

Hagenah, Ulrich; Vloet, Timo

## **Psychoedukation für Eltern in der Behandlung essgestörter Jugendlicher**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54 (2005) 4, S. 303-317

urn:nbn:de:0111-opus-9635

Erstveröffentlichung bei:



[www.v-r.de](http://www.v-r.de)

### **Nutzungsbedingungen**

pedocs 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 pedocs und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

#### **Kontakt:**

**peDOCS**

Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung (DIPF)

Informationszentrum (IZ) Bildung

Schloßstr. 29, D-60486 Frankfurt am Main

eMail: [pedocs@dipf.de](mailto:pedocs@dipf.de)

Internet: [www.pedocs.de](http://www.pedocs.de)

# Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse,  
Psychologie und Familientherapie

54. Jahrgang 2005

---

## Herausgeberinnen und Herausgeber

Manfred Cierpka, Heidelberg – Ulrike Lehmkuhl, Berlin –  
Albert Lenz, Paderborn – Inge Seiffge-Krenke, Mainz –  
Annette Streeck-Fischer, Göttingen

## Verantwortliche Herausgeberinnen

Ulrike Lehmkuhl, Berlin  
Annette Streeck-Fischer, Göttingen

## Redakteur

Günter Presting, Göttingen

---

**V&R** Verlag Vandenhoeck & Ruprecht in Göttingen

# Psychoedukation für Eltern in der Behandlung essgestörter Jugendlicher

Ulrich Hagenah und Timo Vloet

## Summary

### Parent psychoeducation groups in the treatment of adolescents with eating disorders

Parents of adolescents with eating disorders show high levels of emotional distress, which may contribute to less functional coping with the illness of their child. In our department a psycho-educational group program is been offered to the parents of 153 children and adolescents with anorexia and bulimia nervosa. According to their own reports parents are highly interested in gaining information about the eating disorder and appreciate this means of support to help them to cope with the illness of their child.

**Key words:** anorexia nervosa – bulimia nervosa – eating disorders – burden of parents – group psychoeducation

## Zusammenfassung

Eltern von an einer Essstörung erkrankten Kindern und Jugendlichen sind häufig hochgradig emotional belastet, was die Entwicklung dysfunktionaler Reaktionsweisen innerhalb der Familie begünstigen kann. Wir berichten über eine seit fünf Jahren an unserer Klinik durchgeführte Gruppen-Psychoedukation für Eltern von 153 Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa. Eine zum Gruppenabschluss durchgeführte Befragung zeigt, dass die teilnehmenden Eltern das Angebot überwiegend als hilfreich für die Bewältigung der mit der Essstörung verbundenen Probleme erleben.

**Schlagwörter:** Anorexia nervosa – Bulimia nervosa – Essstörungen – Belastung der Eltern – Gruppenpsychoedukation

## 1 Einleitung

In der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen werden Ärzte und Therapeuten oft mit psychisch hochgradig belasteten Eltern konfrontiert. In vielen Familien kommt es durch die Entwicklung einer Essstörung zu starken emotionalen Reaktionen, die Angst und Schuldgefühle, Verzweiflung, Resignation und

Wut umfassen (Goldner u. Birmingham 1994). Mit der Diagnose einer Essstörung sind auf Seiten der Eltern häufig Schuldgefühle und Scham verbunden. Nicht selten bestehen auch Selbstvorwürfe, die Krankheit zu spät erkannt zu haben bzw. zu spät professionelle Hilfe gesucht zu haben (Perednia u. Vandereycken 1989). Treasure et al. (2001) fanden eine signifikant stärkere psychische Belastung von Angehörigen und Betreuern erwachsener Patientinnen mit Anorexia nervosa gegenüber Bezugspersonen von Patienten mit psychotischen Erkrankungen. Familienstudien (Lilienfeld et al. 1998) ermittelten eine erhöhte Rate verschiedener psychischer Auffälligkeiten, z. B. Depressionen und Angststörungen unter den Müttern und anderen erstgradigen Verwandten von Patientinnen mit Essstörungen, wobei die zeitliche Reihenfolge zwischen Beginn der Essstörung und psychiatrischer Auffälligkeit bei den Familienmitgliedern allerdings nicht untersucht wurde (Übersicht bei Jacobi et al. 2004).

Die Einbeziehung der Eltern oder der ganzen Familie in den Behandlungsprozess von Jugendlichen mit Essstörungen ist mittlerweile selbstverständlich. In der Vergangenheit wurde, basierend auf theoretischen Konzepten von Pionieren der Familientherapie (Minuchin et al. 1975; Selvini-Palazzoli 1974), Familientherapie lange Zeit in erster Linie mit der Zielsetzung durchgeführt, dysfunktionale oder problematische Interaktionen in der Familie anorektischer und bulimischer Patienten zu verändern. Mittlerweile besteht zunehmende Evidenz, dass Familien, in denen ein Mitglied an einer Essstörung erkrankt, eine heterogene Gruppe darstellen, nicht nur bezüglich sozio-demographischer Faktoren, sondern auch im Hinblick auf die Beziehung in der Familie, das emotionale Klima und Muster der Familieninteraktion (Vandereycken 1995).

Unabhängig von der Frage, ob der Familie eine ursächliche Bedeutung in der Ätiologie der Störung zukommt, kommt es durch die Essstörung nicht nur zu emotionalen Belastungen der Angehörigen. Im Verlauf der Erkrankung finden sich häufig ausgeprägte Veränderungen im familiären Alltag: Zahlreiche Eltern berichten über gescheiterte Bemühungen, ihre erkrankte Tochter wieder zum Essen zu motivieren und in Gesprächen von der Irrationalität ihres Verhaltens zu überzeugen. Berichtet werden erhebliche Veränderungen familiärer Ernährungsgewohnheiten (z. B. fettarmes Kochen, verstärktes Einkaufen von „Light“-Produkten) bei dem Versuch, der erkrankten Jugendlichen zumindest eine geringe Nahrungsaufnahme zu ermöglichen. Dies kann so weit gehen, dass Eltern verschiedene Speisen zu verschiedenen Zeiten für die einzelnen Familienmitglieder kochen und die Mahlzeiten keinen gemeinsamen sozialen Treffpunkt für die Familie mehr darstellen. Der Schwerpunkt der Aufmerksamkeit in der Familie verlagert sich zunehmend auf die Essstörung und die erkrankte Jugendliche. Wachsende Sorgen und Ohnmachtsgefühle der Eltern und die im Rahmen der weiteren Gewichtsabnahme starvationsbedingten körperlichen und psychischen Veränderungen der Jugendlichen tragen zur Eskalation von Auseinandersetzungen in der Essenssituation bei. Eltern bulimischer Jugendlicher berichten nicht selten, sich nach dem Essen an die Badezimmertür zu schleichen, um zu hören, ob ihre Tochter erbreche. In Einzelfällen kommt es sogar zum Einsatz körperlicher Gewalt beim Versuch, die Essstörungssymptomatik zu unterbrechen.

So schilderte der Vater einer anorektischen Patientin: „Ich habe es nicht mehr ausgehalten, meine Tochter verhungern zu sehen, wenn sie stundenlang vor einer winzigen Portion Reis gesessen hat, all unsere Bemühungen, sie von der Notwendigkeit zu essen zu überzeugen, nichts brachten. Irgendwann war ich so aufgebracht, dass ich ihr den Löffel mit Gewalt in den Mund geschoben habe.“

Die Bedeutung des familiären Klimas für den Verlauf und die Behandlung von Essstörungen wird durch Untersuchungen mit Hilfe des Expressed-Emotion-Ansatzes (EE, Brown et al. 1972) belegt. So konnten van Furth et al. (1996) für an einer Essstörung erkrankte Jugendliche zeigen, dass ein hohes Maß an kritisierenden Kommentaren der Mütter gegenüber den Patienten i. S. des Expressed-Emotion-Konzepts zu Beginn einer Behandlung ein schlechtes Behandlungsergebnis genauer voraussagte als Variablen wie zum Beispiel Diagnose, Körpergewicht und BMI, Alter bei Krankheitsbeginn, aktuelles Alter und Dauer der Erkrankung. Bei erwachsenen Patientinnen mit Essstörungen fanden sich positive Korrelationen zwischen elterlichen EE und vorzeitigem Therapieabbruch sowie negativem Behandlungsergebnis (Szmukler et al. 1985; Le Grange et al. 1992).

Die Effektivität von *Familientherapie* in der Behandlung jugendlicher Patientinnen mit Essstörungen konnte durch mehrere randomisierte Studien belegt werden (Russell et al. 1987; Eisler et al. 1997; Robin et al. 1999; Eisler et al. 2000). Trotz Unterschieden in den einzelnen Vorgehensweisen weisen die therapeutischen Interventionen in den zitierten Studien ähnliche Kernprinzipien auf. Die Eltern bzw. Familien werden nicht als verantwortlich für die Entstehung der Essstörung, sondern als wichtige Ressource in der Behandlung betrachtet und angeleitet, eine ausreichende Ernährung und Gewichtszunahme sicherzustellen, solange die Jugendliche krankheitsbedingt noch nicht selbst wieder über die nötige Kontrolle über ihr Essverhalten verfügt. Beim Vergleich von mit den Familien gemeinsam durchgeführten familientherapeutischen Sitzungen und einem Vorgehen, bei denen Eltern und Patientin in getrennten Sitzungen behandelt wurden, zeigte sich in der Studie von Eisler et al. (2000), dass getrennt durchgeführte Therapien erfolgreicher waren, wenn Mütter ein hohes Maß an kritisierenden Kommentaren im Sinne des EE-Konzepts gezeigt hatten. Die Autoren diskutieren, dass Familiensitzungen mit einem hohen Maß an abwertenden, kritisierenden Äußerungen häufig schwierig durchzuführen und mit der Gefahr verbunden sind, dass Konflikte sich verschärfen und die Familienmitglieder sich verstärkt schuldig oder beschämt fühlen.

## 2 Familienpsychoedukation

Während patientenbezogene Psychoedukation aufgrund der bei erwachsenen Patientinnen nachgewiesenen Wirksamkeit mittlerweile als Standardkomponente kognitiv-behavioraler Therapieverfahren bei Essstörungen gilt (Garner 1997), existieren zur Zeit nur wenig Studien zu Effekten familien- bzw. elternbezogener Psychoedukation. Im Rahmen der stationären Behandlung von weiblichen Jugendlichen mit Anorexia nervosa konnten Geist et al. (2000) beim Vergleich der Effekte einer herkömmlichen Familientherapie und einer gemeinsam für mehrere Familien durchge-

fürten Psychoedukation für Patientinnen und ihre Familienmitglieder keine signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich essstörungsspezifischer und allgemeiner psychopathologischer Merkmale, Gewichtszunahme und Dauer der stationären Behandlung nachweisen. In einer ohne Vergleichsgruppe durchgeführten Untersuchung ermittelten Uehara et al. (2001) eine signifikante Reduktion der emotionalen Beteiligung der Angehörigen von Patientinnen mit Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, unspezifische Essstörung) nach fünf je zweistündigen Psychoedukationssitzungen in monatlichen Abständen für Familienmitglieder.

In der Aachener Klinik werden seit mittlerweile fast fünf Jahren regelmäßig Psychoedukationsgruppen für Eltern von Patienten mit Essstörungen durchgeführt. Der Anlass waren Beobachtungen, dass Eltern zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns sehr unterschiedliche Vorstellungen zur Pathogenese der Erkrankung wie auch zur Behandlung aufweisen. Dies erschwerte oft den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Bei fehlendem Verständnis für die Behandlungsnotwendigkeiten geraten Eltern nicht selten in Rollenkonflikte, z. B. bei der Entscheidung für eine Sondenernährung. Gerade zu Behandlungsbeginn erwarten viele Eltern, dass intensive psychotherapeutische Interventionen und die Klärung der Frage: „Warum ist unsere Tochter krank geworden?“ im Vordergrund stehen und bewirken, dass die Jugendliche „ihre Einstellung ändert“ und wieder zu essen beginnt. Häufig bestehen unrealistische Erwartungen bezüglich erreichbarer Behandlungsfortschritte, sodass nach anfänglicher mit dem Behandlungsbeginn verbundener Hoffnung nicht selten Enttäuschungen entstehen, die im Einzelfall zum Behandlungsabbruch führen.

Mit dem Angebot einer Psychoedukationsgruppe für Eltern versuchen wir, zu einer Verbesserung des Krankheitsverständnisses und zu größerer Transparenz unserer Behandlung beizutragen. Die Vermittlung relevanter Informationen soll den Eltern eine klarere Position im Behandlungsprozess ermöglichen und Widerstände gegen die Therapie, aber auch störungsspezifische Konflikte zwischen Patientin, Eltern und Behandlungsteam reduzieren helfen. Die Eltern sollen unterstützt werden, sich aus ihrer vermeintlichen Verantwortung für die Verursachung der Störung ihres Kindes zu lösen. Die Durchführung der Psychoedukation als Gruppenangebot soll dazu beitragen, dass sich die Eltern persönlich weniger im Mittelpunkt der therapeutischen Aufmerksamkeit fühlen, und eine Entemotionalisierung des Informationsprozesses erleichtern.

## 2.1 Formaler und zeitlicher Ablauf der Psychoedukation

Die Psychoedukationsgruppe wird für Eltern ambulant oder stationär behandelte Patienten unserer Klinik angeboten. Bereits im Rahmen der Erstvorstellung in der Ambulanz werden die Eltern über das Angebot mündlich und schriftlich informiert. Eine schriftliche Einladung erfolgt erneut, sobald eine ausreichende Zahl von Eltern erreicht ist, wobei sich eine minimale Gruppenstärke von vier bis fünf Elternpaaren/-teilen bewährt hat. Das Schulungsprogramm umfasst fünf Sitzungen in wöchentlichem Abstand über je 90 Minuten und wird von einem Arzt, einer Ernährungswissenschaftlerin und einer Ergotherapeutin der Klinik geleitet. Als Unterrichtsmaterialien werden Beamer-Projektionen verwendet, von denen die Eltern am Ende des

letzten Schulungstermins Kopien (Hand-outs) erhalten (Hagenah et al. 2003). Die Gruppe findet am Besuchsnachmittag der Stationen statt, um weiter entfernt wohnenden Eltern die Teilnahme zu erleichtern. Mit der Einladung erhalten die Teilnehmer einen selbst entwickelten Fragebogen zu essstörungsspezifischen Problembereichen zugeschickt, mit der Bitte, den Fragebogen vor Beginn der Schulung auszufüllen. Am Ende des letzten Termins wird eine Feedbackrunde mit den Teilnehmern durchgeführt. Zusätzlich wird ein von den Gruppenleitern selbst konzipierter Fragebogen zur Einschätzung des Schulungsangebots durch die Eltern ausgeteilt.

Bereits in der schriftlichen Einladung sowie in der ersten Sitzung wird vom Gruppenleiter explizit die Schulung als *nichttherapeutische* Gruppe definiert. Die ersten beiden Schulungstermine werden hochstrukturiert geleitet, Diskussionen der Teilnehmer untereinander vorzeitig unterbrochen und Fragen kurz oder häufig mit dem Verweis auf später beantwortet. Der vierte und fünfte Termin wird offener gestaltet. Fragen und Rückmeldungen der Teilnehmer werden aufgegriffen und Diskussionen und Gespräche der Eltern wird Raum gegeben. Wenn Eltern spezielle Fragen zur individuellen Behandlung äußern, beantworten wir diese allgemein, vermeiden aber therapeutische Empfehlungen und verweisen, falls nötig, auf die behandelnden Kollegen der Ambulanz bzw. Station.

## 2.2 Inhalte der Psychoedukation

Beim *ersten Termin* steht das Krankheitsbild der Anorexia nervosa im Vordergrund der Informationen. In der Einführung werden die Bedeutung des in den letzten Jahrzehnten veränderten Schönheitsideals und die damit verbundenen gesellschaftlichen Auswirkungen hervorgehoben. Es wird darauf hingewiesen, dass aktuell ca. 30 bis 50 % der weiblichen Jugendlichen in unserem Kulturkreis berichten, dünner sein zu wollen bzw. bereits eine Gewichtsabnahme durch Diätmaßnahmen versucht haben (Halvarsson et al. 2002). Die Gegenüberstellung dieser Ergebnisse mit den Prävalenzraten von Anorexia nervosa (ca. 1 %) und Bulimia nervosa (ca. 2 %) in dieser Altersgruppe soll den Eltern verstehen helfen, dass zur Entwicklung des vollständigen Krankheitsbildes das in dieser Altersgruppe weit verbreitete Abnehmenwollen und Diätversuche nicht ausreichen, sondern dass bei den erkrankenden Jugendlichen von einer zusätzlichen Vulnerabilität für die Entwicklung einer Essstörung auszugehen ist.

Im nächsten Schritt werden anhand der Ergebnisse der Minnesota-Studie (Keys et al. 1950) die Auswirkungen von Hungern (*Semistarvation*), viele körperliche, psychische und kognitive Veränderungen, deutlich gemacht. Im Rahmen eines sechsmonatigen Hungerexperiments entwickelten männliche Versuchspersonen zahlreiche Auffälligkeiten bezüglich ihres Essverhaltens sowie affektive und kognitive Symptome, wie sie ähnlich auch im Rahmen von Essstörungen beobachtet werden können. Beschrieben werden für die Probanden u. a. extrem langsames Essen, Stimmungsschwankungen, Rückzug, Depressionen, Suizidalität, Zwangshandlungen, Heißhungerattacken und Erbrechen sowie eine zunehmende kognitive Einengung auf den Themenbereich Essen. Hervorgehoben werden von uns die deutliche Reduktion des Ruhe-Energie-Verbrauchs (Grundumsatz) um 40 % und die noch viele Monate nach Abschluss des Experiments zu beobachtende ausgeprägte Stö-

rung der Sättigungsregulation der Probanden. Mit Hilfe von Bildmaterial werden anschließend akute medizinische Komplikationen (z. B. *Pseudotrophia cerebri*) und mögliche Spätfolgen der Mangelernährung, z. B. Osteoporose, beschrieben. Mittels der Betonung der körperlichen Folgen des Hungerzustands soll eine Grundlage für das Verständnis des komplexen Wechselspiels zwischen körperlichen, psychischen und kognitiven Prozessen im Rahmen der Essstörungen geschaffen werden. Bei der anschließenden, ausführlichen Darstellung der Kernsymptomatik der Anorexia nervosa (Körperschemastörung, Gewichtsphobie, Bewegungsdrang, hormonelle Veränderungen) unterstreichen wir, dass diese Symptome nicht, wie oft angenommen wird, völlig unter willentlicher Kontrolle der Patientin stehen, sondern zumindest teilweise durch den Semistarvationszustand verursacht oder verstärkt werden. Zur Erklärung werden den Eltern tierexperimentelle Befunde vorgestellt. Z. B. zeigen Ratten im Hungerzustand einen verstärkten Bewegungsdrang, der sich durch exogene Applikation des Neuropeptids Leptin vollständig ausschalten lässt (Exner et al. 2000). Die von uns befragten Eltern vermuten als Ursache für diese im Hungerzustand verstärkte Aktivität der Tiere häufig richtig, dass es sich um einen instinktbedingten Mechanismus zur Nahrungssuche handeln könnte. Wir verweisen darauf, dass neuere Forschungsergebnisse die Vermutung stützen, dass dieses Phänomen einer *semi-starvationsinduzierten Hyperaktivität* als phylogenetische Reaktionsweise möglicherweise auch den ausgeprägten Bewegungsdrang von Patientinnen mit Anorexia nervosa miterklärt (Hebebrand et al. 2003; Holtkamp et al. 2003), d. h. dass die anorektisch erkrankten Jugendlichen sich nicht nur bewegen, „weil sie abnehmen wollen“, sondern auch, „weil sie sich bewegen müssen.“

Die Bedeutung des Zielgewichts für eine Gesundheit wird mit Hilfe der Altersperzentilen für den Body-Mass-Index (Kromeyer-Hauschild et al. 2001) erläutert. Bei der Darstellung der Gewichtsphobie wird die irrationale, mit einer Gewichtszunahme verbundene massive Angst hervorgehoben und mit Beispielen anderer Ängste und Panikzustände (Spinnenphobie, Höhenangst) verglichen. Es wird unterstrichen, dass sowohl Gewichtsphobie als auch Körperschemastörung in dieser Phase durch sachliche Argumente weder von Ärzten noch von Eltern korrigiert werden können. Die Eltern erhalten die Instruktion, entsprechende Diskussionen mit ihren Töchtern – soweit möglich – zu vermeiden, zumindest frühzeitig abzurechnen. Durch die Präsentation von – selbstverständlich anonymen – Patientenschilderungen versuchen wir zusätzlich ein empathisches Verständnis der Eltern für die oft verzweifelte Situation ihrer kranken Tochter aufzubauen beziehungsweise zu verstärken.

Im weiteren Verlauf wird auf die multidimensionale Ätiologie der Essstörung im Sinne eines Wechselspiels zwischen biologischen, z. B. genetischen sowie individuellen Merkmalen der erkrankten Jugendlichen, soziokulturellen und familiären Rahmenbedingungen eingegangen. Das Fehlen empirischer Evidenz für eine ursächliche Bedeutung familiärer Faktoren in der Entstehung der Anorexia nervosa wird hervorgehoben und die Rolle der Familie bzw. der Eltern als Ressource für den Behandlungsverlauf betont. Gleichzeitig wird auch auf die Modellwirkung elterlicher Schlankheits- und Fitnessüberzeugungen sowie die Bedeutung von im Krankheitsverlauf möglicherweise entstehenden dysfunktionalen Interaktionsmustern hingewiesen, durch die die Essstörung im Einzelfall aufrechterhalten und verstärkt werden kann.



Beim *zweiten Termin* steht die Bulimia nervosa im Mittelpunkt, wenn Eltern bulimisch erkrankter Jugendlicher teilnehmen. Auch hier wird detailliert auf die einzelnen Symptome, unterschiedlichen Entstehungsmechanismen sowie komorbiden Störungen eingegangen. Der Circulus vitiosus aus Hunger, Heißhungerattacken und Erbrechen einschließlich der körperlichen Veränderungen durch das gestörte Essverhalten wird schrittweise erklärt. Hierzu gehören die durch Hypoglykämien induzierten Heißhungerattacken und andere Veränderungen der physiologischen Sättigungsregulation, z. B. vergrößerte Magenvolumina (Geliebter u. Hashim 2001) und eine verzögerte Cholecystokinin-Freisetzung und Magenentleerung nach Nahrungsaufnahme bei bulimischen Patientinnen (Devlin et al. 1997).

Den Eltern wird auf diese Weise verdeutlicht, dass eine fehlende Normalisierung des Essverhaltens nicht ausschließlich auf psychische Faktoren (etwa mangelnde Motivation) zurückzuführen sein muss, sondern dass die Jugendlichen aufgrund veränderter biologischer Signale häufig auf Unterstützung von außen (z. B. durch regelmäßiges Anbieten und Portionieren von Mahlzeiten, in Einzelfällen zu Beginn der Behandlung sogar das Abschließen der Küche nach Absprache mit den Jugendlichen) angewiesen sind. In diesem Zusammenhang werden noch einmal die Beobachtungen im Rahmen des Minnesota-Hungerexperiments (Keys et al. 1950) aufgegriffen und insbesondere die noch lange über das Ende des Experiments anhaltende Störung der Hunger-/Sättigungsregulation der Probanden unterstrichen. Erwähnt wird die Gefahr, dass die Jugendliche auf Grund der nach dem Erbrechen erlebten Spannungsreduktion lernt, Heißhungerattacken und Erbrechen als wirksames Mittel zur Stressbewältigung im Alltag einzusetzen. Auf die hieraus resultierende Notwendigkeit zusätzlicher therapeutischer Maßnahmen wird hingewiesen.

Nach den ausführlichen Informationen zu beiden Krankheitsbildern wird anhand von Daten aus der Verlaufsforschung verdeutlicht, dass einerseits die Langzeitprognose hinsichtlich Mortalität und Heilung sich für im Jugendalter erkrankte Patienten in den vergangenen Jahrzehnten deutlich verbessert hat und somit kein Grund zur Hoffnungslosigkeit besteht, andererseits aber in vielen Fällen der Verlauf für Patienten und Familien langjährig ist und eher einem Marathonlauf als einem 100-m-Sprint gleichkommt. In der zweiten Sitzung wird, wenn es die Zeit zulässt, mit der Vorstellung des ambulanten und stationären Behandlungskonzepts der Abteilung begonnen. Die wichtigsten Rahmenbedingungen des ambulanten Vorgehens (Gewichtskontrollen, Ernährungsberatung, Psychoedukation, Gruppenangebote für die Jugendlichen, Einzel- und Elterntermine) werden vorgestellt. Die Notwendigkeit klarer Rollen- und Aufgabenverteilung zwischen Jugendlichen, Eltern und behandelnden Ärzten wird verdeutlicht. Dies beinhaltet auch die Bereitschaft, bei nicht ausreichenden Fortschritten in der Behandlung (wie fehlende Gewichtszunahme, unveränderte Frequenz von Heißhungerattacken und Erbrechen, Laxantienabusus) eine tagesklinische oder stationäre Aufnahme zu akzeptieren. Die speziellen Indikationen für eine stationäre Behandlung (z. B. extremes Untergewicht, ausgeprägte Komorbidität, Suizidgefährdung, festgefahrene familiäre Interaktionen) werden gesondert erläutert.

Der *dritte Termin* wird durch eine Ernährungswissenschaftlerin geleitet, die neben den Grundprinzipien einer ausgewogenen Ernährung, beruhend auf den Emp-

fehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, noch einmal die starvationsbedingten somatischen Veränderungen und Auswirkungen auf das Wachstum beschreibt. Anhand von praktischen Beispielen aus der ambulanten und stationären Ernährungsberatung werden unterschiedliche Problembereiche dargestellt, beispielsweise die Notwendigkeit eines langsamen Nahrungsaufbaus bei ausgeprägter Kachexie zur Vermeidung von Komplikationen. Trotz erhöhter Kalorienzufuhr kommt es in der Anfangsphase der Behandlung häufig nur zu einer geringen Gewichtszunahme oder sogar zu einer vorübergehenden Gewichtsabnahme, was Eltern verunsichern kann. Hier ist es wichtig zu verdeutlichen, dass es parallel zur gesteigerten Kalorienzufuhr zu einem Anstieg des Grundumsatzes kommt und in dieser Phase noch nicht die Gewichtszunahme, sondern die Normalisierung der Energiebilanz im Vordergrund der therapeutischen Bemühungen steht. Die verschiedenen Bausteine der Ernährungstherapie im stationären Rahmen (Sondenernährung, Planessen, d. h. Mahlzeiten nach vorgegebenen Plänen, „Modell“-Essen, Familienfrühstück, Übergang zu eigenverantwortlicher Auswahl des Essens gleich „freies Essen“) werden detailliert beschrieben.

Durch die ausführliche Erläuterung der weiteren Behandlungsmodule im Rahmen des *vierten Termins* wird den Eltern das Phasenmodell der Behandlung weiter verdeutlicht. Dabei wird viel Wert auf die Notwendigkeit einer langsamen, aber kontinuierlichen körperlichen Stabilisierung im Rahmen des Behandlungsprozesses gelegt. Eltern wie auch die Patienten oft stark ängstigende Behandlungsmaßnahmen, z. B. die Ernährung über eine Magensonde, werden ausführlich beschrieben, ebenso im Rahmen der körperlichen Stabilisierung eingesetzte Verstärkerprinzipien, z. B. die „Gewichtstreppe“. Hierbei handelt es sich um eine Kopplung der Erweiterung des Aktivitätsradius an eine vereinbarte wöchentliche Gewichtszunahme oder das Erreichen einer bestimmten Gewichtsmarke. Wichtig ist, den Eltern zu vermitteln, dass diese Maßnahmen nicht willkürlich eingesetzt werden, sondern unter genauer Berücksichtigung des aktuellen körperlichen und psychischen Zustands der Patienten und – wenn immer möglich – unter Einbeziehung der Jugendlichen erarbeitet werden. So wird beispielsweise ein erster Spaziergang mit den Eltern stattfinden können, wenn sich die Kreislaufverhältnisse der Jugendlichen stabilisiert haben. Es zeigt sich immer wieder, dass Eltern in der Schulungssituation die Notwendigkeit dieser Vorgehensweisen unmittelbar verstehen.

Die Darstellung einzelner Aspekte der kognitiv-behavioralen Therapie sowie unterstützender Therapiebausteine (Ergotherapie, Körperarbeit mit der Physiotherapeutin) hilft den Eltern, das Ineinandergreifen der verschiedenen Behandlungsprozesse besser zu akzeptieren, und trägt gleichzeitig zur Relativierung unrealistischer Erwartungen hinsichtlich einer endgültigen Heilung während des stationären Aufenthalts bei. Die Rolle der Eltern im Prozess der psychosozialen Integration – zunächst bei zunehmender körperlicher Stabilisierung im Stationsalltag, später bei Aktivitäten außerhalb der Klinik – wird an Beispielen erklärt.

In unserer Klinik nehmen Eltern und Patienten häufig eine erste, gemeinsame Mahlzeit zusammen mit einer Mitarbeiterin der Station ein, bevor Patient und Eltern außerhalb der Station essen. Dies hilft den Eltern, einen Eindruck vom aktuellen Essverhalten ihrer Tochter zu gewinnen und nicht die Essenssituation vor der

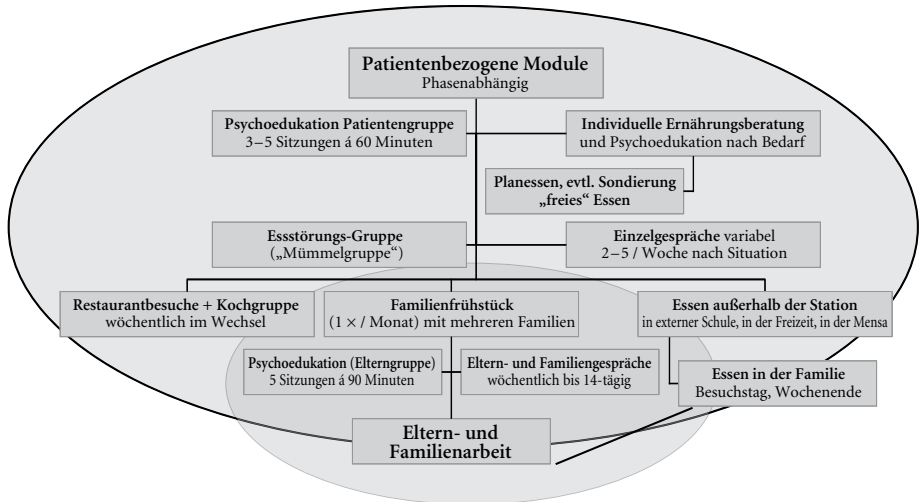


Abb. 1: Module der spezifischen Essstörungstherapie (Herpertz-Dahlmann u. Hagenah 2004)

stationären Aufnahme als Maßstab zur Beurteilung der ersten gemeinsamen Mahlzeit außerhalb der Station heranziehen zu müssen. Außerdem können auf diesem Weg problematische Interaktionen beim gemeinsamen Essen anschließend besprochen und alternative Verhaltensweisen erarbeitet werden.

Über eine allgemeine Beschreibung zentraler Aspekte des psychotherapeutischen Vorgehens wird den Eltern verdeutlicht, dass trotz scheinbar mangelnder Einsichtsfähigkeit die Jugendlichen die Erkrankung und ihrer Folgen ambivalent erleben und beschreiben. Durch die Präsentation von Briefen von Patientinnen an die Essstörung („Liebe Anorexie/Bulimie, du bist meine beste Freundin, weil ...“ bzw. „Liebe Anorexie/Bulimie, du bist meine schlimmste Feindin, weil ...“) gewinnen die Eltern einen Eindruck von der inneren Situation anderer essgestörter Patientinnen, die natürlich anonym bleiben. Die sich in vielen Briefen wiederholenden Themen (Essstörung als Beschützer, Sinnbild von Kraft, Stolz u. Ä.) erleichtern das Verständnis, welche Vorteile für die Tochter mit der Erkrankung verbunden sein können und weshalb die Jugendlichen Angst vor der Gesundung entwickeln können. Andererseits zeigen die von den Jugendlichen in diesen Briefen geäußerten Nachteile der Erkrankung (vor allem körperliche Symptome wie häufiges Frieren, Haarausfall, aber auch resultierende Belastungen für die Familie) den Eltern, dass die Jugendlichen sich auch der Nachteile sehr bewusst sein können, ohne aber allein einen konstruktiven Ausweg zu finden. Die zentrale Bedeutung der fast immer vorhandenen Selbstwertproblematik für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Essstörung wird von uns besonders betont.

Im Rahmen des  *fünften und letzten Termins*  werden Strategien zur Verringerung des Rückfallrisikos nach Entlassung und die Rahmenbedingungen der ambulanten Behandlung diskutiert. Die Notwendigkeit einer langfristigen ambulanten Weiterbehandlung einschließlich wöchentlicher Gewichtskontrollen und der Verein-

barung eines Wiederaufnahmegewichts mit Hilfe eines vor der Entlassung geschlossenen Vertrags („Wiederaufnahmevertrag“) wird hervorgehoben. Es hat sich bewährt, Eltern bereits in einer frühen Phase der Behandlung zu vermitteln, dass unabhängig vom Erreichen des vereinbarten Zielgewichts viele Jugendliche nach Entlassung aus stationärer Behandlung wieder an Gewicht verlieren. Hierbei spielen möglicherweise nicht nur Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation der Jugendlichen eine Rolle, sondern auch biologische Veränderungen während der Gewichtsrehabilitation, z. B. ein hoher Leptinspiegel der Patientinnen zum Zeitpunkt der Entlassung (Holtkamp et al. 2004). Beim letzten Termin stehen oft Fragen der Eltern zum praktischen Umgang mit bestimmten Problemsituationen im Vordergrund, zum Beispiel: „Was können wir tun, wenn unsere Tochter nach Entlassung aus der Klinik wieder Mahlzeiten weglässt?“ Den Eltern wird empfohlen, nach Entlassung aus der stationären Behandlung keinesfalls die Verantwortung dafür zu übernehmen, dass die Jugendliche isst oder nicht erbricht, sondern dafür Sorge zu tragen, dass der vereinbarte Behandlungsrahmen eingehalten wird. Dies kann etwa bedeuten, dass die Eltern sich bereit erklären, die Jugendliche zu den ambulanten Terminen zu begleiten und dort zunehmende Schwierigkeiten mit dem Essen rückzumelden, falls die Jugendliche selbst hierzu nicht in der Lage ist. Eine besondere Situation ergibt sich aus dem Unterschreiten des vereinbarten Wiederaufnahmegewichts, wenn die Jugendlichen die vertraglich übernommene Aufgabe nicht mehr übernehmen können und dann die Eltern die Entscheidung über die stationäre Wiederaufnahme fällen müssen. Auf die schwierige Balance zwischen der Notwendigkeit einer zunehmenden Autonomie der Jugendlichen im Umgang mit der Erkrankung einerseits und einem entschlossenen und klaren Eingreifen der Erziehungsberechtigten bei sichtbarem Rückfall andererseits wird hingewiesen. Bei speziellen Fragestellungen, die den Therapieprozess einzelner Patienten betreffen, wird um Rücksprache mit den behandelnden Therapeuten auf Station oder in der Ambulanz gebeten.

### 2.3 Bisherige Erfahrungen

Seit Ende 1999 haben Eltern von insgesamt 153 Patienten mit Essstörungen unserer Klinik (Tab. 1) an der Schulung teilgenommen. Das mittlere Alter der Patienten lag bei 15;3 Jahren (10;7–19;6 J.). 61 Patienten befanden sich zum Zeitpunkt der Elternschulung in ambulanter, 91 Patienten in stationärer und eine Patientin in tagesklinischer Behandlung. Die zeitlichen Abstände zwischen Abschluss einer Schulung und Beginn der nächsten Gruppe liegen bei ca. 6 (4–8) Wochen. Die Teilnehmerzahlen in den Gruppen reichten von drei Elternteilen/-paaren bis zu Angehörigen von 13 Patienten. Insgesamt nahmen bisher 98 Väter, 142 Mütter, drei Großmütter und ein Großvater an der Schulung teil. Mütter nahmen nicht nur häufiger, sondern auch regelmäßiger teil. Von den insgesamt 240 teilnehmenden Eltern nahmen 75 % an mindestens drei Terminen teil. An keinem einzigen Termin teil nahmen die Väter von 50 Patientinnen (32 %), die Mütter von nur sechs Patientinnen (Abb. 2). Rückmeldungen der Teilnehmer und die häufig bei Abschluss vorgetragenen Wünsche nach einem Schulungsbeginn zu einer späteren Tageszeit verweisen auf die Problematik der Berufstätigkeit für die Teilnahme.

Tab. 1: Zusammensetzung der Patienten (Diagnosen nach ICD-10)

Diagnosen	F44.82	F50.0	F50.1	F50.2	F50.3	F50.8	Gesamt
	N	N	N	N	N	N	N
Jungen	0	2	4	0	1	0	7
Mädchen	1	110	7	25	2	1	146
	1	112	11	25	3	1	153

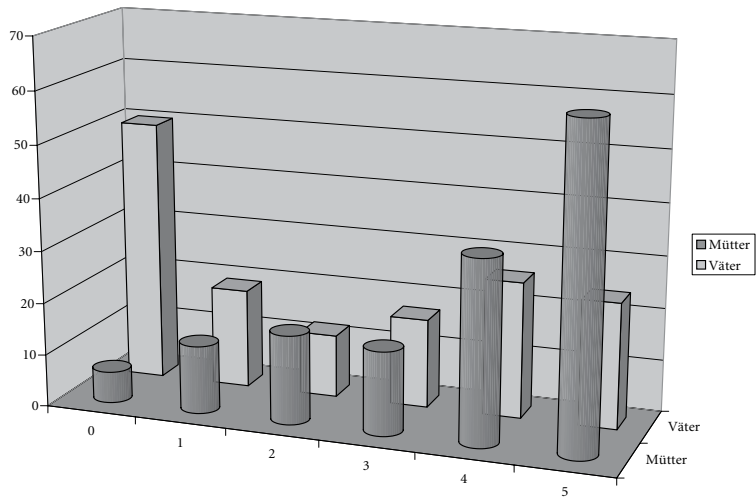


Abb. 2: Häufigkeit der Teilnahme der Eltern (0 = keine Sitzung teilgenommen, 5 = alle Termine wahrgenommen)

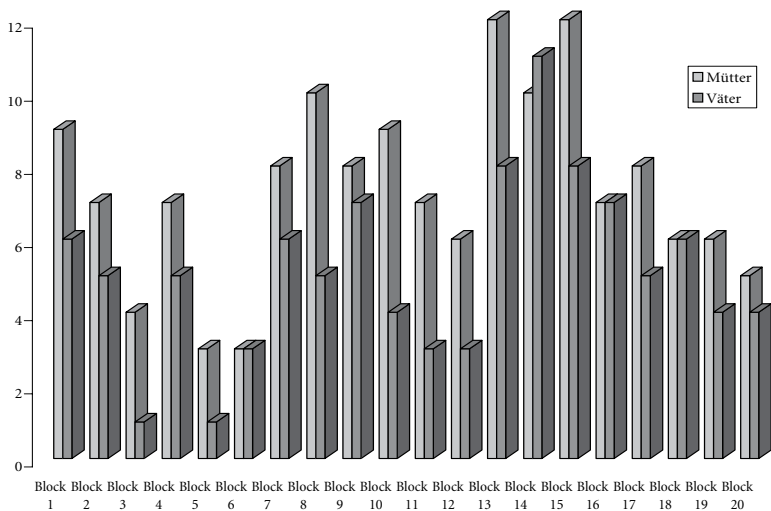


Abb. 3: Teilnehmerzahlen der einzelnen Schulungsblöcke (3-13 Elternteil/-paare) (helle Säulen = Mütter; dunkle Säulen: Väter)

## 2.4 Einschätzung der Psychoedukation durch die Eltern

In den Abschlussgesprächen gab es zahlreiche Anregungen durch die Teilnehmer, die für die Weiterentwicklung des therapeutischen Angebots im Laufe der Zeit von Bedeutung waren. Sehr häufig wurde von den Eltern der Wunsch nach einem möglichst zeitnah zum Behandlungsbeginn liegenden Start der Schulung geäußert. Ein ebenfalls häufiger Wunsch betrifft die Fortsetzung der Gruppe als Angehörigen- oder Selbsthilfegruppe. Dieses Anliegen haben wir in der Zwischenzeit aufgegriffen. Mittlerweile finden fünf bis sechs Treffen pro Jahr für ehemalige Teilnehmer der Schulung im Rahmen einer von uns moderierten Selbsthilfegruppe statt, in der Eltern die Möglichkeit haben, Probleme im Umgang mit der Erkrankung ihres Kindes untereinander zu diskutieren, und bei Bedarf durch Expertenwissen Unterstützung finden. In einigen Schulungsgruppen deutete sich an, dass eine sehr inhomogene Zusammensetzung der Gruppe, z. B. wenn nur ein Elternteil einer bulimisch erkrankten Patientin unter mehreren Eltern von Jugendlichen mit Anorexia nervosa teilnimmt, für die „Minderheit“-Eltern problematisch ist und zu Unzufriedenheit führen kann.

Die Auswertung des zum Ende der Schulung ausgeteilten Evaluationsbogens (Rücklauf:  $n = 115$ ) zeigt deutlich, dass die überwiegende Mehrheit der Eltern mit dem Angebot sehr zufrieden ist. Da der Evaluationsbogen beim letzten Termin ausgeteilt wird, kann nicht ausgeschlossen werden, dass hierdurch eine Selektion der zufriedenen Teilnehmer erfolgt ist und sich das in dem insgesamt sehr hohen Anteil positiver Bewertung niederschlägt. 72 % der Eltern beschreiben die Anwesenheit anderer Eltern als „ziemlich hilfreich“ oder „hilfreich“. Die Aussage „Die Informationen waren hilfreich, mich besser auf die Erkrankung meines Kindes einzustellen“ beantworteten 101 Teilnehmer mit „ja“, 13 mit „ziemlich“ und ein Teilnehmer mit „nein“. Nur ein kleiner Teil der Eltern ( $n = 7$ ) beschreibt die Teilnahme an der Schulung als belastend, neun Eltern erlebten die Informationen als „zu medizinisch“. Mehr als 90 % der Eltern bezeichneten den Zeitaufwand durch die Termine als angemessen. Insgesamt ergibt sich aus den Rückmeldungen der Eltern der Eindruck einer hohen Akzeptanz des Angebots. Die Mehrheit würde die Teilnahme an der Schulung anderen Eltern empfehlen (Tab. 2).

Tab. 2: Empfehlung der Eltern zur Teilnahme an der Schulung ( $n = 36$ )

<i>„Ich würde die Teilnahme an der Schulung anderen Eltern empfehlen“</i>	<i>n</i>
„empfehlen“	35
„eingeschränkt empfehlen“	1
„nicht empfehlen“	0

## 3 Ausblick

Was würden wir zukünftig gern verändern? Aus den Rückmeldungen der Eltern im Rahmen der von uns durchgeführten Schulungen lässt sich insgesamt ein hoher Bedarf an Unterstützung erkennen. Besonders häufig wird der Wunsch nach „prakti-

schen Ratschlägen“ zum Umgang mit den Patientinnen im familiären Bereich in den Diskussionen mit den Teilnehmern geäußert. Könnte hier möglicherweise ein vorübergehendes „Home-Treatment“ beim Übergang von stationärer zu ambulanter Behandlung die Stabilisierung des Behandlungserfolgs verbessern? Viele Eltern berichten über zu lange Wartezeiten und den Eindruck, dass ihre Sorgen und Befürchtungen hinsichtlich der Entwicklung einer Essstörung bei ihrem Kind anfänglich von den aufgesuchten Ärzten und Psychotherapeuten nicht ernst genug genommen wurden. Dies scheint besonders dann eine Rolle zu spielen, wenn die Jugendlichen noch kein deutlich erkennbares Untergewicht zeigt, aber bereits klare Essstörungssymptome (restriktives Essen, Gewichtsphobie) für die Eltern erkennbar sind. Hier ist eine verbesserte Schulung bezüglich der kritischen Bedeutung von Nahrungsrestriktion für die Entstehung von Anorexia und Bulimia nervosa bei den Ärzten der Primärversorgung wünschenswert. Der ständige Austausch mit den zahlreichen Teilnehmern an der Psychoedukation hat uns im Lauf der Zeit die mit der Essstörung verbundene Belastung der Angehörigen deutlicher vor Augen geführt. Die Rückmeldungen der Eltern zeigen, dass eine sachliche Information über die Symptomatik und Behandlung dazu beitragen kann, dass sie sich weniger hilflos fühlen und sich merklich kompetenter im Umgang mit der Essstörung ihres Kindes erleben. Zu untersuchen bleibt, ob hieraus auch positive Effekte auf den Behandlungsverlauf und die Erkrankung selbst resultieren.

## Literatur

- Brown, G. W.; Birley, J. L.; Wing, J. K. (1972): Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br. J. Psychiatry* 121: 241–258.
- Devlin, M. J.; Walsh, B. T.; Guss, J. L.; Kissileff, H. R.; Liddle, R. A.; Petkova, E. (1997): Postprandial cholecystokinin release and gastric emptying in patients with bulimia nervosa. *Am. J. Clin. Nutr.* 65: 114–120.
- Eisler, I.; Dare, C.; Russell, G. F.; Szmukler, G.; le Grange, D.; Dodge, E. (1997): Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Arch. Gen. Psychiatry* 54: 1025–1030.
- Eisler, I.; Dare, C.; Hodes, M.; Russell, 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. Psychiatry* 41: 727–736.
- Exner, C.; Hebebrand, J.; Remschmidt, H.; Wewetzer, C.; Ziegler, A.; Herpertz, S.; Schweiger, U.; Blum, W. F.; Preibisch, G.; Heldmaier, G.; Klingenspor, M. (2000): Leptin suppresses semi-starvation induced hyperactivity in rats: implications for anorexia nervosa. *Mol. Psychiatry* 5: 476–481.
- Garner, M. (1997): Psychoeducational principles in treatment. In: Garner, M.; Garfinkel, P. (Hg.): *Handbook of treatment for eating disorders*. New York: The Guilford Press, S. 145–177.
- 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.
- Geliebter, A.; Hashim, S. A. (2001): Gastric capacity in normal, obese, and bulimic women. *Physiol. Behav.* 74: 743–746.
- Goldner, E. M.; Birmingham, C. L. (1994): Anorexia nervosa: methods of treatment. In: Alexander-Mott, L.; Lumsden, D. B. (Hg.): *Understanding Eating Disorders: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Obesity*. Washington DC: Taylor & Francis, S. 135–157.
- Hagenah, U.; Blume, V.; Flacke-Redanz, M.; Herpertz-Dahlmann, B. (2003): Psychoedukation als Gruppenangebot für Eltern essgestörter Jugendlicher. *Z. Kinder Jugendpsychiatr. Psychother.* 31: 51–58.

- Halvarsson, K.; Lunner, K.; Westerberg, J.; Anteson, F.; Sjoden, P. O. (2002): A longitudinal study of the development of dieting among 7–17-year-old Swedish girls. *Int. J. Eat. Disord.* 31: 32–42.
- Hebebrand, J.; Exner, C.; Hebebrand, K.; Holtkamp, C.; Casper, R. C.; Remschmidt, H.; Herpertz-Dahlmann, B.; Klingenspor, M. (2003): Hyperactivity in patients with anorexia nervosa and in semistarved rats: evidence for a pivotal role of hypoleptinemia. *Physiology & Behavior* 79: 25–37.
- Herpertz-Dahlmann, B.; Hagenah, U. (2004): Psychotherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. In: Remschmidt, H. (Hg.): *Praxis der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*. 2. Aufl. Köln: Deutscher Ärzteverlag, S. 111–126.
- Holtkamp, K.; Herpertz-Dahlmann, B.; Mika, C.; Heer, M.; Heussen, N.; Fichter, M.; Herpertz, S.; Senf, W.; Blum, W. F.; Schweiger, U.; Warnke, A.; Ballauff, A.; Remschmidt, H.; Hebebrand, J. (2003): Elevated physical activity and low leptin levels co-occur in patients with anorexia nervosa. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 88: 5169–5174.
- Holtkamp, K.; Hebebrand, J.; Mika, C.; Heer, M.; Heussen, N.; Herpertz-Dahlmann, B. (2004): High serum leptin levels subsequent to weight gain predict renewed weight loss in patients with anorexia nervosa. *Psychoneuroendocrinology* 29: 791–797.
- Jacobi, C.; Hayward, C.; de Zwaan, M.; Kraemer, H. C.; Agras, W. S. (2004): Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychol. Bull.* 130: 19–65.
- Keys, A.; Brozek, J.; Henschel, A.; Mickelsen, O.; Taylor, H. L. (1950): *The biology of human starvation* (2 vols.). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Kromeyer-Hauschild, K.; Wabitsch, M.; Kunze, D.; Geller, F.; Geiß, H. C.; Hesse, V.; Hippel, A. v.; Jaeger, U.; Johnsen, D.; Korte, W.; Müller, G.; Müller, J. M.; Niemann-Pilatus, A.; Remer, T.; Schaefer, F.; Wittchen, H. U.; Zellner, K.; Ziegler, A.; Hebebrand, J. (2001): Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 149: 807–818.
- Le Grange, D.; Eisler, I.; Dare, C.; Russell, G. F. (1992): Evaluations of family treatments in adolescent anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 12: 347–357.
- Le Grange, D. (1999): Family therapy for adolescent anorexia nervosa. *J. Clin. Psychol.* 55: 727–739.
- Lilenfeld, L. R.; Kaye, W. H.; Greeno, C. G.; Merikangas, K. R.; Plotnicov, K.; Pollice, C.; Rao, R.; Strober, M.; Bulik, C. M.; Nagy, L. (1998): A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Arch. Gen. Psychiatry* 55: 603–610.
- Minuchin, S.; Baker, L.; Rosman, B. L.; Liebman, R.; Milman, L.; Todd, T. C. (1975): A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Family organization and family therapy*. *Arch. Gen. Psychiatry* 32: 1031–1038.
- Perednia, C.; Vandereycken, W. (1989): An explorative study on parenting in eating disorder families. In: Vandereycken, E.; Kog, E.; Vandereycken, W. (Hg.): *The Family Approach to Eating Disorders*. New York: PMA Publishing Corp, S. 119–146.
- Robin, A. L.; Siegel, P. T.; Moye, A. W.; Gilroy, M.; Dennis, A. B.; Sikand, A. (1999): A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 38: 1482–1489.
- Russell, G. F.; Szmukler, G. I.; Dare, C.; Eisler, I. (1987): An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry* 44: 1047–1056.
- Selvini Palazzoli, M. (1974): *Self-Starvation: From the Intrapsychic to the Transpersonal Approach to Anorexia Nervosa*. London: Chaucer.
- Szmukler, G.; Eisler, I.; Russell, G. F.; Dare, C. (1985): Anorexia nervosa, parental „expressed emotion“ and dropping out of treatment. *Br. J. Psychiatry* 147: 265–271.
- Treasure, J.; Murphy, T.; Szmukler, G.; Todd, G.; Gavan, K.; Joyce, J. (2001): The experience of caregiving for severe mental illness: a comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 36: 343–347.
- Uehara, T.; Kawashima, Y.; Goto, M.; Tasaki, S. I.; Someya, T. (2001): Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion: A preliminary study. *Compr. Psychiatry* 42: 132–138.



Van Furth, E. F.; van Strien, D. C.; Martina, L. M.; van Son, M. J.; Hendrickx, J. J.; van Engeland, H. (1996): Expressed emotion and the prediction of outcome in adolescent eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 20: 19–31.

Vandereycken, W. (1995): The place of the family therapy in the treatment of eating disorders. In: Steinhausen, H. (Hg.): *Eating disorders in adolescence*. Berlin: Walter de Gruyter.

**Korrespondenzadresse:** Dr. Ulrich Hagenah, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Universitätsklinikum Aachen, Neuenhofer Weg 21, 52074 Aachen;  
E-Mail: uhagenah@ukaachen.de