

# Familienbasierte Interventionen bei Anorexia nervosa - stationär

## Eltern-Kind-Therapiewoche April 2026

---

**Dr. med. Wally Wünsch-Leiteritz, Janine Greibel und das gesamte 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)



## Ablaufplan für die Eltern-Kind-Therapiewoche 13.-17.04.2026

### Montag

14:30 - 15:30 Begrüßung/ Vorstellung und Wünsche an diese Woche

15:30 - 16:00 *Zwischenmahlzeit*

16:00 - 18:30 Einführungsvortrag

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 (Genauerer im Therapieplan des Kindes)

13:00 - 13:30 *Gemeinsames betreutes Mittagessen*

13:40 - 14:10 Eltern-Kind-Mittagsessstörungsgrupp

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

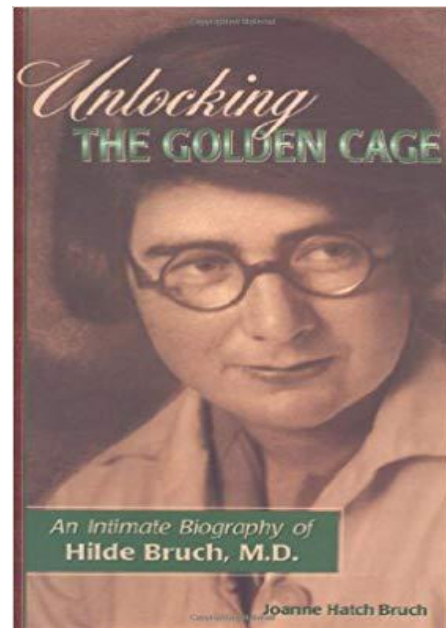
16:30 - 18:30 Eltern-Kind-Großgruppe (Tagesresümee)

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

### Freitag

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

# Patient:innen brauchen Therapie - Eltern brauchen Coaching



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

## Die Rolle der Familie bei Essstörungen

„ Es ist notwendig, die Kinder von ihren Vater und ihrer Mutter zu trennen, da der Einfluss, wie die Erfahrung zeigt, besonders schädlich ist.

### **Parentektomie**

Prof. Jean Martin Charcot  
(1825-1893)



**Es gibt wenig Zweifel, dass das Vorhandensein einer Essstörung einen großen Einfluss auf das Familienleben hat. Mit der Zeit beginnen Lebensmittel, Essen und die begleitenden Sorgen die Familien zu sättigen (überfordern). Infolge wird die tägliche Familienroutine ebenso wie das familiäre Problemlösen davon beeinflusst.**



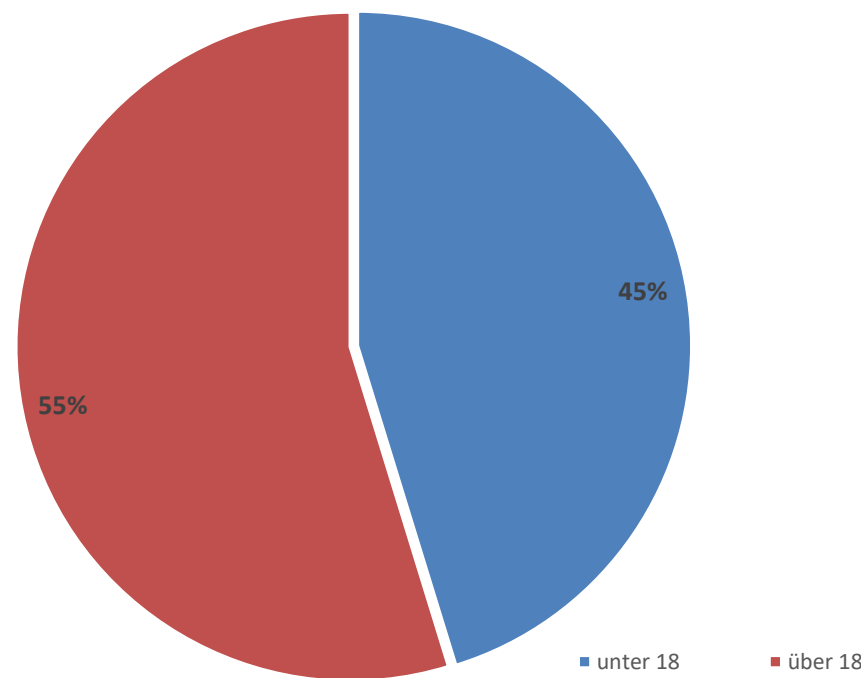
„ Familien-Basierte Therapie (FBT): helps the parents help their kids  
(Prof. Daniel Le Grange)



**FBT hilft den Eltern ihren Kindern zu helfen**

**das gilt bei uns für jedes Alter:**

**mit 18 Jahren ist nicht Schluss mit Familientherapie**



*„Unsere Ergebnisse unterstützen die Rolle der familienbasierten Therapie und der kognitiven Verhaltenstherapie (CBT) bei Anorexia nervosa (AN). Alle Hauptleitlinien zeigen die Wirksamkeit von familienbasierten Interventionen bei Jugendlichen mit AN an. Darüber hinaus können laut einer aktuellen Übersichtsarbeit auch junge Erwachsene mit AN von diesen Interventionen profitieren.“*

## S3- Leitlinien

**Familienbasierte/-orientierte Interventionen/ Elternt raining/-coaching**

## Unsere Klinik

- **Eltern-/ Familiengespräche/ FBT (seit neuestem FIAT)**
- **Eltern-Kind-Therapie-Wochen als Multifamilientherapie (Hochdosis)**

## Betreutes Wohnen für Menschen mit Essstörungen (Amidon/Uelzen)

- **Famili entage**

# Unsere Grundsätze der Zusammenarbeit mit den Eltern/ Angehörigen

- Offenes Haus, Kontakt immer möglich, d.h. keine festgelegten Besuchszeiten (ab 22:30 Uhr Nachtruhe)
- Eltern müssen Klinikregeln kennen, um sich hier von Anfang an richtig (gegen die Essstörung) zu verhalten; Eltern als Cotherapeuten
- Abreise der Eltern bei Behandlungsbeginn erst, wenn Patient:in isst und sich einverstanden zeigt sich zu integrieren (darf Tage/ Wochen dauern)
- Weglaufen verhindern: ein Teil von zuhause ist in der Klinik
- Familiengespräche möglich ab Tag 1, je jünger desto häufiger, mindestens alle 2 Wochen im Therapieverlauf empfohlen (vor Ort oder Video)
- Je mehr Schwierigkeiten im Behandlungsverlauf, umso proaktiver unsererseits Einbindung der Eltern

**Eltern sind nicht Teil des Problems  
sondern Teil der Lösung**

---

# Typische Herausforderungen

- **Hohe familiäre Belastungen: als Patientin eine Belastung sein**
  - **mangelnde Eltern-Kind-Hierarchie**
  - **überbesorgter Erziehungsstil und damit zu wenig Autonomie fördernde Stimuli**
  - **chronisch (schwelende) Paarkonflikte / Miteinbezug des vernünftigen Kindes, das sich zu wenig dagegen wehren kann**
-

# Typische Herausforderungen

- **Generationenübergreifende Ablöseprobleme**
  - **unflexibler Denkstil als familiäres Problem**
  
  - **Ein fortwährendes Missverständnis der Problemlagen des Kindes, aus dem resultiert...**
-

**Nice Guidelines 2004:**

**high concern parenting = überprotektives elterliches Erziehungsverhalten oder**

**„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**

---

## Typische Herausforderungen: was sagen Studien?

**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 (Vandereyken)**

---

## Wege der Einbindung der Eltern in die stationäre Behandlung

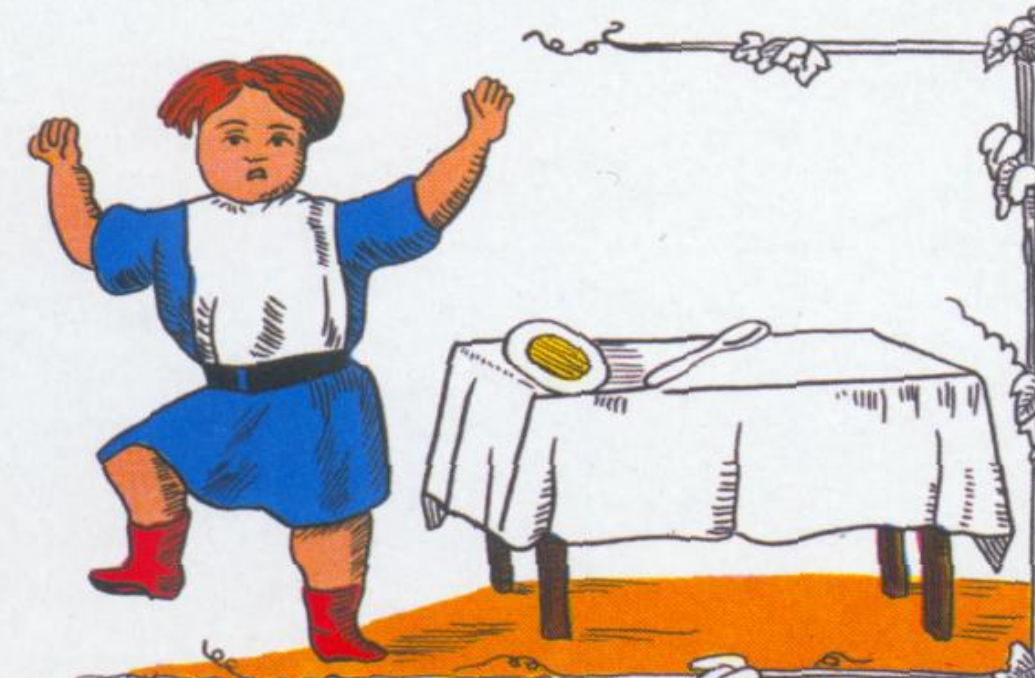
- **geplante oder akut intervenierende Familiengespräche**
  - **Vor-Ort- Sein der Eltern mit Coaching auch niedrigschwellig im Klinikalltag**
  - **Eltern-Kind-Therapiewochen (als Multifamilientherapie, ohne Geschwister) 7x im Jahr**
    - **Gemeinsame betreute Mahlzeiten**
    - **Gemeinsame Ernährungstherapie**
    - **Gemeinsame Gruppenpsychotherapie**
    - **Gemeinsame Kunst-Therapie**
  - **Samstagsbrunch (jährlich letzter Samstag im Mai)**
  - **Mittwochabend klinikinterne sog. Gesundheitsvorträge (anwesende Eltern können teilnehmen)**
-

# Psychoedukative Interventionen

## Wie entwickelt sich die Essstörung?

- 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 die Familie ist – so wie sie funktioniert – hier zu wenig hilfreich

## Die Geschichte vom Suppen-Kaspar



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!“

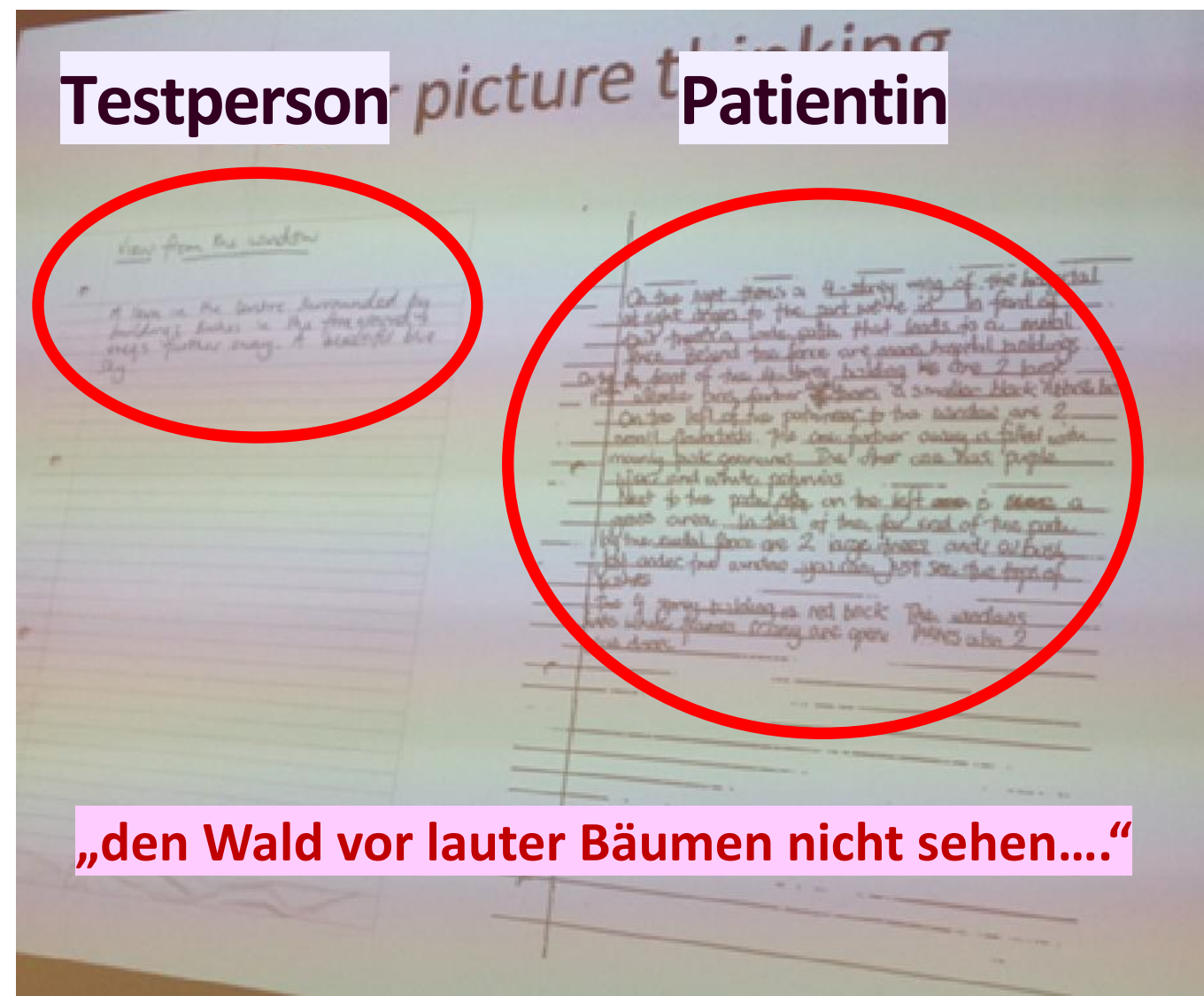


Am dritten Tag, o weh und ach!  
Wie ist der Kaspar dünn und schwach!  
Doch als die Suppe kam herein,  
gleich fing er wieder an zu schrei'n:  
„Ich esse keine Suppe! Nein!  
Ich esse meine Suppe nicht!  
Nein, meine Suppe eß' ich nicht!“

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

# Psychoedukative Interventionen

Wie denken die Betroffenen, wie tun sie etwas? Nicht was denken sie und was tun sie? (Brian Lask)

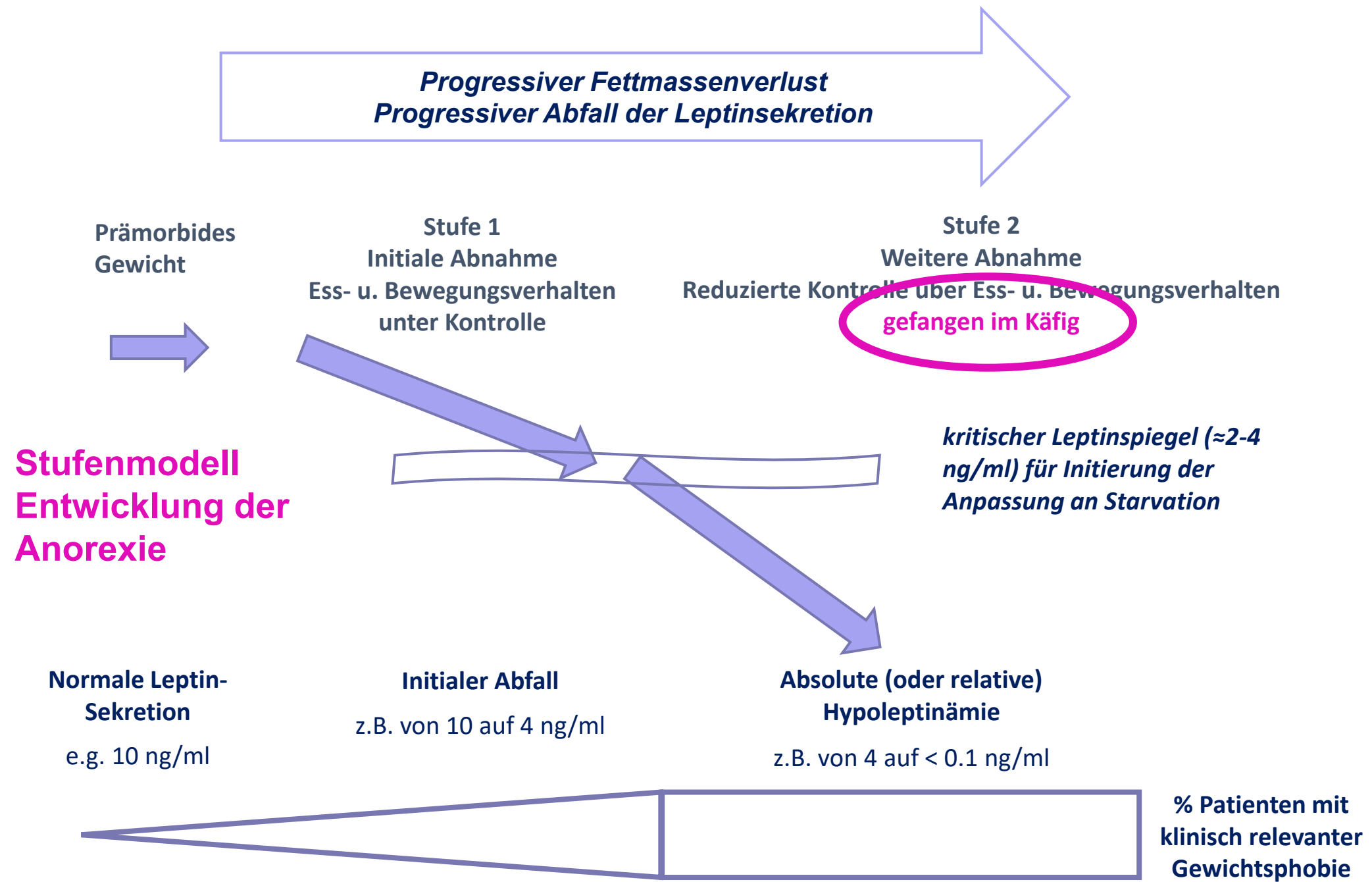


## Psychoedukative Interventionen

**Das muss mein Kind selbst entscheiden/ auf Eigenverantwortung pochen ...**

- **Aufklärung über körperliche und psychische Befunde/ Folgen des Hungerzustandes**





# Psychoedukative Interventionen

**Das muss mein Kind selbst entscheiden...**

- **Über das eingeeengte Denken durch den Hungerzustand**
  - **Keine/ eingeschränkte folgenorientierte Entscheidungsfähigkeit**
-

# Schwimmen ist gesund!

**... oder?**



## Psychoedukative Interventionen

**auf Eigenverantwortung pochen - das muss mein (auch schon erwachsenes Kind) selbst entscheiden...**

- **Aufklärung über körperliche/psychische Befunde, z.B. den Leptinspiegel bzw die Folgen für Knochen, Niere, Herz .....**
  - **über das eingeeengte Denken durch den Hungerzustand**
  - **über die Wichtigkeit eines beherzten Eingreifens eines verstehenden Umfeldes und dies nicht als Einmischung in Freiheitsrechte missverstehen**
-

# Interventionen in der stationären Familientherapie: Die Welt durch die Augen der Betroffenen verstehen lernen, um helfen zu können

- ✓ 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
  - ✓ Perfektionismus, Asketizismus, Detail focussiert, geradlinig bis zur Sturheit, unflexibel
  - ✓ Im Verhalten zumeist sehr angepasst, regelkonform, gefügig, brav, „wollen alles richtig machen und niemand enttäuschen
  - ✓ 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“
  - ✓ unzureichende altersentsprechende Autonomie
  - ✓ Beharrlichkeit und Rigidität, fixiert auf äußere Halt gebende Strukturen (Symmetrie, Ordnung, Rituale), findet sich in der Esskontrollsymptomatik, im Schriftbild, in der Art Ordnung zu halten u.a. wieder
-

## Interventionen in der Familientherapie:

### **Dranbleiben**

Es gibt nicht “die eine entscheidende Intervention” oder “den einen richtigen Zeitpunkt”,  
damit etwas zur Betroffenen durchdringt

---

# **Interventionen in der familienbasierten Therapie: Rollenvorbild sein**

**Die Eltern/ Angehörigen brauchen Orientierung**

**Vorsicht: Heilung entsteht da, wo Beziehungen entstehen ??**

---

# Interventionen: Sich einmischen in alltägliches Handeln

Das Universum kennt keinen Schmerz.  
Manchmal muss ich lachen darüber, dass der Haufen Biomasse neben mir sprechen kann. Wenn Teile meines Gehirns sich für einen kurzen Moment abschalten und ich versnehe, dass die Persönlichkeit zu meiner Linke nur in einem von ihnen existiert, als chronologisch geordnete Ansammlung von Daten regelmäßigen Verfalls, und dass sie außerhalb jener Areale nicht existiert, maximal als Alternativversionen ihrer selbst in den Köpfen anderer Menschen, deren Präzessionen die Regelmäßigkeit anders wahrhaben.  
Ist es also nicht beruhigend, dass ich durch den Hirntod nicht von dieser wunderbaren Person getrennt werden würde, sondern sie mitsamt jeder Möglichkeit einer Erinnerung an sie gänzlich annulliert werden würde?  
Eher nicht, wenn ich mir vorstelle, dass niemand jemals wieder Zugriff auf den schönsten Datensatz des Universums haben würde. Doch bei genauerer Betrachtung bin ich ohnehin die einzige, die Zugriff darauf hat; es sei denn, ich könnte irgendwie zu den anderen

sorgfältig?

Ein Gefühl für „genug“ kann nicht vorausgesetzt werden und muss gelernt / trainiert werden

pünktlich?

ordentlich?



# Interventionen: Sich Auseinandersetzen bzw. sich Streiten üben

**Wichtig:  
am Ende keine  
Gewinner und  
Verlierer**

## 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 zusammenarbeiten, souverän und stark in der Position bleiben, wenn Vorwürfe oder Ärgerlich werden passieren, sich dann beim Kind entschuldigen und immer wieder betonen, dass das der kranke Teil im Kind 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 den gesunden Anteil stärken und damit die Absicht zu essen gemeinsam entwickeln. 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-zwanghaft-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 (bzw. der kranke Anteil in ihm) ist verbohrt in der Idee bzw. in der Angst vor dem Zunehmen bzw. wieder Normalsein

---

## Interventionen : Wichtiges von Unwichtigem unterscheiden lernen

Muss mein Kind  
Nudeln essen  
(wollen)?

Muss mein Kind  
selbst kochen und  
allein portionieren  
können?

Muss mein Kind  
vegane Ernährung  
lassen?

## **Interventionen in der stationären Familientherapie: Emotionale Unterstützung und dadurch Sicherheit für die Eltern**

**Klären realistischer  
Erwartungen an den  
Verlauf der Störung, um  
den Druck „sofortiger  
Heilung“ zu nehmen  
bzw. die Bewertung von  
Rezidiven zu  
relativieren**

**Enttabuisieren,  
dass auch die  
Eltern sich Hilfen  
holen dürfen, um  
eigene Belastungen  
zu reduzieren**

**Gruppencoaching  
zusammen mit  
anderen  
Angehörigen von  
Betroffenen**

---

## Weitere Aspekte:

- 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 seinem 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 Dominanz- oder kompetentes Verhalten oder 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 Gerechtigkeitsinn. Sie können sich selber wo wenig helfen, wissen nicht zu verhandeln, sind nicht diplomatisch.
  - „Das bist nicht du, das ist die Essstörung“: diese Aussage/ Haltung soll helfen, das Gesunde im Kind zu trennen von der Essstörung
  - Sie brauchen zusammenarbeitende Eltern mit klar definierten bzw. ausgehandelten Absprachen und Grenzsetzungen gegen rigide-zwanghaftes Beharren: wenn der Klügere (hier Gesündere) 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“
-



„weil das Leben leichter wird wenn man leichter wird“

Vielen Dank für Eure/Ihre Aufmerksamkeit !

Resilienzforschung:

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

also: nicht leichter werden, sondern biegsamer....