

A Einführung

1 Rahmenbedingungen in der sozial-psychiatrischen Praxis

Dagmar Hoehne

1.1 Theoretische Einführung

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

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

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

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

weiteren Behandlungsschritte, könnte sogar therapeutische Ressourcen einsparen helfen.

Wir haben uns für eine geschlossene Gruppe entschieden, die als Intervall einer Gesamtbehandlung durchgeführt werden kann. Grundsätzlich ist auch eine offene Gruppe denkbar (Michler et al. 2007), im ambulanten Bereich einer sozialpsychiatrischen Kassenpraxis aber eher schwierig umsetzbar. Sowohl davor als auch danach, im Bedarfsfall auch während der Gruppentherapie findet eine einzeltherapeutische Behandlung statt. Auch die Kontrolle der Gewichtssituation sowie der Erbrechenhäufigkeit ist durchgehend gewährleistet.

Das 2-Therapeuten-Prinzip wurde bewusst gewählt, da dadurch ein individualisierteres Vorgehen ermöglicht wird. In den einzelnen Therapiemodulen wird deutlich, wobei dieses Vorgehen hilfreich ist. Ferner kann jederzeit eine gegenseitige Intervention erfolgen und können kritische Situationen wie auch die Bildung von Koalitionen und Außenseiterphänomene verhindert werden. Die Gruppengröße sollte sechs Patientinnen nicht unterschreiten, um gerade für den Bereich des Modelllernens und der Rollenspiele ausreichend Interaktionsmöglichkeiten zu haben.

1.2 Ambulantes Therapiekonzept in der sozialpsychiatrischen Praxis

1.2.1 Einleitung

Die Gruppentherapie von Essstörungen in der sozialpsychiatrischen Praxis (SPV) ist eingebettet in ein Gesamtkonzept der Behandlung von jugendlichen Essstörungen unter den gegebenen ökonomischen Voraussetzungen einer Kassenpraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP). Sie ist Teil eines Gesamtbehandlungsplanes (Abb. 1), welcher an die jeweilige Ausgangslage (Schweregrad, Compliance und Motivationslage, elterliche Besorgnis, Alter der Patientin) mit der Patientin und ihrer Familie angepasst wird. Dabei orientiert sich dieser an den Leitlinien der Fachgesellschaft und weist einen multimodalen Therapieansatz auf. Neben Ernährungsberatung und Psychoedukation, auch mit der Zielsetzung einer Stabilisierung des Gewichtes und Reduktion der Erbrechenhäufigkeit, findet im Rahmen des multiprofessionellen Ansatzes in der SPV-Praxis Einzelpsychotherapie sowie Elternarbeit in unterschiedlicher Ausprägung statt. Dies wird durch ein gruppentherapeutisches Angebot vervollständigt, welches aus unserer Erfahrung heraus die Fortschritte der anderen Maßnahmen festigt und einen wesentlichen Anteil an der Verbesserung der sozialen Kompetenzen und der Stabilisierung des Selbstwertes und der realistischen Selbsteinschätzung hat. Die verschiedenen Bausteine der Therapie werden in ihrer Rollenverteilung bezüglich der verschiedenen Akteure und mit definierten Verantwortlichkeiten innerhalb und außerhalb der Pra-

xis festgelegt, so dass diese eine jeweils klare Zuschreibung haben und damit etwaigen Spaltungstendenzen oder auch Tendenzen der Problemvermeidung und zu Delegationsketten entgegengewirkt wird. Dies hat sich aus unserer Sicht bewährt, um den Familien und der Betroffenen von Anfang an die Bedeutung der verschiedenen Bausteine zur Gesundung zu verdeutlichen, den Behandlungsrahmen abzustecken und auch die Begrenzungen einer ambulanten Versorgung eindeutig zu klären. In diese Verantwortlichkeit wird die zuständige stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie von Anfang an mit einbezogen in Form einer Stationsführung, da sehr häufig auch eine stationäre Phase notwendig werden kann, insbesondere bei anorektischen Patientinnen. Auch der Haus- und/oder Kinderarzt ist Teil des Konzeptes, an ihn wird der somatische Teil delegiert. Durch dieses Netz an Verantwortlichkeit und Kompetenz fällt es Eltern deutlich leichter, partiell loszulassen und damit den Prozess der Autonomisierung zu akzeptieren. Auch im Falle einer Verschlechterung kann rasch gehandelt werden und alle Beteiligten kennen ihre Verantwortlichkeit.

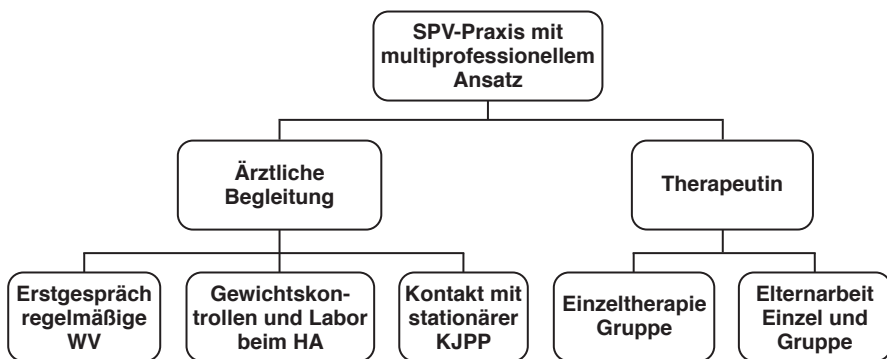


Abb. 1: Struktur des Therapeutischen Gesamtkonzeptes zur Behandlung von Essstörungen in der sozialpsychiatrischen KJPP-Praxis

1.2.2 Ärztliche Begleitung

Erstgespräch

Meist erfolgt die Anfrage zur Therapie durch die Eltern, teilweise auch durch die Jugendlichen selbst (eher bei Bulimie), den Haus- und/oder Kinderarzt oder die psychologische Beratungsstelle. Teilweise werden die Patientinnen auch von der zuständigen Kinderklinik überwiesen.

Dabei beschreiben die folgenden Kriterien für das Sekretariat, welches die telefonische Anfrage entgegennimmt eine »Notfallsituation« – mit der Konsequenz eines raschen Termins (innerhalb einer Woche):

- niedriges Gewicht (ca. BMI 14)
- rasche Gewichtsabnahme
- häufiges Erbrechen

- Anruf der Jugendlichen selbst (Annahme einer hohen Motivation unter viel Druck)

Der Ersttermin erfolgt durch den KJPP. Die Jugendliche erscheint meist mit den Eltern oder einem Elternteil, eher selten alleine, dies allerdings fast ausschließlich bei Patientinnen mit bulimischem Verhalten. Für dieses Gespräch muss genügend Zeit zur Verfügung stehen, alle Anwesenden sollten mit ihren Ängsten und Befürchtungen sowie mit ihrem Widerstand ausreichend wahrgenommen und wertgeschätzt werden. Dies gestaltet sich teilweise sehr schwierig, da einerseits insbesondere anorektische Patientinnen die Sorge der Eltern für völlig übertrieben halten und einer Therapie sehr negativ gegenüberstehen, andererseits die Eltern in höchster Sorge um das Wohl ihrer Tochter sind und sich ein Machtwort der Fachleute wünschen. Die Vorstellungen zur Störungsgeschichte der einzelnen Familienmitglieder und die im Ersttermin erlebte familiäre Kommunikationsstruktur machen sehr rasch die dahinterstehende Interaktionsdynamik deutlich, wobei zunächst das Verstehen der Motive aller Beteiligten und die Akzeptanz der Sorge ganz im Vordergrund steht. Folgende Aufgaben sind Teil des Ersttermins:

- Erhebung der allgemeinen und der speziellen Krankheitsgeschichte
- aktuelle psychische und körperliche Situation einschließlich Abschätzung möglicher Differentialdiagnosen
- Gefahreneinschätzung
- Motivationsarbeit und Aufbau eines Störungsbewusstseins
- Festlegung der ambulanten therapeutischen Rahmenbedingungen
- Vereinbarung eines Ersttermins mit dem zuständigen Therapeuten im Team

Die Erhebung der Krankengeschichte, der aktuellen psychischen und körperlichen Situation, der Differentialdiagnosen sowie die Gefahreneinschätzung erfolgt auf der Basis der Leitlinien für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (DGKJP 2007). Dabei sollte weder bagatellisiert noch aggraviert werden, es geht um einen Realitätscheck anhand der Faktenlage in Korrelation zu wissenschaftlichen Erkenntnissen, und damit in dieser Erstsituation um eine möglichst realitätsnahe Einschätzung der aktuellen Befunde, insbesondere auch bezüglich einer vorliegenden vitalen Gefährdung. Dies hilft den Beteiligten in dieser sehr sorgenvollen Situation ihre bereits vorhandenen Schuldgefühle nicht noch zusätzlich zu verstärken und damit handlungsunfähig zu werden, sondern durch Benennung und kognitive Bearbeitung die hoch emotional geladene Situation zu entschärfen. Dabei zeigt sich der Balanceakt der Wahrung größtmöglicher Neutralität im Rahmen der familiären Schuldzuschreibungen und Konflikte als besonders schwierig – aber auch als besonders wichtig! Bei Solidarisierung mit einer der beiden – oder gar mehr – Parteien ist eine konstruktive Therapiegrundlage mit dem Gesamtsystem nicht erreichbar und führt erfahrungsgemäß zu raschen Therapieabbrüchen oder zur Ablehnung eines Behandlungsbündnisses, womit eine wichtige Chance vertan wäre. Praktisch erfolgt das Erstgespräch in drei Abschnitten:

1. Gemeinsamer Beginn und Einschätzung der aktuellen Situation

2. Alleiniges Gespräch mit der Jugendlichen selbst zur Klärung ihrer Therapiemotivation und erstes Verstehen der störungsspezifischen Dynamik aus ihrer Sicht, sowie aushandeln der Eckpunkte der ambulanten Möglichkeiten
3. Gemeinsame Reflexion der gewonnenen Erkenntnisse und Festlegung der weiteren Schritte

An dieser Stelle werden Verantwortlichkeiten für die verschiedenen Bausteine festgelegt, sowie insbesondere die untere Gewichtsgrenze für die unabdingbare stationäre Einweisung gemeinsam bestimmt. Auch ist die Einholung einer gegenseitigen Schweigepflichtsentbindung mit der zuständigen Klinik notwendig.

Das Erstgespräch:

- Akzeptanz der Sorge der Eltern
- Unterstützung des Autonomiestrebens der Patientin
- Entwicklung eines gemeinsamen Störungsmodells durch Edukation
- Festlegung eines unteren Einweisungsgewichts bei Anorexie
- Festlegung der Zeitspanne zur Reduktion der Erbrechenhäufigkeit bei Bulimie
- Häufigkeit des Wiegens beim Hausarzt (je gefährdeter, desto häufiger)
- Festlegung notwendiger körperlicher Untersuchungen
- Differentialdiagnostische Überlegungen
- Festlegung der zuständigen Klinik zur Akutaufnahme mit dortiger einmaliger Vorstellung auf der Station
- Vereinbarung der Therapiebedingungen

Bereits in diesem Erstgespräch geht es um die Entwicklung und Gewährung von Autonomie im Sinne einer therapeutischen Haltung, die sich sowohl in der Interaktion mit der Betroffenen selbst, als auch im Umgang mit den Eltern ausdrückt. Bei der Patientin geht es um Verantwortungsübernahme für den eigenen Körper und das Leben insgesamt, bei den Eltern um Loslassen und Aushalten, d. h. die Befähigung zu einer »optimistischen Distanzierung«. Dieser Prozess ist auf die Belastbarkeit der Patientin sowie der Eltern abzustimmen, wobei das Alter der Patientin an dieser Stelle eine wichtige Rolle spielt: Je jünger die Patientin ist, desto mehr Einbezug der Eltern und Stärkung einer klareren Haltung derselben ist angebracht. Je älter die Patientin ist, desto autonomer sollten die weiteren Schritte festgelegt werden. Dabei muss sorgfältig darauf geachtet werden, dass niemand diesbezüglich überfordert wird und ein Arbeitsbündnis entsteht, dem alle Beteiligten zustimmen können.

Fallbeispiel: Anita, 11 Jahre (restriktive Essstörung)

Anita lebte mit ihrer alleinerziehenden Mutter seit frühester Kindheit in einer Art »symbiotischer« Zweisamkeit, die für beide im Alltag bisher viele Vorteile bot. Die schon länger bestehende Essensrestriktion im Sinne eines sehr selektiven Essverhaltens hatte sich im Alter von elf Jahren zu einer deutlichen Essstörung mit Körper-

schemastörung entwickelt, die der äußerst besorgten Mutter große Probleme bereitet und dazu führte, dass sie ihre Kontrollen verstärkte und jeglichem Ansatz von auch nur minimalen Autonomiebestrebungen angstvoll begegnete. Der Kinderarzt überwies Anita, nachdem die 3. Gewichtsperzentile unterschritten war. Anitas Motivation war sehr gering, die Erwartungen der Mutter sehr einseitig: Sie wünschte, dass Anita (wieder bzw. endlich) normal essen solle – ansonsten solle sich möglichst wenig verändern. Zunächst war nur die Vereinbarung des Wiegens beim Kinderarzt möglich, die Zurückhaltung bei den Mahlzeiten bezüglich Essensvorgaben und Kommentaren anfangs nicht verhandelbar – und wurde auch von der Tochter als Ausdruck ihres Sicherheitsbedürfnisses weiterhin klar eingefordert. Es wurde unter heftigen Protesten Anitas gemeinsam ein unteres Einweisungsgewicht festgelegt, die Mutter fühlte sich hierdurch jedoch gut unterstützt und war in der Lage, mit dem Widerstand Anitas positiv umzugehen.

Es empfiehlt sich beim Gewicht anfangs je nach Situation einen Spielraum von 1–2 kg »anzubieten«, wohl wissend und dies auch ansprechend, dass Manipulationen beim Wiegen mit einkalkuliert werden. Wir haben sehr gute Erfahrungen damit, das Wiegen an den zuständigen Haus- und/oder Kinderarzt zu delegieren, dort herrscht größtmögliche Neutralität und der Akt des Wiegens in entkleidetem Zustand ist nicht unmittelbar mit der therapeutischen Situation verbunden. Die Übermittlung des jeweils aktuellen Gewichtes sollte dabei gewährleistet sein. Sollte die Gewichtssituation bereits sehr kritisch sein, werden die Grenzen enger gezogen oder in Einzelfällen eine ambulante Behandlung an dieser Stelle abgelehnt und sofort eine stationäre Einweisung veranlasst. Durch dieses Setting kann die Patientin selbst die stationäre Einweisung durch ihr Gewichtsverhalten beschleunigen oder verhindern. Dies ist bereits ein Schritt in Richtung Autonomie. Die Eltern müssen auf diese Situation sorgfältig »eingeschworen« werden, da die Widerstände gegen eine stationäre Aufnahme bei der Patientin groß sind und verhindert werden muss, dass die getroffenen Vereinbarungen im Ernstfall unterlaufen werden. Dazu dient ein einmaliger Vorstellungstermin bei der aufnehmenden Kinder- und Jugendpsychiatrie auf der dortigen Station, um zum einen die Ernsthaftigkeit der Abmachungen zu verdeutlichen und andererseits auch unbegründete Ängste vor einer stationären psychiatrischen Behandlung sowohl bei der Patientin als auch den Eltern zu relativieren. Bei der Bulimie wird analog verfahren, hier gilt je nach Situation insbesondere die Erbrechenhäufigkeit oder zusätzlich auch die Gewichtssituation als Einweisungskriterium.

Die Einbindung des Haus- und Kinderarztes in diesen Prozess ist unabdingbar. Ihm kommt die Rolle des nüchternen Beobachters zu, indem er zuständig ist für alle körperlichen Parameter wie vereinbartes Wiegen (wöchentlich oder 2 x pro Woche) mit Übermittlung des aktuellen Befundes an die fallführende Praxis, notwendige körperliche und Laboruntersuchungen, Ausschluss anderer Erkrankungen einschließlich Anfertigung eines MRT bei Ersterkrankung mit Anorexie. Dazu bedarf es einer raschen und schriftlichen Übermittlung des psychiatrischen Erstbefundes mit vereinbarten Zielen. Außerdem ist der regelhafte Austausch über den Therapiestand einzuhalten, so dass das »Arztsystem« auch zu einem Vorbild für das Elternsystem wird. So sollte der Haus- und/oder

Kinderarzt genau über die Therapieplanung und die damit verbundenen Ziele informiert werden.

Durch diese flexible, unter den verschiedenen Systemen abgestimmte Vorgehensweise werden Spaltungstendenzen weitestgehend verhindert, sowohl den Eltern als auch der Patientin Sicherheit gegeben und eine Kontinuität der Behandlung sichergestellt. Dieses Vorgehen bedarf eines ständigen Qualitätsmanagementprozesses, dem sich alle beteiligten Systeme stellen, die damit auch im Sinne eines Fehlermanagements einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess in Gang bringen müssen.

Zum Abschluss des Erstgesprächs wird ein Ersttermin mit dem behandelnden Therapeuten des SPV-Teams vereinbart, das vereinbarte Vorgehen zusammengefasst und das Einverständnis aller Beteiligten eingeholt. Der Brief an den Haus- und/oder Kinderarzt erfolgt innerhalb von drei Tagen, geht nachrichtlich an die potenziell aufnehmende Station der zuständigen Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie an die Eltern bzw. Jugendliche selbst. Somit sind alle Beteiligten über die vereinbarten Rahmenbedingungen nochmals eindeutig informiert und es ist – ebenfalls entgegen der Störungsdynamik – allseitige Transparenz hergestellt.

Weitere ärztliche Betreuung durch den KJPP

Im Rahmen der SPV findet pro Quartal ein ärztlicher Termin statt, der der Überprüfung der Rahmenbedingungen sowie des Fortschritts der Therapie dient. Auch Veränderungen z. B. der Gewichtsgrenzen werden hier besprochen, je nach Verlauf. Die Stabilisierung der Gewichtssituation ist insbesondere in der Anfangszeit ein wichtiges Ziel, jedoch müssen im ambulanten Bereich hier Kompromisse geschlossen und realistische Vorgaben gemacht werden. Über allem steht dabei die Entwicklung von Autonomie und Verantwortungsübernahme in den vorgegebenen Grenzen. Eine erzwungene rasche Gewichtszunahme entspringt häufig eher dem Wunsch nach Anpassung und damit einem nicht erwünschten Muster, welches oft auch eine Verkehrung ins Gegenteil, z. B. bei Anorektikerinnen die Entwicklung bulimischer Symptomatiken, zur Folge hat. Andererseits fördert ein zu langer Verbleib im massiven Untergewicht die Chronifizierung. Es gilt daher immer wieder erreichbare Ziele zu definieren.

Hierzu dient auch die regelmäßige Fallsupervision durch den KJPP (1 x pro Quartal), in der ein Austausch mit dem Therapeuten des Teams bezüglich des therapeutischen Prozesses im Einzelsetting und/oder der Gruppe erfolgt. Hierdurch ist gewährleistet, dass Spaltungstendenzen rechtzeitig erkannt und Widerstände gegen einen Gesundungsprozess rasch identifiziert werden können. Auch der Stand der Elternarbeit ist dabei Thema, welche je nach Alter der Patientin mehr oder weniger intensiv erfolgt. Dabei gilt das Prinzip: je jünger – desto intensiver.

Rolle des Haus- und Kinderarztes

Wie bereits weiter oben erwähnt, kommt dem Haus- und Kinderarzt die Rolle des neutralen ärztlichen Begleiters zu. Er ist zuständig für die körperliche

Kontrolle in Form von Gewichtskontrolle und Laborparametern. Auch etwaige differenzialdiagnostische Untersuchungen werden dort vorgenommen. Ein enger Austausch über die Ergebnisse erfolgt unmittelbar, so dass auch in diesem Bereich keine Spaltung stattfinden kann. Eltern fällt es hierdurch oft sehr viel leichter, die Verantwortung insbesondere für den Bereich des Wiegens abzugeben und dadurch der Betroffenen mehr Autonomie zu ermöglichen. Die festgelegten Kontrollen dort sind obligatorisch, bei fehlenden Daten wird dies problematisiert und darauf bestanden, die vereinbarten Kontrollen einzuhalten.

Stationäre KJPP

Eine ambulante Behandlung auch gefährdeter Patientinnen ist nur möglich in enger Abstimmung mit der zuständigen stationären KJPP. Hierfür bedarf es abgestimmter Strukturen zur fachlichen Zusammenarbeit sowie einer Gesamtkonzeption der Behandlungsstrategie, die einen nahtlosen Übergang zwischen ambulantem und stationärem Setting gewährleistet.

Bereits nach dem Erstgespräch wird die mit der Patientin und den Eltern vereinbarte Aufnahmeklinik informiert, die Eltern werden aufgefordert einen Besichtigungstermin mit der aufnehmenden Station zu vereinbaren. Kommt es zum Unterschreiten des vereinbarten Gewichtes, wird eine Einweisung ohne weiteres Vorgespräch so rasch wie möglich, d. h. innerhalb von fünf Tagen veranlasst. Damit einher geht die Garantie auf einen ambulanten Therapieplatz, soweit es von der Patientin und deren Eltern gewünscht wird.

Diese Abmachung gewährleistet ein Maximum an Sicherheit und Entlastung für alle Beteiligten an diesem Prozess. Dies führt zu einer deutlich verbesserten Compliance sowohl bei den besorgten Eltern als auch der häufig widerwilligen Patientin. Dagegen ist die sofortige Einweisung bei zu geringem Gewicht leider eine sehr schlechte Voraussetzung für ein funktionierendes Arbeitsbündnis, da hierdurch nicht die Chance besteht, eine Compliance aufzubauen und die stationäre Einweisung als gemeinsamen Weg darzustellen.

1.2.3 Therapie

Einzeltherapie

In der Einzeltherapie wird an den klassischen Zielen einer Essstörungstherapie gearbeitet, Motivationsaufbau, Psychoedukation, Veränderung dysfunktionaler Gedanken, Verbesserung der Affektregulation sowie Förderung von Selbstakzeptanz, altersgemäßer Autonomie und sozialen Kompetenzen. Im Rahmen der sozialpsychiatrischen Praxis erfolgt die Therapie durch Mitarbeiter, die entsprechende Qualifikationen in der Behandlung von Essstörungen aufweisen. Es wird ein multiprofessioneller Ansatz gewählt, der sowohl kognitive Elemente, als auch tiefenpsychologische und familientherapeutische Elemente beinhaltet. Elemente der Körperarbeit sind ebenfalls enthalten.