

Ablaufplan für die Eltern-Kind-Therapiewoche 15.-19.01.2024

Montag

- 14:30 - 15:30 Begrüßung/ Einführungsvortrag
- 15:30 - 16:00 *Zwischenmahlzeit*
- 16:00 - 18:30 Vorstellung und Wünsche an diese Woche
- 18:45 - 19:15 *Gemeinsames betreutes Abendessen*

Dienstag bis Freitagmittag 14:10

- 8:00 - 8:30 *Gemeinsames betreutes Frühstück*
- 8:40 - 10:20 Therapiegruppe Kinder (mit Eltern und Therapeut:innen der Kinder)
- 10:20 - 10:40 *Zwischenmahlzeit*

- 10:45 - 12:25 Eltern-Kind-Kunsttherapie
- oder**
- 11:00 - 11:40 Eltern-Kind-Esstherapie (Ernährungsmanagement in der Klinik)
- 11:45 - 13:00 Eltern-Kind-Lehrküche: gemeinsames Kochen (Genaueres im Therapieplan des Kindes)

- 13:00 - 13:30 *Gemeinsames betreutes Mittagessen*
- 13:40 - 14:10 Eltern-Kind-Mittagsessstörungengruppe

- 14:30 - 16:15 Elterngruppe (Eltern allein)

- 16:30 - 18:30 Eltern-Kind-Großgruppe (Tagesresümee), am Donnerstag zweigeteilt: **16:30 – 17:20 und 19:20 – 20:30**

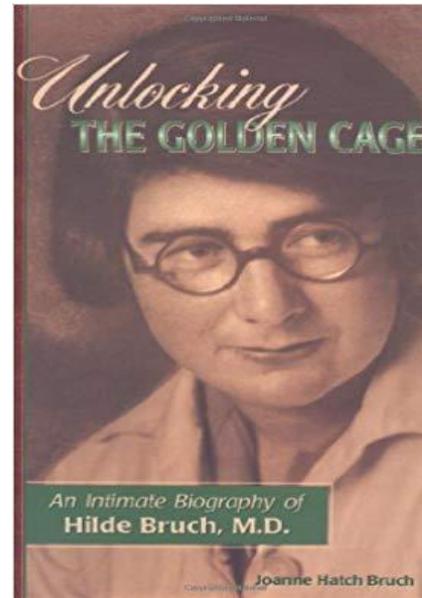
- 18:45 - 19:15 *Gemeinsames betreutes Abendessen*

Freitag

- 14:15 - 15:30 Abschlussrunde und Ende des Workshops

Familienbasierte Interventionen:

**Don't Be Afraid of Your Child:
A Guide for Perplexed Parents (1952)**



Dr. med. Wally Wünsch-Leiteritz und Team

Lt. Oberärztin Essstörungstherapie Klinik Lüneburger Heide Bad Bevensen
Fachärztin für Innere Medizin/Psychotherapie/Ernährungsmedizin
Therapeutische Supervisorin Amidon Uelzen
(Betreute Wohngemeinschaft für Menschen mit Essstörungen)
Vorstand Bundesfachverband Essstörungen (BFE)

Nice Guidelines 2004:

high concern parenting =

überprotektives elterliches Erziehungsverhalten

„Erziehen mit Besorgnis“

oft kombiniert mit Moralisierungen

Modernere Ansicht: wechselseitige Interaktion zwischen kindlichen Eigenschaften und elterlichem Erziehungsverhalten:

- Ängstliches, harmoniebedürftiges, perfektionistisches Verhalten auf Seiten des Kindes fördert einen behütend-einengenden Erziehungsstil der Eltern
- Gering ausgeprägte emotionale Bindung zwischen Eltern und Kind und Eheprobleme der Eltern sind eher unspezifische Risikofaktoren

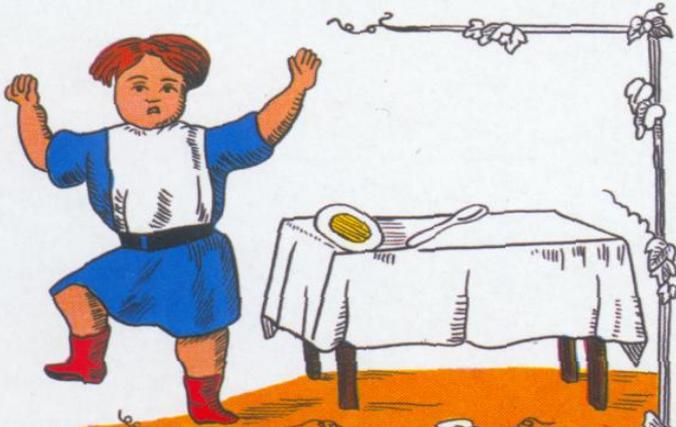
Trotzdem: dysfunktionale Beziehungsmuster beeinflussen den Krankheitsverlauf negativ

Was sagen neuere Studien zur Rolle der Eltern?

- Familiäre Schwierigkeiten im Respektieren interpersoneller Grenzen, wenig Toleranz für Konflikte und eine niedrige Zufriedenheit.
- Väter zeigen Schwierigkeiten ihren Töchtern eine Halt gebende Beziehung anzubieten, ihnen in der altersangemessenen Entwicklung Unterstützung und Führung zu geben; sie tendieren dazu sich zu sehr aus der Versorgerrolle herauszuhalten.
- Eltern neigen dazu ihr eigenes Leben an die Essstörungssymptome des Kindes anzupassen bzw. sich diesen unterzuordnen: z.B. im Befolgen essgestörter Rituale, um Konflikte zu vermeiden
- Dysfunktionale Erziehungsstrategien können sich negativ auf die Behandlung der Essstörung auswirken, diese sogar schwer behindern
- Protektive familiäre Faktoren: Wirkgefühl und Erziehungskompetenz stärken
- **Negative/ kritische Einstellung der Familie zum essgestörten Kind (sich als Familienbelastung erleben): schlechter Prognosefaktor**

Die Geschichte vom Suppen-Kaspar

= die Geschichte einer Essstörung:



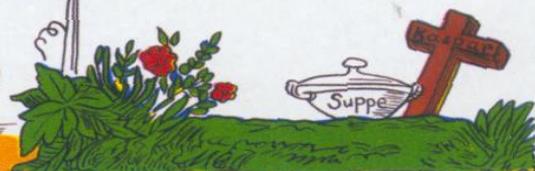
Der Kaspar, der war kerngesund,
ein dicker Bub und kugelrund,
er hatte Backen rot und frisch,
die Suppe aß er hübsch bei Tisch.
Doch einmal fing er an zu schrei'n:
„Ich esse keine Suppe! Nein!
Ich esse meine Suppe nicht!
Nein, meine Suppe eß' ich nicht!“



Am nächsten Tag, – ja, sieh nur her!
Da war er schon viel magerer.
Da fing er wieder an zu schrei'n:
„Ich esse keine Suppe! Nein!
Ich esse meine Suppe nicht!
Nein, meine Suppe eß' ich nicht!“



Am vierten Tage endlich gar
der Kaspar wie ein Fädchen war.
Er wog vielleicht ein halbes Lot –
und war am fünften Tage tot.



- **dicker Bub (fühlt sich zu dick)**
- **schreit (verweigert)**
- *wird nicht (richtig) verstanden,*
- *kann sich aber auch nicht richtig verständlich machen*
- *kommt selbst nicht heraus aus dieser Verstrickung und*
- *Eltern sind dazu leider auch zu wenig hilfreich*

- Die Pat. berichtet, dass sie schon immer im niedrigen Normalgewichtsbereich gewesen sei. Schwierigkeiten habe sie mit dem Essen das erste Mal mit 11 Jahren gezeigt. Als Ursache nennt sie hohen Leistungsdruck, wobei sie das restriktive Essen genutzt habe, um die Überforderung damit nicht mehr so stark wahrzunehmen.
- Sie beschreibt sich als perfektionistisch, leistungsorientiert, geradlinig (schwarz-weiß-Denken) und streng zu sich selbst. Sie könne sich im Ausleben ihres Perfektionismus (alles richtig machen wollen) selbst nicht bremsen und komme mit dem Gefühl nicht auszureichen und den Ängsten kritisiert zu werden, nicht zurecht.
- Seit ihrem 11. Lebensjahr erlebe sie sich anders als ihre Peers (sensibler, ängstlicher, unsicherer im Kontakt, fehlervermeidend), was sie lange daran gehindert habe, offen in den Kontakt zu gehen. Sie erlebe sich meist als Außenseiterin.
- Sie habe für 1 ½ Jahre in einer romantischen Beziehung gelebt, in welcher sie sich schnell emotional und finanziell (er habe ihr häufig ein schlechtes Gewissen gemacht, damit sie das macht, was er sich von ihr wünscht) ausgenutzt gefühlt habe. Sie habe die Beziehung vorher nicht beendet, da sie der Norm entsprechen wollte (alle meine Freundinnen haben einen Freund, dann brauche ich auch einen und darf nicht allein sein).

S3-Leitlinien Kapitel I: Epidemiologie

Risikogruppen: Jugendliche Mädchen (und Frauen bis 35 Jahre) in westlichen Industrieländern

Risikofaktoren:

Überangepasstheit in der Kindheit und mangelnde Entwicklung eines positiven Selbstwert- und Körpergefühls. Den Eindruck entwickeln:

„ich bin zu viel oder alles ist zu viel für mich, ich sollte weniger sein bzw. Hungern bedeutet auch (sich) weniger zu spüren“

Menschen die exzessiv Sport oder Leistungssport, klassisches Ballett oder Tanzsport betreiben (ästhetische Sportarten bei Frauen 42%; „Antigravitationssportarten“ und Jockeys bei Männern 22%).

Schwarze Frauen in den USA entwickeln extrem viel seltener eine AN als weiße Frauen, obwohl gleicher Schlankheitsdruck. Eineiige Zwillinge haben ein deutlich erhöhtes Risiko, dass beide eine AN entwickeln als zweieiige Zwillinge.

Krankheitswertig: sind **zeitintensive Sorgenprozesse** zum Thema Essen, Gewicht, Figur und eine **mangelnde kritische Distanz dazu (kognitive Fusion), Selbstwert relevant, dadurch dysfunktionales Verhalten**

Gewicht und Figur gewinnen eine zu hohe Selbstwertrelevanz



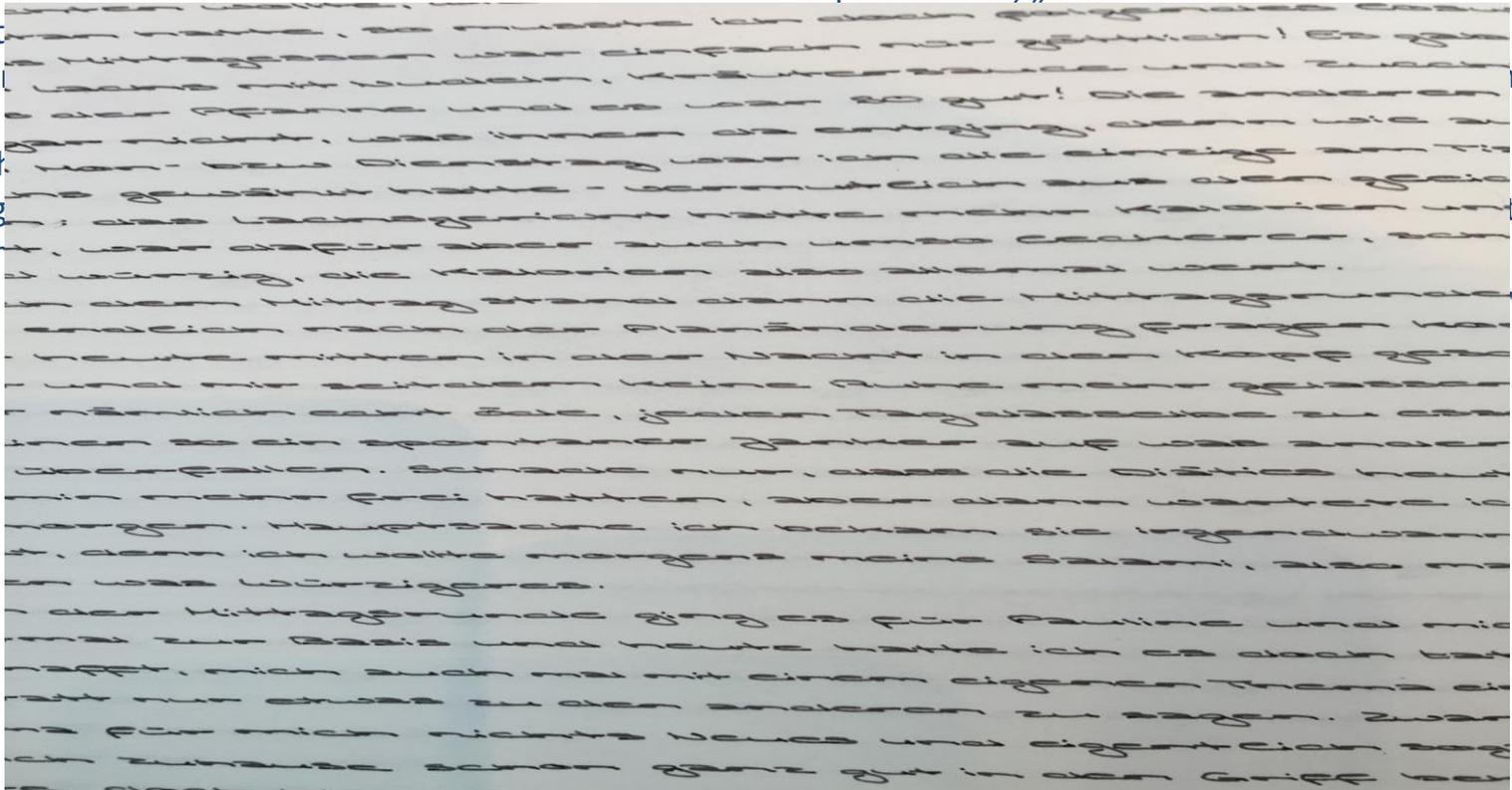
„weil das Leben leichter wird wenn man leichter wird“

Resilienzforschung

***Die Eiche kämpfte gegen den Wind und wurde gebrochen,
die Weide bog sich, als sie musste, und überlebte. - Robert Jordan***

Temperament- und Persönlichkeitsfaktoren

- ✓ Hoch sensibel, zumeist intelligente Mädchen
- ✓ Tief beeindruckbar, introvertiert, ängstlich, zwanghaft
- ✓ Hohe Außenorientierung (scannen ihre Umgebung danach ab, was von ihnen erwartet wird)
- ✓ Hoher Gerechtigkeitssinn, Konflikt vermeidend
- ✓ Perfekt geradlinig
- ✓ Im Verfügebar (niemandem)
- ✓ Überwiegen negativer Affekte/ Hemmung der emotionalen Expressivität/ Anhedonie
- ✓ niedriges Selbstbewusstsein / negatives Selbstkonzept hohe Selbstkritik
- ✓ sehr unsicher im Umgang mit Anderen und ihnen unbekanntem Situationen, reduzierte soziale Spontaneität, „harm avoidance“



ie
Halt
tuale),
vieder

„Das Problem ist nicht das Problem.

Das Problem ist die

Einstellung

zum Problem!“

[REDACTED]

Sie haben einen großen Teil dazu beigetragen, dass ich Probleme nicht mehr als solche ansehe, sondern die Perspektive ändern kann und auch vieles mit Humor nehme. Am besten haben mir Ihre Geschichten und Beispiele gefallen, von denen Sie in jeder Situation berichten konnten. Ich bewundere Ihre stetigen Bemühungen, die Person hinter der Krankheit zu sehen und dass Sie niemanden aufgeben, auch wenn es dafür ab und zu harte Worte braucht. Sie leisten mit Ihrem Mann zusammen großartige

Anorexie assoziierter Denkstil

Betroffene wollen alles perfekt machen, haben damit wenig Übersicht und weniger Blick für andere Optionen; wenig Fähigkeiten zum Multitasking, wenig Adaptionsmöglichkeiten an Planänderungen, damit oft wenig ökonomischer Weg (z.B. Schreiben einer Geburtstagskarte, Hausaufgaben, Wochenrückblick, Wegbeschreibung

„ den Wald vor lauter Bäumen nicht sehen “ (weak central coherence)

damit abhängiger von Routine und Gewohnheiten, was Möglichkeiten und Erfahrungen machen reduziert und viel Zeit verbrauchen kann, die für Besseres gut genutzt werden könnte; Unterbrechungen des gewohnten Ablaufes kann Betroffene deshalb sehr irritieren und aufbringen

Bryan Lask:

*Nicht „was denkt die Patientin?“
sondern „wie kompliziert /
unflexibel denkt sie?“*

*Nicht „was tut sie?“ sondern
„wie tut sie es?“*



in Alltagsanforderungen ertrinken

Aufgabe: beschreibe dieses Bild in einem Satz



„den Wald vor lauter Bäumen nicht sehen....“

View from the window

A lawn in the centre surrounded by buildings. Bushes in the foreground & trees further away. A beautiful blue sky

Testperson

On the right there's a 4-storey wing of the hospital at right angles to the part we're in. In front of this there's a wide path that leads to a metal fence. Behind the fence are more hospital buildings. In front of the 4-storey building there are 2 large paths. One has a smaller black ribbed bit. On the left of the path near to the window are 2 small flowerbeds. The one further away is filled with mainly pink geraniums. The other one has purple lilacs and white peonies. Next to the path on the left ~~area~~ is ~~area~~ a grass area. In this at the far end of the path by the metal fence are 2 large trees and a bush. Just under the window you can just see the tops of bushes. The 4-storey building is red brick. The windows have white frames. Many are open. There's also 2 blue doors.

Patientin

- **Was stresst von den speziellen Verhaltensweisen oft am meisten und anhaltend ?**
- **Perfektionismus**
- **mangelndes Selbstwertgefühl**
- **Ängste vor dem Essen**

Perfektionismus ist ein übertriebenes Streben nach Perfektion und Fehlervermeidung

1. **Streben nach Vollkommenheit** (perfektionistisches Streben): fasst unter anderem die Eigenschaften **hohe persönliche Standards** und **Organisiertheit** zusammen
2. **Übertriebene Fehlervermeidung** (perfektionistische Besorgnis):
umfasst die Eigenschaften Leistungszweifel und Fehlersensibilität (ärgert sich z.B. über kleine Fehler, auch wenn das Ergebnis gut war), auch Angst vor Bewertung, besonders durch Eltern und Schule
 - Perfektionsstreben mit hoher Ausprägung in der Dimension des perfektionistischen Strebens, aber niedrige Ausprägung in der Dimension der perfektionistischen Besorgnis = **gesund oder funktional bzw. Exzellenz** (Zeit und Kosten werden beachtet, es wird priorisiert)
 - hohe Ausprägung in beiden Dimensionen = ungesundes bzw. dysfunktionales Perfektionsstreben: **Perfektionist verwechselt Perfektion mit Qualität, Gegenpol ist Versagen**

- **Wesenszug („trait“) Perfektionismus**

auf sich selbst bezogen: sich hohe Standards setzen, sich gleichzeitig hoch kritisch bewerten

sozial verschrieben: davon ausgehen, dass andere Perfektion von mir erwarten und keine Fehler machen dürfen

auf andere bezogen: von anderen Perfektion fordern

- **Perfektionistische Selbstpräsentation:**

für andere perfekt erscheinen wollen (kein eigenes Streben)

unbedingt Fehler vermeiden wollen, Fehler keinesfalls eingestehen bzw. offenlegen

- Gesundes (normaltypisches Denken) unterscheidet zwischen:

Wie bin ich ?

Wie will ich von anderen gesehen werden?





Selbstwertgefühl

- Im Vergleich zu Kontrollpersonen haben sowohl akut untergewichtige, als auch gewichtsnormalisierte Frauen mit AN ein signifikant niedrigeres Selbstwertgefühl
- Bei akut untergewichtigen Patientinnen führt die Gewichtabnahme zu einer Steigerung des Selbstwertgefühls
- Dabei steht der Leistungsaspekt ggü dem Überlegenheitsgefühl deutlich im Vordergrund

Vermeidung negativer Emotionen durch das Hungern / Aggressionshemmung

„Je niedriger der BMI, desto weniger negative Worte werden in autobiographischen Berichten verwendet“

(Brockmeyer et al. Clin. Psycholog. Psychotherapie 2013; Brockmeyer et al 2013; Psychiatrie research).

Ängste vor dem Essen:

Anorexia nervosa Patient:innen:	vor Lebensmitteln
Atypische AN und Bulimia nervosa:	vor der Gewichtszunahme
Unspezifische Essstörung und Adipositas:	vor Bewertung
Untergewichtige:	am häufigsten Angst vor Lebensmitteln
Normalgewichtige:	am häufigsten Angst vor der Zunahme
Übergewichtige/ Adipöse:	am häufigsten Angst vor Bewertung

Intuitives Essen

auf den Bauch bzw. den Körper hören als Gegenentwurf zu strengen Diäten oder Ernährungsempfehlungen

Regulation der Nahrungsaufnahme durch Nahrungskomponenten (Fett, Eiweiß, KH)
Stoffwechselhormone und
Signale aus dem GI-Trakt

deshalb (z.B. wegen Insulinresistenz) untauglich bei Adipositas und auch bei Essstörungen (Essen beeinflusst durch Emotionalität, Heißhunger oder durch Zwanghaftigkeit gesteuert)

- Die Patientin habe versucht sich seit ihrer Entlassung mit einem Gewicht von 41,9kg/ BMI 17,9kg/m²; 29.PZ) zuhause entgegen unserer Empfehlung „**intuitiv**“ zu ernähren und nicht an den hiesigen Essplan gehalten. Die Eltern hätten sich darauf eingelassen unter der Prämisse, den Essplan wieder zu nutzen, falls das Gewicht rückläufig sein sollte.
- L. habe rasch wieder restriktiv gegessen und die Eltern bezüglich des Gewichts angelogen, da sie diese nicht habe enttäuschen wollen und sei davon überzeugt gewesen, eigenständig wieder mehr essen zu können. Nachdem der Mutter nach einem Monat aufgefallen sei, dass das mitgeteilte Gewicht nicht echt sein kann, habe L. ihre Symptomatik offengelegt, sich allerdings nicht auf die Forderungen der Eltern eingelassen (erhöhen des Essplans, regelmäßige Mahlzeiten), sodass die Mutter die hiesige Wiederaufnahme organisiert habe.

Zusammenfassung bzw. Does and Don`ts

- Die Eltern sollen verstehen bzw. es unbedingt herausfinden und wissen wollen, was so ängstigend am Normalsein – also auch daran ein normales Gewicht zu haben - für ihr Kind ist - was so überfordernd in ihrem Alltag ist?
- Erkennen, dass die Betroffenen zu rigide/ zwanghaft/ übergenau/ im Detail verloren sind, zu wenig priorisieren können, als dass sie mit ihren alltäglichen Anforderungen klarkommen könnten (Ch. Fairburn: Betroffene brauchen einen Knopf im Ohr bzw. jemand der ihnen vorsagt, wie Leben geht)
- Eloquenz und Sturheit des essgestörten Kindes nicht als überhebliches Dominanzverhalten sondern richtig deuten lernen: sie sind Detail fokussiert und übergenau, bleiben damit in allem stecken und brauchen aktiv herauslösen, auch aus ihrem zu hohen, übertriebenen Gerechtigkeits Sinn. Sie können sich selber wo wenig helfen, wissen nicht zu verhandeln, sind nicht diplomatisch.
- Vorsicht: nicht übertreiben mit der Aufteilung in Kind und Essstörung („das bist nicht du, das ist die Essstörung“)
- Sie brauchen klar definierte bzw. ausgehandelte Absprachen und Grenzsetzungen gegen rigide-zwanghaftes Beharren: wenn der Klügere (hier Gesundere) nachgibt, gewinnt das Essgestörte! Aber auch keine Gewinner und Verlierer hinterlassen!
- Thema „etwas Versprechen und das Versprechen brechen müssen wegen neuer Einsichten“: das kann und wird passieren
- Vermitteln dass man einsieht, dass die Betroffenen dieses Problem haben und nicht auch noch das familiäre Problem sind – sie hätten dann 2 Probleme
- Essstörungen als phobische Störungen sehen und deshalb nicht auf Eigenverantwortung pochen, sondern sie brauchen immer wieder und weiter in Richtung Gesundheit entwickeln/ dorthin „ziehen“

Don`ts: ein konkretes Beispiel

- Eltern streiten sich mit dem Kind beim Essen, zeigen sich hoch belastet, sagen dies dem essgestörten Kind auch noch: dem Kind geht es damit noch schlechter: es hat Schuldgefühle, kommt dadurch nicht näher ans Essen, sondern eher weiter weg oder verletzt sich auch noch selbst – also lieber gar nichts tun als etwas Falsches!

Dos:

- Deutlich das Essen bzw. Aufessen einfordern, dabei als Eltern souverän und stark in der Position bleiben, wenn Vorwürfe oder Ärgerlich werden passieren, sich dann beim Kind entschuldigen und immer wieder betonen, dass das Kind die Kranke ist und dass einem das auch leid tut, dennoch ist die Lösung jetzt aufessen.
- Immer wieder nach Schuldgefühlen fragen, die das Kind nicht haben muss – es ist ja nicht absichtlich essgestört, aber wir müssen die Absicht gemeinsam entwickeln zu essen. Soll Papa dazu ein Lied singen? (etwas Humor schadet nicht)
- Folge: das essgestörte Kind soll in die Diskussion mit den Eltern kommen, ohne sich mit Schuldgefühlen herumschlagen zu müssen, lernen sich auseinander zu setzen und auf eine zum ängstlich-sensiblen Naturell passende Art Ärger auszudrücken, anstatt ihn für sich zu behalten und essgestört zu regulieren
- Die Grundhaltung der Eltern sollte sein: mein Kind braucht spezielle, zu ihm passende Hilfe; es will mich nicht ärgern, es ist verbohrt in der Idee bzw. in der Angst vor dem Zunehmen bzw. wieder Normalsein

S3 Leitlinien:

Auch mit Sorgeberechtigten tragfähige Beziehung aufbauen !!!

Familienbasierte Interventionen/ Elterntaining:

- **Eltern-/Familiengespräche/ FBT**
- **Eltern-Kind-Therapie-Wochen als Multifamilientherapie**
- **Familientage**

Vielen Dank für Eure/ Ihre Aufmerksamkeit !

