erkundungsverhalten u. kognitive Funktionen nutzen Grundlagen der Autonomieentwicklung
- Phantasie und Spiel

Wie entsteht eine sichere Bindung?



Emotionale Entwicklung



Geburt

- 2 Erregungszustände:
- Satt, zufrieden, schlafend
- Hungrig, nasse Windel, unwohl

2-3 Monate

Soziales Lächeln

3-4 Monate

reagiert auf Reize

6-8 Monate:

erste Bindung besteht, Fremdeln beginnt, Primäremotionen (Freude, Furcht, Ärger, Traurigkeit, Interesse, Überraschung, Ekel)

6-12 Monate:

kann Gesichter deuten in unsicheren Situationen sucht das Kind die Mutter auf

12-24 Monaten:

komplexe Emotionen die einen ICH-Bezug haben werden deutbar (Stolz, Scham, Schuld, Verlegenheit Neid) CAVE: Kultur

Temperament

Definition: Stabile individuelle Unterschiede hinsichtlich

- Qualität und Intensität emotionaler Reaktionen,
- des Aktivierungsniveaus,
- der Aufmerksamkeit und
- der emotionalen Selbstregulation

Aussage 1: Das Temperament zeigt eine langfristige Stabilität über alle Altersperioden hinaus.

Rothbarth, Ahadi&Evans 2000, Caspi und Silva 1995

Aussage 2: Das Temperament zeigt eine niedrige bis mittlere Stabilität über die Altersperioden

Putnam, Samson&Rothbarth 2000

Heutiges Fazit:

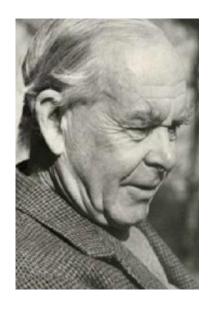
- genetische Grundlage besteht für die individuelle Persönlichkeit
- Umwelt beeinflusst die Ausprägung und auch Stabilität des Temperaments (Erfahrungen/Umgang der Eltern mit dem Kind)
- **Modell der guten Passung:** Zu einer guten Passung gehört das Einrichten einer sozial-emotionalen Umgebung, die sowohl das Temperament des Kindes in Betracht zieht, als auch zu einem zunehmend adaptiveren Funktionieren ermutigt.

Temperament

The Control of the Co

- Temperament kann
 - Entweder die Wahrscheinlichkeit psychischer Probleme vergrößern,
 - Oder auch alternativ dazu dem Kind Schutz bieten vor Auswirkungen eines stressreichen Familienlebens
- Kinder werden in drei Temperamentstypen unterteilt:
 - Das einfache, "pflegeleichte" Kind (40%) entwickelt rasch regelmäßige Routinen und ist zumeist fröhlich. Anpassung an neue Situationen fällt leicht.
 - Das "schwierige Kind" (10%) läßt Unregelmäßigkeiten in seiner täglichen Routine erkennen, akzeptiert neue Erfahrungen nur langsam und neigt dazu negativ mit übermäßiger Intensität zu reagieren. (Aggression, Angst!)
 - Das Kind, das nur langsam aktiv wird (15%) zeigt wenig Aktivität, läßt undeutliche, wenig intensive Reaktionen auf Umweltstimuli erkennen, seine emotionale Disposition ist eher negativ und die Anpassung an neue Situationen langsam.
 - 35% der Kinder lassen sich nicht eindeutig zuordnen.
- ABER Erziehungsstil der Eltern kann den Umgang der Kinder mit Emotionen deutlich modifizieren.

Bindung:



Bowlby, 1907-1990

- John Bowlby = Britischer Kinderpsychiater
- Bindungsforscher

Ausgangspunkt war die Beobachtung:

Menschen- & Primaten-Kinder regieren auf Trennungen von ihren Müttern ähnlich & vorhersehbar:

- Schreien,
- aktive Suche nach Mutter &
- Weigerung sich von anderen Personen beruhigen zu lassen (Protest),
- passives und traurig wirkendes Verhalten (Verzweiflung)
- aktive Vermeidung der Mutter bei ihrer Wiederkehr ("detachment").

Komplex von Bindungs-Gefühlen & Verhaltensweisen

= Bindungs-System (attachment system).

Bindung in 4 Phasen









Vorbindungsphase: (Geburt-6 Wo)

Der Säugling erkennt die Mutter an Stimme und Geruch, aber ist noch nicht gebunden. Angeborene Signale (Weinen, Lächeln, Blickkontakt) verhelfen dem Säugling zur Nähe zu Menschen

Phase des Bindungsbeginns: (6 Wo bis 6-8 Mo)

Auf eine bekannte Bezugsperson wird anders reagiert als auf Fremde Säugling protestiert nicht wenn Mutter den Raum verlässt beginnt ein Gefühl von Vertrauen zu entwickeln

Gut erkennbare Bindung (8-18 Mo)

Das Baby wird unruhig wenn vertraute Erwachsene, den Raum verlassen. Die vertraute Bezugsperson wird "als sichere Basis" genutzt, um von dort aus zu explorieren Differenzierungs- und Integrationsphase in der sich eine reziproke Beziehung entwickelt:

(18 Mo bis 2 und mehr Jahren)

Beginnende Verbalisation von Wünschen und Entwicklung von Verständnis für Kommen und Gehen.

Zentrale Merkmale von Bindung

Grund-Characteristikum von Bindung

- Nähesuche (einschl.Trennungsprotest)
- "Sichere Basis, /"Sicherer Hafen,

Spezifität

- Auf wenige Personen gerichtet
- Hierarchie von Bindungsbeziehungen
- Engste Bindung meist bei engstem Kontakt

Lange Dauer, z. T. lebenslang

- Wird in ersten 9 Monaten erworben, in der Zeit sehr intensiv
- ab ca. 3 Jahren nimmt die Intensität des Ausdrucks der Bindung langsam ab, bleibt aber lebenslang bedeutsam!



Emotionale Entwicklung

- 6 Phasen in denen emotionale Reaktionen gelernt werden
 - Altersstufe 0-2

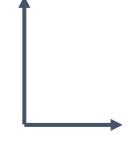
Temperament

- Genetische Typen
- Aber beeinflussbar
 - •In Altersphasen relativ stabil

Stabile sichere Beziehung

Bindung

- Erleben von sicherer Basis
- •In den ersten 9 Mo am wichtigsten/ intensivsten
- •Auf wenige Personen gerichtet



Fremde Situation Test



Mary Ainsworth et al.

- Führte 1978 ein Laborexperiment durch zur Bestimmung von Bindungsformen:
 - Fragestellung: Wie reagieren 1jährige Kinder auf eine kurze Trennung von Mutter (Vater)?
 - Diagnostik per: Videoaufnahme
 - Verhaltensanalyse: Wie reagiert das Kind auf die Rückkehr der Bezugsperson?

Bindungssicherheit (1)

A Sichere Bindung (58% der Kinder in Deutschland):

- Kinder nutzen Bezugsperson als sichere Basis zum Explorieren
- Wenn sie von ihr getrennt sind, kann es sein dass sie weinen
- Wenn sie wieder da ist, suchen sie Trost und Körperkontakt, wenden sich dann aber schnell wieder dem Spiel zu

B Unsicher vermeidende Bindung

(35% der Kinder in Deutschland)

- Reagieren auf die Bezugsperson nicht während des Spiels
- Wenn diese den Raum verlässt bemerken sie es kaum
- Reagieren auf fremde Personen ähnlich freundlich
- Kommt die Bezugsperson wieder begrüßen sie diese zögerlich oder reagieren mit Ablehnung, fordern keinen Trost ein.

Bindungssicherheit (2)

C Unsicher-ambivalente Bindung

(8% in Kinder in Deutschland)

- Kinder suchen kontinuierlich die Nähe der Bezugsperson, können so nicht die Umgebung explorieren
- Geht die Bezugsperson, zeigen die Kinder größten Stress, weinen heftig
- Kommt die Bezugsperson wieder suchen die Kinder einerseits Körperkontakt, zeigen andererseits sich wütend ablehnend, aggressiv, treten und strampeln, schlagen und stoßen
- Brauchen auch nach einem in den Arm nehmen längere Zeit um sich zu beruhigen

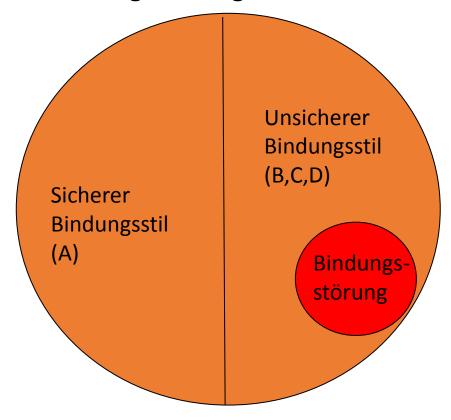
D Unsicher desorganisierte-Bindung

(5% der Kinder in Deutschland)

- Kommt die Bezugsperson wieder zeigt das Kind konfuse sich widersprechende Verhaltensweisen, (wendet sich auf dem Arm ab, schreien plötzlich wieder, obwohl sie sich schon beruhigt hatten)
- Bewegungsläufe können mitten im Ablauf erstarren

Achtung:

(unsicherer) Bindungsstil ≠ Bindungsstörung



Aber:

Höhere Gefahr der Entwicklung von psychischen Störungen bei unsicheren Bindungen, da dort oft auch:

- Schlechtere peer-Beziehungen
- Moodiness
- Depressive Symptome
- Aggressive Symptome

Definition von Bindungsstörungen I

- **Beginn:** in den ersten 5 Lebensjahren
- Ursachen:
 - Vermutlich schwerwiegende Milieuschäden & Deprivation
 - Keine primär organischen Ursachen

Ausschlussdiagnose:

- Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (Autismus)
- Für Reaktive Bindungsstörung: Psychosoziale/körperliche Probleme infolge von sexueller oder körperlicher Misshandlung im Kindesalter (?!)

Komorbidität:

- Umschriebene (kombinierte) Entwicklungsstörungen: häufig
- Wachstums- & Gedeihstörungen: manchmal

• Epidemiologie:

- Bislang keine repräsentativen Daten über die Häufigkeit (Inzidenz, Prävalenz) von Bindungsstörungen.
- Unter ehemaligen rumänischen Heimkindern mit langer Deprivationsdauer vor einer Adoption in englische Familien lag die Häufigkeit schwerer Bindungsstörungen im Alter von 6 Jahren bei 30%.

Bindungsstörung II

Weit unterdiagnostiziert – wohl ca. 25% der Kinderstation

Das Hauptkennzeichen von Kindern mit einer Bindungsstörung ist

- Eine eingeschränkte Fähigkeit emotional
- und sozial angemessen zu reagieren

Weitere Symptome: fast immer:

- Antisoziales Verhalten während der gesamten Kindheit (einschl. des Vorschulalters):
 - Einschüchterndes, impulsives, gewalttätiges, aggressives Verhalten
 - Geringe Fähigkeit aus sozialen Erfahrungen zu lernen
- Unkritisches Bindungsverhalten
 - Das Kind/Jugendliche verhält sich gegenüber neu in sein Leben eintretenden Menschen freundlich, charmant und "vertraulich"
 - Kontaktpersonen sind zufällig
 - Kontakte eher kurz und oberflächlich oder überschießend "klebrig"
 - Unfähigkeit eine wechselseitige/liebevolle/verpflichtende Beziehung einzugehen

Bindungsstörung III

ALLE bindungsgestörten Kinder zeigen eine geringe Fähigkeit zur sensorischen Differenzierung

• Symptome:

- Das Kind focussiert jedes bewegliche Objekt aber nicht das relevante
- Es kann den Gesichtsausdruck anderer Personen nicht lesen
- Es reagiert nicht auf allgemeingehaltene Instruktionen
- Aufmerksamkeit erfährt nicht der bedeutendeste sondern der lauteste Laut
- Es merkt sich nicht, was man sagen
- Es vermeidet körperlichen Kontakt mit Ihnen oder "klebt an Ihnen wie Leim"
- Es zieht sich nicht entsprechend der Außentemperatur an, kann heiß nicht von kalt unterscheiden
- Es empfindet keinen Schmerz, wenn es hinfällt oder sich stößt
- Es ist wenig differenziert im Geschmack und Essverhalten
- Es liebt eher starke Gerüche (Enkopresis!)
- Es nimmt oft Körpersignale die Gefühle begleiten nicht wahr
- Es besteht oft eine Gleichgewichtsunsicherheit, es kann z.B. nicht stehen bleiben, wenn die Augen geschlossen sind
- All diese Wesenszüge sind v.a. bei vernachlässigten Kindern zu finden, nicht bei denen die excessive Reizung erfahren haben (z.B. gewalttätiges Elternhaus).



Fabian, 12 Jahre alt – auf den ersten Blick

- Mutter Alkoholkrank, Vater unbekannt
- Fabian wurde mit 4 Jahren aus der Familie geholt, verwahrlost, Wachstum auf der 3er Perzentile
- die Sauberkeitsentwicklung war noch nicht abgeschlossen, Einnässen bis zum 8.LJ
- Zudem leichte Sprachstörung mit eingeschränktem Wortschatz, schnell aufgeholt
- freundliches Kind, das schnell fremde Menschen akzeptierte, dann aber wieder gegenüber anderen Kindern impulsiv gewalttätig sein konnte
- Zunächst 6 Monate in einer Bereitschaftspflege, danach vom 4,5 LJ bis zum 8 LJ in einer Pflegefamilie –
 dort deutliche Fortschritte
- Mit 7 Jahren Einschulung in eine Regelgrundschule
- Im 8.LJ Jahren Wechsel der Familie aus familiären Gründen in der Pflegefamilie
- Jetzt 5. Klasse Hauptschule, Leistungen okay, aber Verhalten schwierig
- Symptome die zur Vorstellung geführt haben: Weglaufen, Stehlen, aggressive Impulsdurchbrüche, pädagogisch auf der Beziehungsebene nicht erreichbar

Fabian, 12 Jahre – genauer geschaut



- Immer ablenkbar
- Nahm nie wirklichen Blickkontakt auf
- Ging freundlich in den Kontakt setzte aber nichts der erarbeiteten Konfliktlösungsstrategien um
- Lief am Wochenende 20km von einem Ort zum anderen nach einem Konflikt
- Hatte kein Empfinden für Temperatur (hatte immer auch im Winter, nur ein T-Shirt und eine Shorts an)
- Verstand nicht, warum er nicht die Schusswaffe des Nachbaren "ausleihen" sollte und damit Schussübungen machen durfte
- Es gab kein Verständnis von "mein und dein"
- Beleidigungen gegenüber Freunden der Pflegefamilie waren für ihn "nichts Schlimmes"
- Ein wirklich netten Kerl

Zwei Formen werden unterschieden

Reaktive Bindungsstörung (F94.1)

- Besonders bei jüngeren Kindern
- Störungen der sozialen Funktionen:
 - Abnormes Beziehungsmuster (Wechsel Ablehnung und Nähesuche)
 - Eingeschränkte Interaktion mit Gleichaltrigen,
 - Beeinträchtigung des sozialen Spielens,
 - Gegen sich selbst und andere gerichtete Aggressionen
- Emotionale Auffälligkeiten:
 - Furchtsamkeit, Übervorsichtigkeit, Unglücklichsein, Apathie,
 - Mangel an emotionaler Ansprechbarkeit,
 - "frozen watchfulness" ("eingefrorene Wachsamkeit")

Bindungsstörung mit Enthemmung (F94.2)

- Entwickelt sich oft aus der gehemmten Form im Alter von 5 Jahren
- Störungen der sozialen Funktionen:
 - Abnormes Beziehungsmuster
 - Inadäquate Reaktionen auf Beziehungsangebote
 - Nicht-selektives Bindungsverhalten mit wahlloser Freundlichkeit und Distanzlosigkeit,
 - Eingeschränkte Interaktion mit Gleichaltrigen,
 - Beeinträchtigung des sozialen Spielens,
 - Gegen sich selbst und andere gerichtete Aggressionen
- Emotionale Auffälligkeiten stehen nicht im Vordergrund, aber kommen vor.

Was tun? - (Denk)Fehler

• Versuch zu den Emotionen des Kindes durchzudringen ist zumeist erfolglos und frustran.

"Die Therapie mit Bindungsgestörten Kindern besteht nur in den seltendsten Fällen darin, den Frosch zu küssen und zuzuschauen, wie er sich in einen Prinz verwandelt"



- Beziehungsarbeit (egal ob psychotherapeutisch oder pädagogisch) im klassischen Sinne, die auf einer Beziehung zwischen Kind und Erwachsenen beruht funktioniert nicht
- Dankbarkeit oder Eingehen auf Beziehungsangebote ist nicht zu erwarten
- Man selbst sei eine denkende und fühlende Person in den Augen des beziehungsgestörten Kindes

Dividieren Sie das Lebensalter durch vier!



- Dann überlegen Sie sich, welches elterliche Verhalten für ein Kind diesen Alters angemessen wäre:
 - Würden Sie diesem Kind eine Moralpredigt halten, wenn etwas schief gegangen wäre?
 - Wie lange würden Sie ein Kind diesen Alters alleine lassen und erwarten, dass es sich an das erinnert, was Sie ihm gesagt haben?
 - Wie lange würde es sich auf ein Gespräch oder auf Hausaufgaben konzentrieren können?
 - Wie gut würde es zwischen Wahrheit und Phantasie unterscheiden können?
 - Würden Sie das Kind mit Zündhölzern oder Feuerzeug allein lassen, wenn es eifersüchtig ist?
 - Würden Sie es mit einem jüngeren Kind alleine lassen, wenn es eifersüchtig ist?

Bindung & Störung – veränderbar??

LangzeitPT: bei 30-40% erhöhte Bindungssicherheit

Es gibt erste spezielle Bindungstherapien in den USA - oder ist jede gute Therapie auch Bindungstherapie?! (Stand 2006)

Eckpunkte im Vorgehen:

- 1. Das Kind/Jugendlichen dort abholen wo er stehen geblieben ist
- 2. Bezugsperson als sichere Basis für das Kind den Jugendlichen. (Es darf sich aber auch entfernen)
- 3. Langsames Verlängern und Erweitern der Anforderung. Dadurch gelingt es dem Kind die Aufmerksamkeitsspanne zu erweitern, Erfolgserlebnisse zu haben.
- 4. Kontinuierliche Überprüfung der eigenen Beziehung (und der emotionalen Mitreaktion)
- 5. Fokus auf Zusammenhängen zwischen gegenwärtigen & früheren Beziehungserfahrungen & Überprüfung alter Muster.
- 6. Keine Entwertung der früheren Bezugspersonen!! Sie sind dennoch die Primärbindung!
- 7. Unterstützung des Kindes/Jugendlichen bei der Verarbeitung seiner Gefühle.
- 8. Die Tragödie des Bindungsgestörte Kindes ist dass es gereifter erscheint als es ist. D.h. die Anforderungen des täglichen Soziallebens sind möglicherweise untragbar. Ein soziales Training ist hilfreich im Alltag aber nutzlos für Nachreifung. Das Kind ahmt nach aber hat nicht verstanden. Niveau wechseln! bis es passt

Fazit

"Die Beziehung zu diesen Kindern/Jugendlichen ist vergleichbar mit einem Raben an meinem Fenster, dessen Flügel gebrochen ist"



(frei nach Bob Dylan)

Sie zu heilen braucht Zeit und unendlich viel Geduld!

Depression im Kindes und Jugendalter



Historisch I

- im ausgehenden Mittelalter gab es erste Beschreibungen von melancholischen und traurigen Kindern
- Im 19. Jahrhunderts → emotionale Störungen bei jungen Menschen, v.a. Manie aber auch Depression
- Ab den 20er Jahren des 20. Jahrhunderts spezielle Beschäftigung mit psychischen Folgen von Trennung und Verlust
 - 1946 beschrieb Spitz die Reaktion von 6-12Mo alten Kindern auf Trennung von der Mutter → entsprach der depressiven Reaktion von Erwachsenen: Traurigkeit, Zurückgezogenheit, reduzierte Gefühle und Kommunikation
 - Im Rahmen der Thesen zur Bindungsentwicklung → früher Verlust eines Elternteils galt als prädisponierender Faktor für eine Depression im Erwachsenenalter, sowie Melancholie im Kindesalter
- Es wurde aber bis zu den 70er Jahren vertreten: präpubertale Kinder können keine klinisch relevante Depression ausbilden.
 - Die Depression gesehen als Konflikt mit dem Über-Ich kann noch nicht auftreten (Mahler '61, Rie '66, Rochlin '59)
 - Depressive Symptome im Kinder und Jugendalter sind "normal" (Lefkowitz und Burton '78)
 - Es gibt zwar depressive Verstimmungen, aber diese äußern sich *nur* in Form von körperlichen Beschwerden, Schulangst, Lernschwierigkeiten, Verhaltensproblemen (Glaser ´67, Nissen ´75, Toolan ´62)

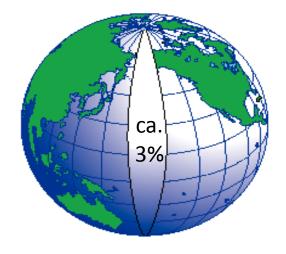
Historisch II

- In den 80er Jahren... galt:
 - Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen äußern sich nahezu in identischer Form wie bei Erwachsenen

(Carlson&Kashani, '88; Kovaces '96; Puig Antich, Blau, Marx, Greenhill&Chambers, '78)

- Entwicklungsbedingte Einflüsse auf die Depression wurden eher als gering erachtet (Ryan et al '87)
- Heute: Depression bei Kindern und Jugendlichen ist ein
 - ernstzunehmendes Gesundheitsproblem
 - Entwicklungsspezifische Aspekte werden angenommen und diskutiert
 - Ist mit schweren Entwicklungsrisiken und Beeinträchtigungen verbunden
 - V.a. im Jugendalter recht hoch verbreitet
 - Prävention und frühe Behandlung ist wichtig

ca. 5%



Häufigkeit depressiver Erkrankungen – Erwachsene

Erwachsene:

- Punktprävalenz 5-10%
- Lebenszeitprävalenz 16,4%
- Frauen doppelt so häufig betroffen wie Männer
- Erkrankung betrifft alle Altersgruppen

Ca. jede 4.Frau und jeder 8.Mann erkranken im Laufe des Lebens an einer Depression

Depression bei Kindern und Jugendlichen:

- Depressionsrate bei Vorschulkindern: unter 1% geschätzt
- >Im Grundschulalter: weniger als 2% der Kinder betroffen
- ➤ ab 11 Jahre: Punktprävalenz 2,4 3,6%
- ➤ Lebenszeitprävalenz für Jugendliche: 9,4 18,5%
- >Keine Geschlechtsunterschiede bei Kindern, ab

Dubortöt ws m

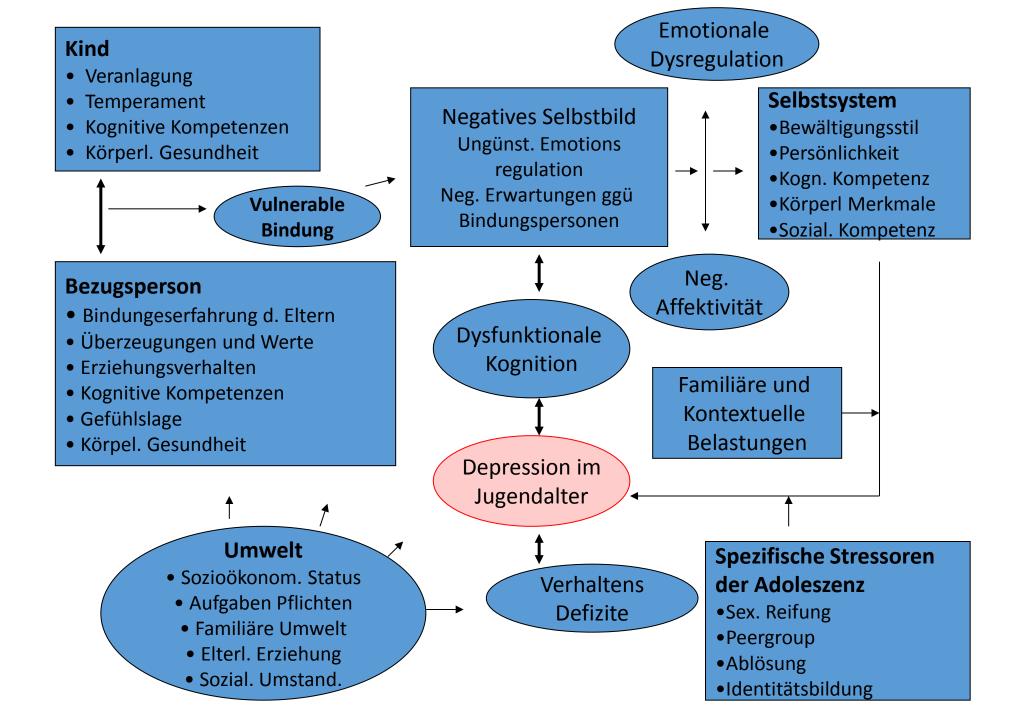
Dennoch oft nicht erkannt – Warum?

- Verhaltensauffälligkeiten oftmals im Vordergrund (z.B. gereiztes und aufsässiges Verhalten)
 Folge: Eltern, Lehrer und Ärzte übersehen die Depression
- Angst der Betroffenen und Familien vor psychiatrischer Diagnose
- > Einzelfälle unterscheiden sich oft stark im Erscheinungsbild
- Abgrenzung von "normaler" adoleszenter Entwicklung manchmal schwierig. WICHTIG: Vorübergehende depressive Symptome sind in der Pubertät häufig und haben keinen Krankheitswert
- > "Reiß Dich doch zusammen" Depression braucht keine Behandlung

Anforderungen der Adoleszenz



Abb. 1.1: Das Rad des Erkundens und des Sich-Ausrichtens im Spannungsfeld von Wollen, Sollen und Werden



Ursache der Depression – Neurobiologie

- Serotonerge Hypofunktion ?
- Noradrenalin Mangel?
- Dysfunktion des dopaminergen meso-cortico-limbischen Systems, v.a.
 Wirkung auf psychomot. System (Hemmung)
- Überaktivität und veränderte Reaktionsbereitschaft der Hypophysen-Hypothalamus-Nebennierenrinden-Achse → Kortisol hoch

Zeit Kriterium

> die Veränderungen sind **nicht nur eine** nachvollziehbare vorübergehende Reaktion auf eine äußere Belastung (z.B. Verlustsituation), sondern zeigen eine überdauernde Stabilität über mehrere Wochen und Monate (Mindestdauer: 2 Wochen),

ohne dass es zu einer Restabilisierung kommt.





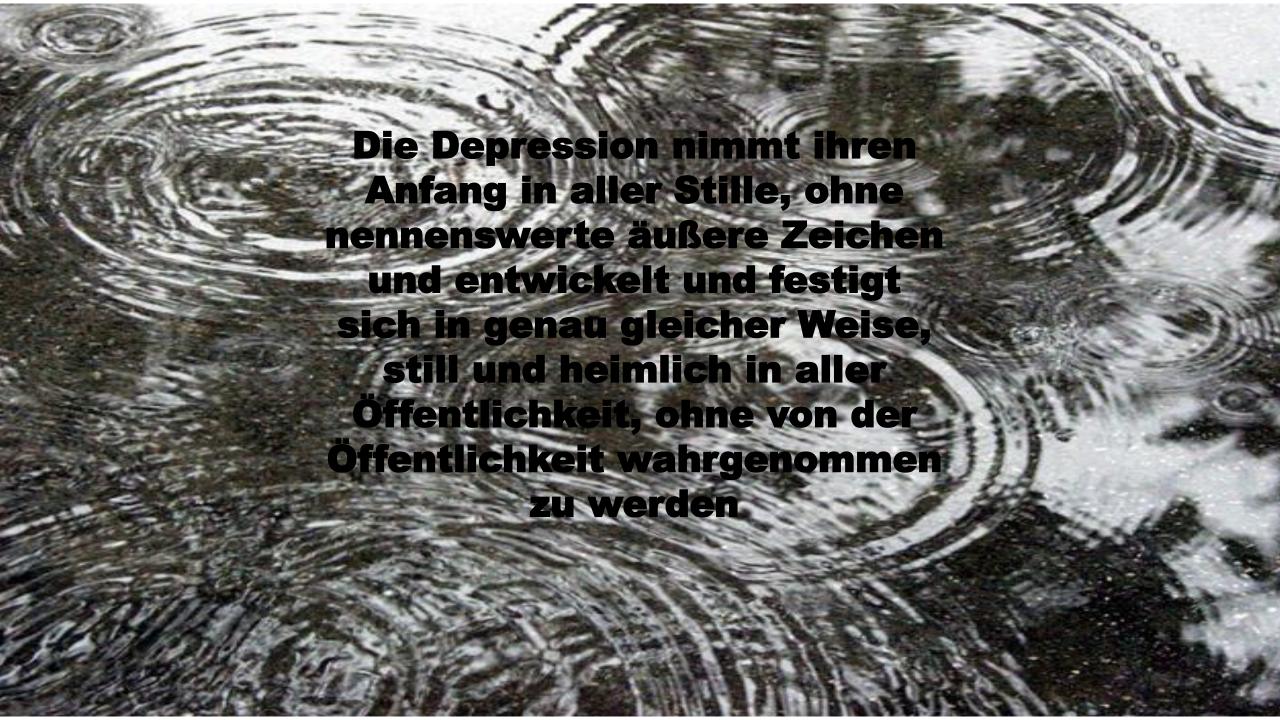




Peanuts 1960 United Feature Syndicate, Inc

Klassifikation

DSM-IV	ICD-10
296.2x Major Depression	F32.x Depressive Episode
296.3x Major Depression, rezidivierend	F33.x Rezidivierende depr. Störung
300.4 Dysthyme Störung	F34 Anhaltende affektive Störung .0 Zyklothymia .1 Dysthymia .8 Sonstige anhaltende affektive Störungen .9 Nicht näher bezeichnete anhaltende affektive Störung
311 Nicht näher bezeichnete depressive Störung	F38 Sonstige affektive Störungen
	F39 Nicht näher bezeichn. aff. Störung
309.0 Anpassungsstörung mit Depressiver Verstimmung 309.28 Anpassungsstörung mit gem. Angst & depr. Verstimmung	F43.2 Reaktionen of schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
	F41.2 Angst und depressive Störung
	F92.0 Stör.sozial.Verh. mit Depression
	F93.8 Sonstige emot. Störung



Kernsymptome

Depressive Verstimmung Anhedonie Antriebsmangel

Weitere Symptome

Emotional

(z.B geringes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle)



Kognitiv/motivational

(z.B. Konzentrationsmangel, Entscheidungsprobleme)





Verhaltensbezogen

(z.B. unruhiges oder verlangsamtes Verhalten)



Körperich/neurovegetativ

(z.B. Veränderungen des Appetits oder des Schlafs)

Komorbide Diagnosen

Das Risiko weiterer psychiatrischer Störungen ist um das 100fache erhöht

(Angold und Costello '93)

40-70% weisen mindestens eine weitere Diagnose auf 20-50% haben mindestens zwei weitere Störungen (Birmaher, '96)

Folge:

- Stärkere psychosoziale Beeinträchtigungen
- Höhere Inanspruchnahme von Hilfseinrichtungen
- Schlechteres Ansprechen auf therapeut. Maßnahmen
- Höhere Suizidgefahr
- Schwerere Symptomatik, schlechtere Verlaufsprognose, längere Dauer depressiver Episoden, höheres Rückfallrisiko für weitere Störungen

Störungsverlauf

- Alter bei Beginn einer Depression:
- 14.9 (Lewinsohn '94), bzw 12.9 Jahre (Bremer Jugendstudie)
- Zeitspanne bis zur Genesung einer Depression:
 - Nach 9-12 Monaten: 49%
 - Nach 2 Jahren 86%
 - Nach 3 Jahren 93%
- Einer Dysthymie
 - Nach 2 Jahren: 7%
 - Nach 3 Jahren: 34%
 - Nach 4 Jahren 51%
 - Nach 8 Jahren 88% (Kovacs '97)

CAVE

Depression im Jugendalter

=

Gefahr im Erwachsenenalter ↑

- einer Depression
- einer Angststörung
 - Substanzkonsum
- Externalisierende Verhaltensstör.
 - Persönlichkeitsstörungen
 - Ess-/somatoforme Störungen

Therapie



Therapie

- ➤ Unsicherheit bezüglich der Evidenzbasierung darf nicht zu einem Therapeutischen Nihilismus führen
- ➤ Meist sind Behandlungen langwierig und zäh.
- Leichte und mittelschwere Depressionen:
 - ➤ Psychotherapeutisch (v.a VT und IPT)
 - ➤ Unklar ist dabei ob Wirkung der Methode oder Wirkung durch stützende Funktion der Beziehung
- Schwere Depression
 - > Zusätzlich Pharmakotherapie



Therapie – Kognitive VT

- Es geht darum:
 - 1. Erkennen der Emotionen (Emotionstagebuch)
 - 2. Selbstbeobachtung der Gedanken und direkten Zusammenhänge zwischen Ereignissen, Stimmung und Gedanken hierzu (Gedankendetektiv)
 - Selbstverstärkung erwünschten Verhaltens und Aktivitätsaufbau (Verstärkende Aktivitäten werden vom Therapeuten gesammelt und angeboten)
 - 4. Kommunikation, interpersonale Fertigkeiten
 - 5. "Soziales Problemlösen" = Einüben von **Problemlösefertigkeiten**
 - 6. Kognitive Umstrukturierung
 - Beobachtung und Protokollieren von automatischen Gedanken
 - Prüfen von Argumenten die die Gedanken bestätigen oder widerlegen
 - Unterscheidung von Ursachen und Konsequenzen und deren Auswirkung auf die Stimmung

Mögliche Pharmakotherapie

Trizyklische Antidepressiva

aber Es gibt keine empirisch nachgewiesene Wirksamkeit von trizyklischen Antidepressive im Kindes- und Jugendalter, so dass diese in dieser Altersgruppe NICHT eingesetzt werden sollten.

- SSRI Selektive Serotonin Wiederaufnahmehemmer
- Johanniskraut
 - Bei leichteren depressiven Episoden
 - Nicht bei Kindern unter 12 Jahren



SSRI = Selective Serotonin Reuptake Inhibiter

Einzig nachweislich wirksame Substanz bei Kindern unter 12 Jahren: **Fluoxetin,** auch im Jugendalter Mittel der ersten Wahl.

Auch Untersucht wurden:

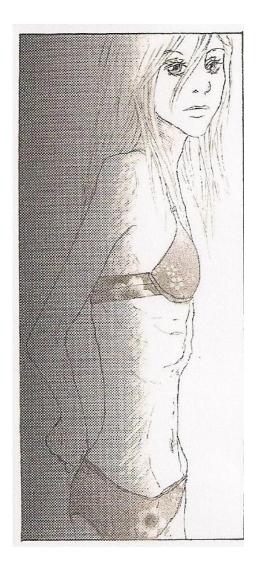
- Citalopram (Wagner et al, 2004)
- Sertalin (Wagner et al, 2003)
- Paroxetin (Berard er al 2006, Emslie et al 2006; Keller et al; 2001)
- Escitalopram (Wagner et al; 2006)
- Mitrazepin (Reviewed in Cheung et al, 2005)
- Nefazodone (Reviewed in Cheung et al 2005)
- Venlafaxin (Emslie et al, 2007

... ohne wirklich durchschlagenden Erfolg





Essstörung...



Warum hört es nicht auf?

Warum hört es nicht auf, ich kann nicht mehr, die Jahre vergehen und es ist nichts geschehen.

In der Klinik gewesen,
alle Bücher gelesen,
alle Therapeuten gefragt,
jeden Tag einen Neuanfang
gewagt,
nach Regeln gelebt
und Diäten probiert,

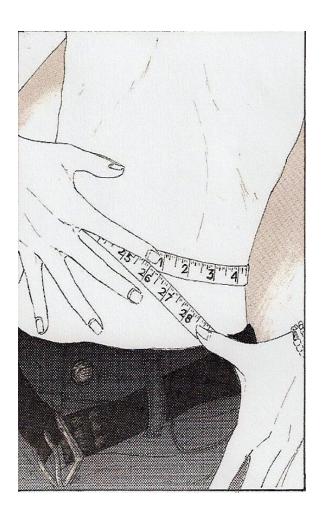
alles umsonst, die Seele hat's nicht kapiert.

Aus dem Buch von Karen Reppenhagen "Ich will doch noch so viel vom Leben – Gefangen in der Sucht" (BS-Verlag –Rostock, 2005)

Anorexie

 Die Anorexie gilt als eine primär psychogene Störung, sie beginnt im Kopf. In Gang gesetzt wird sie durch den bewussten Wunsch abzunehmen, nicht durch Appetitlosigkeit und/oder Hunger

(Selvini Palazoli 1978)



Diagnosekriterien

ICD 10 (F50.0)

- 1. Körpergewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts oder BMI < 17,5
- 2. Selbst herbeigeführter Gewichtsverlust durch Vermeidung von hochkalorischen Speisen und eine der folgenden Möglichkeiten:
- > Selbstinduiziertes Erbrechen
- > Selbstinduziertes Abführen
- > Excessive Bewegung
- Diuretika oder Appetitzügler
- 3. Körperschema-Störung mit Angst Dick zu werden
- 4. Endokrine Störung (bei Frauen mit Amenorrhoe, bei Männern mit Potenzverlust)
- 5. Bei Beginn der Erkrankung vor Pubertät: Verzögerter Pubertätsbeginn

Body Mass Index

O Der BMI berechnet die

Körpermasse (Fett, Muskeln,

Knochen und Organe).

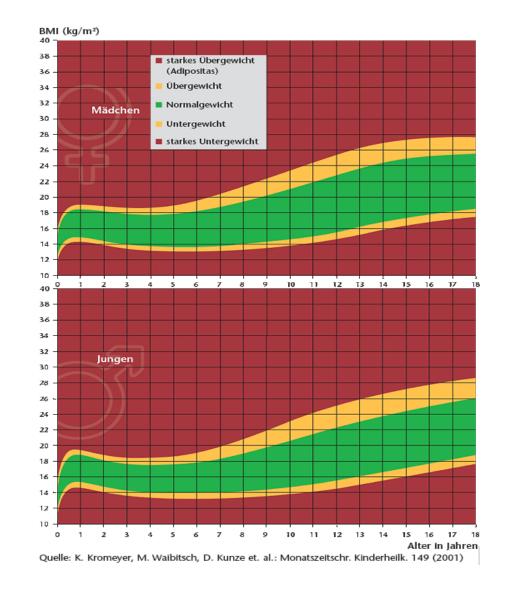
Da dieses aber proportioniert

zueinander steigt, kann man den

BMI als Anhaltspunkt nutzen.

o BMI-Normwerte

Erwachsene: 18.5 bis 24.5 für Kinder und Jugendliche je nach Alter unterschiedlich: Referenzwerte basieren auf einer Stichprobe von > 34.000 deutschen Kindern und Jugendlichen.



Diagnostik

Erstvorstellung

- oft beim Kinderarzt, Allgemeinarzt,
- nur manchmal beim Kinder- und Jugendlichenpsychiater, Kinder- und Jugendichenpsychotherapeuten

Meist wegen anderer Symptome wie

- Müdigkeit
- Schwindel
- Magenbeschwerden
- Durchfall

Anorexie – Folgen des Hungerzustands = sichtbare Symptome

Studie Ende der 40er Jahre in den USA bei der Probanden mehrere Wochen dem Hungern ausgesetzt wurden:

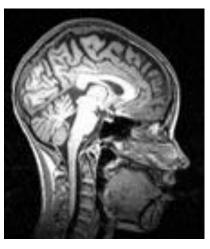
- Sie beschäftigten sich viel mit Kochbüchern
- entwickelten Essrituale
- wurden körperlich unruhig
- waren gereizt
- zeigten sich apathisch
- zogen sich letztendlich zurück

Anorexie – Körperliche Folgen des Hungerzustands



- Herz Kreislauf System:
 - Langsamer Puls (Bradykardie)
 - Niedriger Blutdruck (Hypotonie)
 - Herzrhythmusstörungen
 - Durchblutungsstörungen mit kalten Händen und Füßen (Akrozyanose)
- Haut:
 - Haarausfall
 - Lanugobehaarung (Flaumhaar)
 - Trockene schuppige Haut
- Zahnschäden

Anorexie – Körperl. Folgen des Hungerzustands II





Endokrinologisch-metabolische Symptome

- Elektrolytstörungen/Mineral und Vitaminmangelzustände
- Hypothermie
- Hormonstörungen (T3 erniedrigt, Noradrenalin und Adrenalinspiegel erniedrigt, STH und Kortisol erhöht)
- Menstruationsstörungen bis zur Amenorrhoe (Männer Libido-/Potenzverlust)
- Verzögerte Pubertätsentwicklung
- Knochenstoffwechselstörungen (Osteoporose)
- Nierenfunktionsstörungen bis hin zur Niereninsuffizienz

Reproduktionssystem

Infertilität

Neurologisch

- Periphere Neuropathie
- Hirnatrophie der weissen und grauen Substanz

Gastrointestinale Symptome

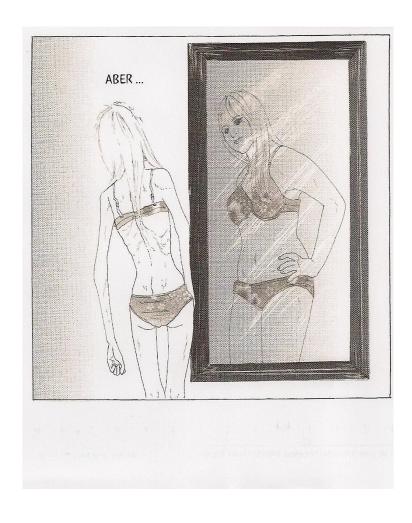
Magengeschwüre, Sodbrennen, Völlegefühl, Leberfunktionsstörung

Aber!



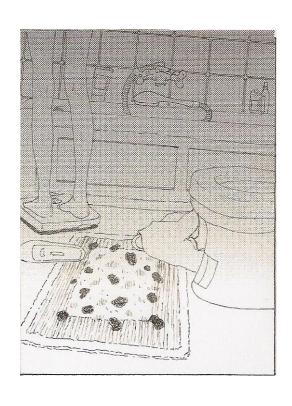
- Anorektisch anmutende Ernährungszustände und Verhaltensweisen müssen nicht immer psychisch bedingt sein.
- Es wäre ein Kunstfehler
 - organisch bedingte Hungerzustände nicht ausschließen
 - Körperliche Folgezustände nicht mitzubehandeln
- Differentialdiagnosen:
 - Tumoren des ZNS
 - Maligne Erkrankungen des MDT
 - Malabsorbtionssyndrome (z.B. Sprue)
 - Maldigestionssymptome (chron. Pankreatitis)
 - Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn
 - Tbc
 - Endokrine Erkrankungen (...

Anamnesegespräch



- Wenn k\u00f6rperlich alles ausgeschlossen ist, Einsch\u00e4tzung der Schwere der Anorexie in der Anamnse/Motivation:
 - Frage danach ob sich die Patientin als dick, gerade richtig oder zu dünn erleben.
 - Frage nach erwünschter Gewichtszunahme, und wenn ja, wie viel.
 - ⇒ Die subjektive Bewertung dieser Punkte ist ein entscheidender Indikator für das Ausmaß der Erkrankung.

Krank sein... geheimer Gewinn



"Solange ich gesund gewesen bin hat sich niemand um mich gekümmert. Das war mir ja im Allgemeinen ganz Recht. Ich will nicht zu klagen anfangen, ich will nur den Unterschied hervorheben: Sobald ich krank wurde begannen die Krankheitsbesuche, fanden fast ununterbrochen statt und haben bis heute nicht aufgehört."

Kafka: das fünfte Oktavheft

... glücklich?

Ich: Ich habe zugenommen alle finden das gut. Wie soll ich damit umgehen?

A: Du sollst abnehmen nicht zunehmen. Ist doch egal was die anderen sagen

Ich: Wie soll ich das denn machen?

A: Wenn Du wirklich stark genug bist, dann wirst Du einen Weg finden. Schummel Essen weg! Beweg dich!

Ich: Was wird passieren wenn ich trotzdem zunehme?

A: Dann mache ich dich fertig.

Ich: Wie?

A: Ich mach dich runter, bis dein weniges Selbstbewusstsein am Boden liegt. Ich habe die Macht!

Ich. Okay, wann wärst Du denn zufrieden?

A: Wenn Du endlich unter 30kg kommst. Dann sehen wir weiter.

Ich: Was ist, wenn ich dann nicht mehr lebe?

A: Das ist dann egal...Hauptsache Du erfüllst meinen Wunsch.

Thema: » (Un)geliebt«

- Oftmals besteht Überfürsorge der Eltern, die aber eher der eigenen Selbstbestätigung oder des Schuldgefühls dient. Konflikte dürfen nicht authentisch ausgetragen werden
- Essgestörte Jugendliche sind oft hart und lieblos gegenüber sich selbst aber sehr liebevoll versorgend gegenüber Familienmitgliedern
- Anorexie Patientinnen sind nicht Rebellinen die sich gegen das Familiensystem offen auflehnen. Letztendlich sprengen sie mit Hilfe der Anorexie Regeln und Grenzen – in Bezug auf das Essverhalten, dem einig "erlaubten" Ort.

Thema: » Ablösung «

- Eltern die Mühe haben ihre Kinder gehen zu lassen, können einen natürlichen Ablösungsprozess unbewusst unterlaufen indem sie den Kindern nonverbal vermitteln, dass sie zu Hause gebraucht werden
- Kinder die Angst vor neuen Entwicklungsschritten haben reagieren darauf
- Die Anorexie ist dann ein "scheinbarer" Lösungsversuch, da sie eine Art Kompromiss darstellt

ABER

 "Durch die Essstörung distanziert sich die Magersüchtige zwar vordergründig von den Eltern, unterläuft aber ihre eigene Entwicklung und bleibt in einer kindlichen Art und Weise gebunden."

Thema: » Selbstwertproblematik«

- Sie empfinden sich als minderwertig und möchten anders sein
- Anders = attraktiver, erfolgreicher, interessanter, unterhaltsamer, stärker
- Vergleichen sich fast zwanghaft mit anderen, und ziehen aus eigener Sicht dabei immer den Kürzeren (selbst gegenüber anderen magersüchtigen PatientInnen)

Thema: »Rivalität mit Gleichaltrigen«

Oft gibt es Fehlannahmen wie:

- "fett sein" = Sich gehen lassen, Keine Kontrolle haben, Undiszipliniert sein
- "dünn sein" = Sich im Griff haben, Gemocht werden

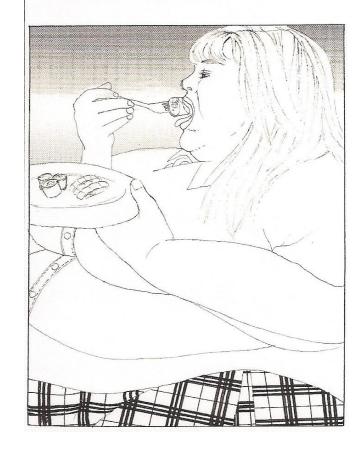
Deswegen: Wenn ich noch dünner bin dann:

- bekomme ich viel Anerkennung
- mögen mich die anderen Jugendlichen
- Bin ich nicht mehr so schüchtern
- gelingt mir alles viel besser
- bin ich schön und beneidenswert
- sind alle mit mir zufrieden
- erfülle ich die Erwartungen an mich
- habe ich alles unter Kontrolle

SIEH DIR ZUM BEISPIEL EINMAL MEINE

KLASSENKAMERADEN AN:

SIE FRESSEN UND FRESSEN ...



Thema: »Leistungsgedanken «

- Leistungsorientiert
- Perfektionistisch
- Möchten als etwas Besonders wahrgenommen werden, fallen durch ihr Erscheinungsbild wirklich auf, aber "verschwinden auch fast" dadurch
- Dilemma zwischen "Nicht-Auffallen wollen" und "Besonders-sein-Wollen"

Thema: »Familienstruktur«

Ursache oder Folge?

- Annahme dass typische Familienstrukturen sicher zu Essstörungen führen ist bis heute nicht belegt.
- Konfliktreiche Familiäre Strukturen scheinen aber nach dem jetzigen Kenntnisstand mit der Schwere und dem chronischen Verlauf der Magersucht in Verbindung zu stehen
- Schwer zu unterscheiden ist ob ein familiäres Kommunikationsmuster das Risiko für die Essstörung darstellt, oder aber die Essstörung und die Sorge ums Kind zu pathologischen Kommunikationsmustern geführt hat

⇒Eltern sind in ihrer Gefühlslage immer mitbetroffen und müssen mit einbezogen werden!

Strukturplan

Kritische Phase	Schonphase	Aktivierungsphase	
BMI ≤ 14	BMI > 14-15,5 BMI > 15,5-17,5		
Wöchentl. Zunahme von 500-1000g	Wöchentl. Zunahme von 500-1000g Korridor	Wöchentl. Zunahme von 500-1000g, Korridor	
Betreutes Essen nach Plan/wenn Verweigerung Fresubin	Essen in der Gruppe	Zunehmende Autonomie	
Sichtweite nach den Mahlzeiten	Keine Sichtweite	Keine Sichtweite	
Tägliches begleitetes Wiegen direkt nach dem Aufstehen in Unterwäsche	Wiegen 3x/Woche	Wiegen 1x/Woche	
Begleiteter Ausgang	Zeitl. begrenzter Ausgang mit Jugendl. und alleine	Freier Ausgang	
Keine sportlichen Aktivitäten	Begrenzte sportliche Aktivität	Freie sportliche Aktivität	
Besuche der Familie 1x/Wo, 1x/Woche Telefonate	Tagesurlaub, 2x/Woche Telefonate	Wochenendbelastungserprobung, Telefonate frei	
Einzel- und Familientherapie, Ergotherapie, Motopädie	Zusätzlich: Körperarbeit weibl. Jugendliche und Musiktherapie	Zusätzlich Reittherapie und EP	

Essplan

Frühstück	Zwei Tassen Cornflakes/Müsli mit Milch (350kcal)	Wenn es Dir nicht gelingt zu Essen: Fresubin energy	
Zwima 1	Sahnejoghurt (200kcal)	Wenn es Dir nicht gelingt zu Essen: Fresubin energy	
Mittagessen	½ Portion Mittagessen (500 kcal)	Wenn es Dir nicht gelingt zu Essen: Fresubin energy	
Zwima 2	Eis (200 kcal)	Wenn es Dir nicht gelingt zu Essen: Fresubin energy	
Abendbrot	2 Scheiben Vollkornbrot mit einem Käseteller (350kcal)	Wenn es Dir nicht gelingt zu Essen: Fresubin energy	
Zwima 3	Hochkalorische Zwima aus der Küche (200kcal)	Wenn es Dir nicht gelingt zu Essen: Fresubin energy	

^{*} Dabei wird der Essplan gerechnet auf 50kcal / aktuelles Körpergewicht

Identifikation des zugrunde liegenden eigenen und familiären Wertesystems

- Erkennen automatischer Kognitionen, welche mit Grundüberzeugungen im Zusammenhang stehen, z.B.
 - Nicht liebenswert zu sein, wenn man Erwartungen nicht entspricht
 - > Ich muss immer Zeit für meine Freunde haben
 - ► Ich muss immer mein Bestes geben
 - > Dünne Menschen sind beliebter als dicke Menschen
- · deren Denkfehler, z.B.
 - > Beliebtheitsdenken: aus Furcht vor Ablehnung werden stets alle Erwartungen erfüllt und eigene Bedürfnisse zurück gestellt
 - > Punktesammeln: Selbstwert wird von Erfolg abhängig gemacht
 - > Verrenkungsdenken: Eine Situation wird willkürlich und ohne Logik bewertet: z.B. "Sie starren alle weil ich so fett bin…"
 - > Versicherungsdenken: es wird von vorneherein etwas Negatives angenommen, um nicht enttäuscht zu sein
 - > Katastrophendenken: ein Ereignis wird maßlos überbewertet: Ich werde das Abitur nie bestehen
 - > ...
- Modifikation der automatischen Gedanken, z.B.
 - Durch Suchen nach dem Denkfehler
 - durch Perspektivenwechsel (was würde meine Freundin sagen?)
 - Einstufung von Wahrscheinlichkeiten
 - ..

Denkste...

Automatischer Gedanke	Welche Falle ist das?	Folge	Welches Ziel möchtest Du erreichen?	Möglicher alternativer Gedanke
Ich habe in der Klassenarbeit bestimmt total versagt	Katastrophen-denken	Schlechte Laune restriktives Essverhalten	Nicht stundenlang über die Arbeit nachdenken	"Ich kann jetzt eh nichts mehr ändern" Ich muss nicht immer Einsen schreiben würde Kathi sagen.
•••				

Ich-Kompetenzen

- Wahrnehmen von Gefühlen und Ressourcen
 - Was kann die Anorexie, was kann ich?
 - Welche Ressourcen habe ich?
 - Welche Gefühle?
 - Welche sind vielleicht auch verloren gegangen?

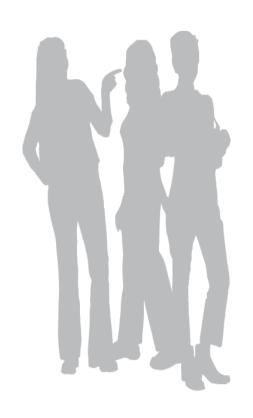






ICH KANN NICHT MEHR

Soziale Fähigkeiten ausbauen



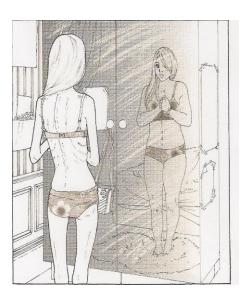
- Techniken zur Verbesserung der sozialen Kompetenzen
 - Wahrnehmung von verbalen und Nonverbalen Signalen
 - Wie sage ich...
- Aufbau selbstsicheren Verhaltens
 - Missverständnisse Klären
 - Problemlösungsstrategien

Veränderung des Körperbildes

Wahrnehmung

- Imaginationsübungen
 - Körperreise
 - Gedanken sammeln
- Abtasten und Zeichnen des Körpers
- Übungen zur Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Modellierübungen aus Ton
- Spiegel- und Videokonfrontationsübung







Gedanken

Familie...

Ambulantes Setting:

- Jüngere Anorexiepatientinnen profitieren stärker vom Familientherapie-Setting
- Ältere Anorexie-Patientinnen (Krankheitsbeginn > 19 Jahre) profitieren mehr vom Einzel-Setting

Dare 2001, Eiseler 1997

Stationär:

- Einbezug der Familie ist aber unabdingbar wichtig:
 - Ressourcen und Konflikte der Familie einbeziehen
 - Psychoedukation
 - Ambivalenzen ansprechen
 - ...
- Familienorientierte Verfahren beinhalten dabei Elemente aus der Familientherapie (Skulpturarbeit/Genogrammarbeit), sind aber nicht einer Familientherapie gleichzusetzen

Letztendlich ...

- Ist ein Klinikaufenthalt nur ein Baustein, ein Beginn einer Behandlung
- Kritisch ist der Übergang in den ambulanten Bereich:
 - Essen fällt im alten Umfeld oft schwerer
 - Alltagsanforderungen von Schule/Eltern/Freunden sind höher
 - Es bestehen Anforderungen an sich selbst und die eigenen Gefühle
 - Soziale/eigene "Räume" müssen neu gefüllt werden:
 - Wer bin ich eigentlich ohne die Essstörung?
 - Womit beschäftige ich mich wenn Gedanken ans Essen und die Waage wegfallen
 - Woran soll ich mich orientieren?
 - Was gibt mir Sinn und für was bin ich eigentlich gut?
- Durchschnittlich dauert eine Anorexie Behandlung 6 Jahre bis zur Heilung
 - Heilung erfolgt in 50% der Fälle,
 - Besserung in 30%,
 - 20% verlaufen chronisch
- Rückfälle sind im ersten Jahr nach einer stationären Behandlung am häufigsten, danach nur noch zu 8%

Fazit I:

Anorektisch zu sein ist keine Wahl



"Immerfort wollte ich, dass ihr mein Hungern bewundert", sagte der Hungerkünstler.

"Wir bewundern es auch", sagte der Aufseher entgegenkommend.

"Ihr sollt es aber nicht bewundern", sagte der Hungerkünstler.

"Nun, dann bewundern wir es also nicht", sagte der Aufseher, "warum sollen wir es denn nicht bewundern?"

"Weil ich hungern muß, ich kann nicht anders", sagte der Hungerkünstler.

Kafka

Fazit II:



- Eine erfolgreiche Therapie braucht
 - Viel Geduld und Zeit
 - Beziehung
 - Akzeptanz der Patienten so wie sie sind
 - Vorgabe von klaren Rahmenbedingungen und die Möglichkeit diese einzufordern
 - Die Mühe zu Verstehen worum es "eigentlich" geht
 - möglichst wenig Gespräche über das Essen



Sonst bleibt die Essstörung bestehen, denn:



Das wunderbare am Essen ist, dass es einen nicht verlässt, sich nicht streitet, es keinen eigenen Kopf hat.

Das Schwierige an Menschen ist, dass sie all dies tun.

