

Systemische Therapien bei Jugendlichen und Erwachsenen mit Essstörungen



Systemic Treatment of Eating Disorders

Patrick Pasi¹ und Dagmar Pauli²

¹Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik, Universitätsspital Zürich

²Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, PUK Zürich

Zusammenfassung: Essstörungen sind schwere psychosomatische Krankheiten mit beträchtlichen psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten, verminderter Arbeitsfähigkeit, starker Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und hohen Behandlungskosten. Da die Erkrankung typischerweise in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter beginnt und frühe Interventionen erwiesenermaßen zu einer besseren Prognose führen, gab es in den vergangenen Jahren viel Therapieforschung zur Behandlung der Essstörungen im Jugendalter. Bei Jugendlichen überwiegt die Wirksamkeit der Familientherapie verglichen mit der Einzeltherapie, die bei Erwachsenen in den internationalen Behandlungsrichtlinien immer noch die beste Evidenz hat. Bei Jugendlichen mit Bulimia nervosa wird ebenfalls die Familientherapie empfohlen. Bei Betroffenen mit Binge eating und Adipositas ist man mit der Forschung betreffend familienbasierter Ansätze noch am Anfang, es gibt aber erste ermutigende Resultate. Dieser Artikel fasst einige systemtherapeutische Ansätze für Familien von Jugendlichen und Erwachsenen mit Essstörungen zusammen, mit Bezug auf die neusten Forschungsergebnisse. Zudem werden Anpassungen der Konzepte an Gegebenheiten des Gesundheitssystems erwähnt, mit dem Ziel, umfassendere Behandlungsangebote für Patienten mit Essstörungen und deren Familien anzubieten.

Schlüsselwörter: Familientherapie, Multifamilientherapie, Essstörungen, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa

Abstract: Eating disorders (EDs) are deleterious illnesses that are associated with significant psychiatric and medical morbidity and mortality, considerable distress and impairment, marked caregiver burden, and high treatment costs. Because EDs commonly onset in adolescence and young adulthood, and with consistent evidence that early intervention results in the most promising treatment outcomes, an increasing amount of research has been devoted to the treatment of adolescent EDs. Although still less researched in adult presentations of EDs, the historical record of research on adolescent ED treatment over the last half-century principally supports family therapy. Current published clinical guidelines recommend an ED-specific family therapy as the first-line treatment of adolescents with anorexia nervosa (AN) and as a recommended treatment of adolescents with bulimia nervosa (BN). The number of treatment trials for adolescent AN has slowly grown over the last few decades and, more recently, family interventions include protocols extending to new populations and diagnoses, including BN. This narrative review summarizes existing family-based approaches to the treatment of adolescent EDs, integrating recent research findings. This article also includes discussion of methods, both current and proposed, that expand and adapt current family-based approaches in efforts to improve the breadth and scope of ED treatment in adolescence and young adulthood.

Keywords: Family-based treatment, multifamily treatment, eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa

Résumé: Les troubles de l'alimentation sont des maladies psychosomatiques graves avec des comorbidités psychiatriques et somatiques importantes, une capacité de travail réduite, une utilisation intensive du système de santé et des coûts de traitement élevés. Comme la maladie débute généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte et qu'il a été prouvé qu'une intervention précoce permettait d'améliorer le pronostic, de nombreuses recherches ont été menées sur le traitement des troubles de l'alimentation à l'adolescence ces dernières années. Chez les adolescents, l'efficacité de la thérapie familiale l'emporte sur celle de la thérapie individuelle, qui présente toujours les meilleures données probantes chez l'adulte dans les directives internationales en matière de traitement. En revanche, chez les adolescents souffrant d'anorexie mentale, la thérapie familiale est définie comme le traitement de première intention et est également recommandée chez les adolescents présentant une boulimie mentale. Les personnes touchées par l'hyperphagie boulimique et l'obésité en sont encore aux premiers stades de la recherche sur les approches axées sur la famille, mais les premiers résultats sont encourageants. Cet article résume certaines approches thérapeutiques systémiques dans les familles d'adolescents et d'adultes souffrant de troubles de l'alimentation, en se référant aux dernières recherches. En outre, des adaptations des concepts aux conditions du système de santé sont mentionnées, dans le but de stimuler des options de traitement plus complètes pour les patients souffrant de troubles de l'alimentation et leurs familles.

Mots-clés: Thérapie familiale, thérapie multifamiliale, troubles de l'alimentation, anorexie mentale, boulimie mentale

Rolle der Familie im Rahmen der systemischen Therapie

Anfänglich hatte man gedacht, dass der Familie eine wichtige Verantwortung in der Entstehung von Essstörungen zukommt [1] und sie deswegen nur zögerlich in den Behandlungsprozess eingeschlossen. Mit der Zeit ist die Familie allerdings zur wichtigen Behandlungsressource avanciert, da man zeigen konnte, dass im Rahmen eines systematischen Einbezugs der Angehörigen in die Behandlung einer Anorexia nervosa (AN) die psychische und somatische Morbidität sowie die innerfamiliären Konflikte deutlich reduziert werden konnten [2].

Die ersten randomisierten kontrollierten Studien zur stationären Therapie der juvenilen AN mit weniger als drei Jahren Krankheitsdauer zeigten nach Beendigung der Behandlung eine bessere Wirksamkeit der Familientherapie im Vergleich zur Einzeltherapie [3]. Seitdem hat man manualisierte Familientherapien (am häufigsten verwendet wird das Maudsley Manual aus London) entwickelt, die erfolgreich in verschiedenen Ländern angewendet werden.

Als Wirkfaktoren werden vor allem der klare Rahmen mit Fokussierung auf das Essverhalten und daraus folgender Durchbrechung des neurophysiologischen Teufelskreises der Essstörung sowie der konstruktive Einbezug der Eltern ohne Schuldzuweisungen gesehen [4, 5]. In einer Vergleichsstudie zwischen dem Maudsley-EDE-Q-Eating-Disorder-Examination-Questionnaire-Konzept und einer klassischen, auf Familienbeziehungen fokussierten systemischen Therapie zeigten sich ähnliche Remissionsraten, jedoch eine schnellere Gewichtszunahme und weniger weitere Hospitalisationen beim Vorgehen nach dem Maudsley-Konzept [6].

Das Maudsley-Konzept

Dieses Konzept betont, dass die Eltern nicht für die Entstehung der Essstörung verantwortlich gemacht, sondern als Ressource in die Behandlung einbezogen werden [7]. Dementsprechend wird die Familie zu Beginn der Behandlung psychoedukativ über die körperlichen und psychischen Folgen der Essstörung aufgeklärt und der daraus entstehende Teufelskreislauf beschrieben. Die Fachpersonen vermitteln, dass die Symptomatik nicht dem freien Willen der betroffenen Jugendlichen unterworfen, sondern Ausdruck einer schweren Erkrankung ist. Mit der Technik der Externalisierung werden die Symptome wie Verweigerung, mangelnde Krankheitseinsicht, Verbergen von Symptomen oder Manipulationen des Gewichts der Krankheit zugeschrieben und somit nicht die Patienten persönlich beschuldigt.

In der ersten Phase der Behandlung werden die Eltern instruiert, wie sie den Wiederaufbau der Ernährung bei ihren Kindern unterstützen können. Durch die vorübergehende Übertragung der Verantwortung für die Ernährung

auf die Eltern wird die Familie von den anhaltenden Diskussionen um das Essen entlastet. Je nach Alter werden die Jugendlichen angemessen in diesen Prozess einbezogen.

In einer zweiten Phase der Behandlung wird den Patienten wenn möglich die Verantwortung betreffend Nahrungsaufnahme zurückgegeben, dabei ihre altersgerechte Autonomisierung angeregt und der Gesundungsprozess sowie adäquate Familienbeziehungen gefördert.

In einer dritten Phase der Therapie werden Themen der Adoleszenz wie Ablösung und Autonomie mit der Familie bearbeitet.

Eine frühe Gewichtszunahme in den ersten Wochen der Therapie (ca. 1,8 kg nach einem Monat im Rahmen der stationären AN-Behandlung unabhängig von der Anzahl Sitzungen) ist prädiktiv für eine gute Prognose [8].

Familienbasierte Therapie (FBT) bei jungen Erwachsenen

Bei jungen Erwachsenen (17–25-Jährige) haben Erfahrungen aus einer adaptierten manualisierten Familientherapie (FBT-TAY: Family-Based Treatment of Transition-Aged Youth) und aus unserer Klinik gezeigt, dass man das Konzept an die altersentsprechenden Bedürfnisse anpassen soll. Man fragt z.B. die Patienten in Anwesenheit ihrer Eltern, was für eine Unterstützung sie sich von ihnen während den gemeinsamen Mahlzeiten wünschen und trifft dann konkrete Vereinbarungen betreffend Einkaufen, Zubereitung und Einnahme der Esswaren mit der Familie. Zudem werden entwicklungsgerechte Situationen wie Essen in der Mensa oder in der Wohngemeinschaft sowie die Arbeitswiedereingliederung oder Beginn/Weiterführung einer Partnerschaft gemeinsam diskutiert. Es werden auch Arbeitgeber-/Schulleitungsgespräche (evtl. in Anwesenheit der Eltern) organisiert.

In einer neuerlichen Untersuchung mit 26 FBT-TAY-Teilnehmern hat man signifikante Verbesserungen der EDE-Q Global Scores drei Monate nach Ende der Behandlung [9, 10] beobachtet.

Bei jungen Erwachsenen liegt der Behandlungsschwerpunkt grundsätzlich auf einzeltherapeutisch kognitiv-behavioralen Ansätzen (KVT), kombiniert mit der systemischen Therapie [11].

Gemäss unserer Erfahrung beginnt man dabei am besten mit einer explorativen Phase, bei der die verschiedenen Hypothesen der Familienangehörigen und Patienten zur Entstehung der Essstörung zusammengetragen wer-

Im Artikel verwendete Abkürzungen

AN	Anorexia nervosa
BED	Binge-Eating Disorder
BN	Bulimia nervosa
EDE-Q	Eating Disorder Examination-Questionnaire
ES	Essstörung
FBT	Familienbasierte Therapie
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie

den. Dann werden die gängigen Erklärungsmodelle vorgestellt und dadurch die Erkrankung in einen generellen Kontext gesetzt, was der Familie das Gefühl gibt, nicht ganz allein mit der schwierigen Situation zu sein und verstanden sowie akzeptiert zu werden. Es ist in dieser Phase auch wichtig, die Eltern von ihren Schuldgefühlen in Bezug auf die Entstehung der Essstörung zu entlasten, indem man auf die multifaktorielle Genese der Erkrankung hinweist. Bei jüngeren Erwachsenen, die noch klar im Familiensystem integriert sind, stärkt man zunächst die Erziehungsfunktion der Eltern, die die Unterstützung bei den Mahlzeiten der Patienten am Wochenende zu Hause vorübergehend übernehmen und sich langsam von der Überzeugung distanzieren, dass ihr Handeln die innerfamiliären Beziehungen verschlechtert und pathologische Essstörungsmuster zementiert. Der Fokus ist zu Beginn stark auf die Gewichtszunahme gelegt, da im Untergewicht die allgemeine psychotherapeutische Arbeit durch die reversible Hirnatrophie erschwert wird. Sobald das Gewicht genügend gestiegen ist und die Psychopathologie der Essstörung etwas in den Hintergrund getreten ist, können die Eltern (und Therapeuten) den Patienten wieder mehr Autonomie überlassen. In dieser Phase sollte der Therapiefokus wieder vermehrt auf die altersgerechten Entwicklungsaufgaben gelegt werden, die durch die Essstörung blockiert waren.

Eine Paartherapie wird empfohlen [12], falls Patienten in einer Beziehung leben, mit Beeinträchtigung derselben durch die Essstörung und Aufrechterhaltung der Essstörung durch Beziehungskrisen.

Das Maudsley-Konzept der Anorexiebehandlung für Erwachsene (Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults, MANTRA)

Diese Behandlung ist ein empirisch basiertes, kognitiv-interpersonelles Therapieprogramm für erwachsene AN-Patienten [13] mit einzelspsychotherapeutischen und systemischen Elementen. Es postuliert vier Faktoren, die die Krankheit aufrechterhalten: (1) ein rigider, unflexibler Denkstil, der durch Angst vor Fehlern und exzessive Detailfokussierung gekennzeichnet ist, (2) Defizite im sozio-emotionalen Bereich, (3) verzerrte Kognitionen der Betroffenen darüber, dass die AN der Person hilft, in ihrem Leben zu bestehen und (4) nicht hilfreiche Reaktionen des Umfeldes auf die anorektische Symptomatik (z.B. Kritik und Ablehnung der erkrankten Person, Vorwürfe, Überfürsorge, Anpassung der Familie an die Symptome). Denkstil und verzerrte Kognitionen werden bearbeitet und die Angehörigen sind eng in die Behandlung einbezogen. Hierfür wurde ein eigenes Manual mit einem Skills-basierten Training für Angehörige von Menschen mit Essstörungen konzipiert

[14]. Sie werden angeleitet, die Betroffenen emotional zu unterstützen, ohne sich in Detail-fokussierten Diskussionen über das Essen zu verlieren. Es werden Deeskalationsstrategien für familiäre Beziehungen und nützliche Kommunikations-Skills vermittelt. Eltern werden angeregt, über ihren eigenen Erziehungsstil auch in Bezug auf die Essstörung nachzudenken und nicht förderliche Handlungsweisen zu erkennen. Gemeinsam mit den Betroffenen wird erarbeitet, welche Handlungsstrategien nützlich für den Gesundungsprozess sind.

Eine zu kritische Haltung der Eltern, die ihre negativen Gefühle stark zum Ausdruck bringen, kann die Ergebnisse der AN-Behandlung negativ beeinflussen [15, 16], weswegen ein Elterncoaching («parent focused therapy», PFT) konzipiert wurde, in dem die Patienten zu Beginn der Therapiesitzungen eine stützende Therapie bekommen und der Rest der Zeit mit den Eltern verbracht wird [17, 18].

Anorexia-nervosa-Patienten aus desintegrierten familiären Verhältnissen, mit alleinerziehendem Elternteil oder mit starker zwanghafter Komponente profitieren besser von Langzeitbehandlungen [19].

Für Patienten die im ersten Therapiemonat nicht genügend an Gewicht zunehmen, hat man [20] ein intensives elterliches Coaching («intensive parental coaching», IPC) entwickelt, bei dem man gezielt auf die Wichtigkeit der frühen Gewichtszunahme hinweist und die elterliche Selbstwirksamkeit verstärkt, auch hier mit guten Resultaten [21].

Home Treatment für Jugendliche mit Anorexia nervosa

Einige Familien haben ungenügende Ressourcen, um die in der familienbasierten Therapie empfohlenen Strategien zur Unterstützung ihrer Kinder umzusetzen. Home Treatment kann für diese Familien eine Unterstützung sein, die spezifischen Strategien der FBT zu Hause umzusetzen. Gleichzeitig können die familiären Beziehungen und Kommunikationsmuster verbessert werden, die die Essstörung aufrechterhalten. Es zeigte sich zudem, dass störungsübergreifend die Dauer von Hospitalisationen mittels Home Treatment verkürzt werden kann [22]. In zwei randomisierten Studien konnte die Rate an stationären Zuweisungen bei Jugendlichen mit Essstörungen durch Home Treatment vermindert werden [23, 24].

Die Durchführenden sind meist Pflegefachpersonen, die sowohl die Prinzipien der motivationsfördernden Gesprächsführung als auch systemische Strategien beherrschen sollten. Die Familie wird angeleitet, beim Essen nicht über das Essen, sondern über andere Themen zu sprechen. Den Jugendlichen werden Diskrepanzen zwischen dem aktuellen Verhalten und ihren eigenen langfristigen Zielen aufgezeigt.

FBT für die Bulimia nervosa

Obwohl die Prävalenz der Bulimia nervosa (BN) höher als die der AN ist, gibt es eher wenig Studien die die Wirksamkeit der FBT bei dieser Population untersuchen, weil bei der adulten BN die Einzel-KVT immer noch als Behandlung erster Wahl gilt [25]. Aufgrund des Erfolges der FBT-AN-Programme bei Adoleszenten und wegen der transdiagnostischen Entität der Essstörung-Symptomatologie hat man FBT-BN (in Anlehnung an FBT-AN-Konzepte)-Programme erstellt, die auf Aufklärung der Ursachen der Essstörung, Externalisierung der Essstörung und Befähigung der Eltern basieren, die dysfunktionalen bulimischen Verhaltensmuster zu durchbrechen [26]. Untersuchungen, die die FBT-BN mit einer stützenden Psychotherapie (supportive psychotherapy, SPT; entspricht einer üblichen sozialpsychiatrischen Behandlung) vergleichen [27], kommen zum Schluss, dass FBT-BN und Einzel-KVT ähnlich gute Resultate bei der Reduktion von Binge-Purge-Verhalten zeigen, die FBT aber schneller zum Ziel kommt und kosteneffizienter ist.

Im Vergleich zu den AN-Programmen fiel auf, dass BN-Patienten oft besser am Therapieprozess teilnehmen konnten, da ihre Entwicklungsstufe altersangepasster war, weil die Essstörung bei der BN oft ich-dystoner (nicht zu sich selbst gehörend) ist als bei der AN.

Bei Erwachsenen mit BN wird seltener die Familie involviert, da die Patienten oft in einer Partnerschaft leben oder bereits ausgezogen sind. In diesem Fall haben sich Paartherapien bewährt [12], um den «Beziehungsaspekt» der Essstörung zu identifizieren und alternative Problembewältigungsstrategien bei negativen Emotionen oder Beziehungskonflikten anzugehen.

FBT bei Binge Eating und Adipositas

Da man erkannt hat, dass juveniles Übergewicht fast immer zu adulter Adipositas führt – mit verheerenden Gesundheitsproblemen – hat man FBT-Programme für pädiatrische Adipositas (FBT-PA) entwickelt und in Falluntersuchungen und RCT-Studien analysiert [28,29]. Die Eltern werden dabei von Anfang mehr oder weniger intensiv an in die Therapie integriert, je nach Reife der Patienten und nicht nach Schweregrad der Erkrankung. Wichtig ist zu Beginn auch die Erfassung von allfälligen psychiatrischen Komorbiditäten, um sie separat adäquat behandeln zu können. Die Eltern übernehmen am Anfang des Programms die ganze Verantwortung für die Veränderung des Ess- und Bewegungsverhaltens der Patienten und der ganzen Familie zu Hause und setzen diese Veränderungen angemessen (gesundheitsorientiert) um. Wie in den AN-Programmen verringert sich die elterliche Einflussnahme im Verlauf der Behandlung, um die Autonomie der Patienten schrittweise zu fördern.

In der Schweiz werden juvenile Adipositastherapien vom Fachverband AKJ (Adipositas im Kinder- und Jugendalter) organisiert. Die Multiprofessionelle Strukturierte Indivi-

dualtherapie (MSIT) ist eine Weiterführung bzw. Intensivierung der Behandlung durch den Kinder- oder Hausarzt. Sie wird von auf Jugendlichen-Adipositas spezialisierten Ärzten angeboten, die eng mit einem Therapeutenteam aus den Bereichen Ernährung, Bewegung und Psychiatrie/Psychologie zusammenarbeiten. Ähnliche Angebote für Erwachsene werden aktuell von der SAMO (Schweiz. Arbeitsgemeinschaft für Metabolismus und Adipositas) geprüft.

Multifamiliärer Ansatz

Der multifamiliäre Ansatz sieht die gleichzeitige Behandlung von mehreren Essstörungen durch Familiensysteme vor, wodurch die Familienressourcen und die gegenseitige Unterstützung um ein Vielfaches verstärkt werden, mit Verbesserung der Therapieresultate [30,31].

In Zürich wird dieser Ansatz vom KJPD angeboten in Form von Trialogabenden mit therapeutisch begleitetem Austausch unter den betroffenen Familien, der der Informationsvermittlung zum Entstehungsmodell und zu den Behandlungsmöglichkeiten bei allen Formen von Essstörungen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter dient.

Im Zentrum für Essstörungen des Universitätsklinikums Zürich werden demnächst wieder Angehörigenabende angeboten, die den Eltern erlauben, in «emotional neutraler» Atmosphäre (ohne Betroffene) mehr Informationen über die Erkrankung und den Umgang damit zu erhalten sowie von der Solidarisierung untereinander zu profitieren.

Für junge Patienten mit Adipositas gibt es in der Schweiz Multisystemgruppentherapien (MGP), die von qualifizierten Fachpersonen aus den Bereichen Bewegung, Ernährung, Medizin und Psychologie geleitet werden. Jedes Programm umfasst eine Intensivphase von mindestens sechs Monaten und eine Nachbetreuungsphase von bis zu zwei Jahren. In der Intensivphase finden regelmässige Treffen für die Kinder/Jugendlichen und die Eltern oder Bezugspersonen statt. Die KIDSTEP-Studie [32] hat bewiesen, dass dieser Ansatz sehr wirksam ist.

Zusammenfassung und Zukunftsperspektive

In den letzten Jahren konnte man international Fortschritte in der Entwicklung von systemtherapeutischen Ansätzen beobachten, vor allem in Bezug auf die AN, aber auch für BN und BED/Adipositas gibt es mehr Optionen, vor allem im Bereich der Adoleszentenmedizin. Hier haben die FBT-AN-Programme eine sehr gute Wirksamkeit vor allem in Bezug auf die Gewichtszunahme und Verbesserung der Psychopathologie der Essstörung gezeigt. Die nachhaltige Verbesserung von psychologischen Symptomen und dysfunktionalen Denkmustern zeigt jedoch nicht

Key messages

- Bei Jugendlichen mit Anorexia nervosa ist die Familien-basierte Therapie die Behandlungsform der ersten Wahl. Sie kann je nach Schweregrad der Erkrankung sowie Einstellung der Eltern gegenüber den Patienten auf verschiedene Arten angepasst werden.
- Es gibt Anpassungen dieser Familientherapien auch für junge Patienten mit Bulimia nervosa, Binge Eating und Adipositas.
- Erweiterungen dieses Konzepts sind intensive Kurztherapien und Multifamilientherapien sowie Elternberatungen ohne Patienten.
- Um Patienten und ihre Familien zu erreichen, die weit weg von Essstörungeninstitutionen leben, hat man Home-Treatment- und telemedizinische Behandlungen erarbeitet.
- Erwachsene Patienten mit Essstörungen werden einzeltherapeutisch oder multiprofessionell behandelt. Systemtherapeutische Elemente werden bei blockierten Lebensphasenentwicklungsschritten (z.B. Ablösung von den Eltern, Emanzipation in der Partnerschaft, usw.) gezielt eingesetzt.

Lernfragen

1. Für welche Formen von jugendlichen Essstörungen gibt es Familien-basierte oder multidisziplinäre Therapieprogramme?
 - a) Anorexia nervosa
 - b) Bulimia nervosa
 - c) Binge Eating, mit oder ohne Adipositas
 - d) Alle Antworten sind richtig.
2. Wie werden erwachsene Patienten mit Essstörungen behandelt?
 - a) Einzelpsychotherapeutisch
 - b) Multiprofessionell
 - c) Systemisch
 - d) Bei Bedarf mit Multifamilienansatz
 - e) Alle Antworten sind richtig.

immer einen entsprechenden Verlauf [33]. Diese sollten im Rahmen von FBT-Programmen für junge Erwachsene einfacher zu beeinflussen sein, da der mentale Reifungsprozess fortgeschrittener ist und Autonomisierung-/Identifikationsschritte eher angegangen werden können.

Zukünftige Studien sollten die optimalen Bedingungen des therapeutischen Familieneinbezugs eruieren (welche Familien profitieren am meisten von welchen Interventionen und unter welchen Bedingungen?). Zudem sollten diese systemischen Ansätze besser multipliziert werden, um die bestmögliche Behandlung der Essstörungen einer breiteren Patientenpopulation zukommen zu lassen. Ein vielversprechender Schritt in diese Richtung stellt die Erarbeitung von aufsuchenden und telemedizinischen Therapieangeboten dar, die bis jetzt vor allem für jugendliche Patienten und ihre Familie zur Anwendung gekommen sind.

Bibliografie

1. Selvini Palazzoli M: Anorexia nervosa: A syndrome of the affluent society. *J Strategic Systemic Ther* 1985; 4: 12–16.
2. Loeb KL, Le Grange D, Lock J: Family therapy for adolescent eating and weight disorders: new applications. 1st ed. New York; Routledge/Taylor and Francis: 2015.
3. Russell GF, Szmukler GI, Dare C, et al.: An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 1047–1056.
4. Forsberg S, Lock J: Family-based treatment of child and adolescent eating disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2015; 24: 617–629.
5. Jewell T, Blessitt E, Stewart C, Simic M, Eisler I: Family therapy for child and adolescent eating disorders: a critical review. *Family Process* 2016; 55: 577–594.
6. Agras WS, Lock J, Brand H, et al.: Woodside B. Comparison of 2 family therapies for adolescent anorexia nervosa. A randomized parallel trial. *JAMA Psychiatry* 2014; 71: 1279–1286.
7. Eisler I: The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *J Fam Ther* 2005; 27: 104–131.
8. Madden S, Miskovic-Wheatley J, Wallis A, Kohn M, Hay P, Touyz S: Early weight gain in family-based treatment predicts greater weight gain and remission at the end of treatment and remission at 12-month follow-up in adolescent anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2015; 48: 919–922.
9. Chen EY, Weissman JA, Zeffiro TA, et al.: Family-based therapy for young adults with anorexia nervosa restores weight. *Int J Eat Disord* 2016; 49: 701–707.
10. Dimitropoulos G, Landers AL, Freeman V, et al.: Open trial of family-based treatment of anorexia nervosa for transition age youth. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2018; 27: 50.
11. Fairburn CG: Cognitive behaviour therapy and eating disorders. New York, London; Guilford: 2008.
12. Kirby JS, Runfola CD, Fischer MS, Baucom DH, Bulik CM: Couple-based interventions for adults with eating disorders. *Eat Disord* 2015; 23: 356–365.
13. Schmidt U, Magill N, Renwick B, et al.: The Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC): Comparison of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) with specialist supportive clinical management (SSCM) in outpatients with broadly defined anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2015; 83: 796–807.
14. Treasure J, Smith G, Crane A: Skills-based learning for caring for a loved one with an eating disorder. Abingdon; Routledge: 2016.
15. Le Grange D, Lock J, Agras WS, et al.: Moderators and mediators of remission in family-based treatment and adolescent focused therapy for anorexia nervosa. *Behav Res Ther* 2012; 50: 85–92.
16. Allan E, Le Grange D, Sawyer SM, et al.: Parental expressed emotion during two forms of family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2018; 26: 46–52.
17. Le Grange D, Hughes EK, Court A, et al.: Randomized clinical trial of parent focused treatment and family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016; 55: 683–692.
18. Hughes EK, Sawyer SM, Loeb KL, et al.: Parent-focused treatment. In: Loeb KL, Le Grange D, Lock J, editors. Family therapy for adolescent eating and weight disorders: new applications. New York; Routledge/Taylor and Francis: 2015. 59–71.
19. Lock J, Agras WS, Bryson S, et al.: A comparison of short- and long-term family therapy for adolescent anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44: 632–639.
20. Byrne CE, Accurso EC, Arnow KD, et al.: An exploratory examination of patient and parental self-efficacy as predictors of weight gain in adolescents with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2015; 48: 883–888.
21. Lock J, Le Grange D, Agras WS, et al.: Can adaptive treatment improve outcomes in family-based therapy for adolescents with anorexia nervosa? Feasibility and treatment effects of a multi-site treatment study. *Behav Res Ther* 2015; 73: 90–95.

22. Boege I, Corpus N, Schepker R, Kilian R, Fegert JM: Cost-effectiveness of intensive home treatment enhanced by inpatient treatment elements in child and adolescent psychiatry in Germany: A randomised trial. *Eur Psychiatry* 2015; 30: 583–589.
23. Jaffa T, Percival J: The impact of outreach on admissions to an adolescent anorexia nervosa inpatient unit. *Eur Eat Disord Rev* 2004; 12: 317–320.
24. Darwish A, Salmon G Ahuja A, Steed L: The community intensive therapy team: development and philosophy of a new service. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2006; 11: 591–605.
25. Fairburn CG, Marcus MD, Wilson GT: Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual. In: Fairburn CG, Wilson GT, editors. *Binge eating: nature, assessment, and treatment*. New York; Guilford Press: 1993. 361–404.
26. Schmidt U, Lee S, Beecham J, et al.: A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 591–598.
27. Le Grange D, Crosby RD, Rathouz PJ, et al.: A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 1049–1056.
28. Loeb KL, Celio Doyle A, Anderson K, et al.: Family-based treatment for child and adolescent overweight and obesity: a trans-developmental approach. In: Loeb KL, Le Grange D, Lock J, editors. *Family therapy for adolescent eating and weight disorders: new applications*. New York; Routledge: 2015. 177–229.
29. Stiles-Shields C, Doyle AC, Le Grange D, Loeb KL: Family-based treatment for pediatric obesity: case study of an adaptation for a non-psychiatric adolescent population. *J Contemp Psychother*. 2019; 49: 111–118.
30. Simic M, Eisler I. Multi-family therapy. In: Loeb KL, Le Grange D, Lock J (ed). *Family therapy for adolescent eating and weight disorders: new applications*. New York; Routledge/Taylor and Francis Group: 2015. 110–138.
31. Eisler I, Simic M, Hodsoll J, et al.: A pragmatic randomised multi-centre trial of multifamily and single family therapy for adolescent anorexia nervosa. *BMC Psychiatry* 2016; 16: 422.
32. l'Allemand D, Kirchhoff E, Bolten M, et al.: Evaluation der Behandlung von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: KIDSSTEP-Zwischenanalyse von multiprofessionellen Gruppentherapieprogrammen bis zum 1.5.2012. *Paediatrica* 2012; 23: 27–30.
33. Murray SB, Quintana DS, Loeb KL, et al.: Treatment outcomes for anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychol Med* 2018; 49: 1–10.

Manuskript akzeptiert: 22.08.2019

Interessenskonflikt: Die Autoren erklären, dass keine Interessenskonflikte bestehen.

Patrick Pasi, Oberarzt

Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik
Zentrum für Essstörungen
Universitätsspital Zürich
Culmannstr. 8
8091 Zürich

Patrick.Pasi@usz.ch

1. Antwort (d) ist richtig;
2. Antwort (e) ist richtig;
Antworten zu den Lernfragen:

Anzeige



Die „Anatomie“ der Salutogenese!

Claudia Meier Magistretti / Bengt Lindström /
Monica Eriksson

Salutogenese kennen und verstehen

Konzept, Stellenwert, Forschung
und praktische Anwendung

2019. 352 S., 46 Abb., 6 Tab., Kt
€ 39,95 / CHF 48.50
ISBN 978-3-456-85768-8
Auch als eBook erhältlich

www.hogrefe.com

 hogrefe