



# Klinik für Kinder- und Jugend- psychiatrie/Psychotherapie

Jugendspezifische psychische  
Störungsbilder

- eine Übersicht

Ulrike M.E. Schulze

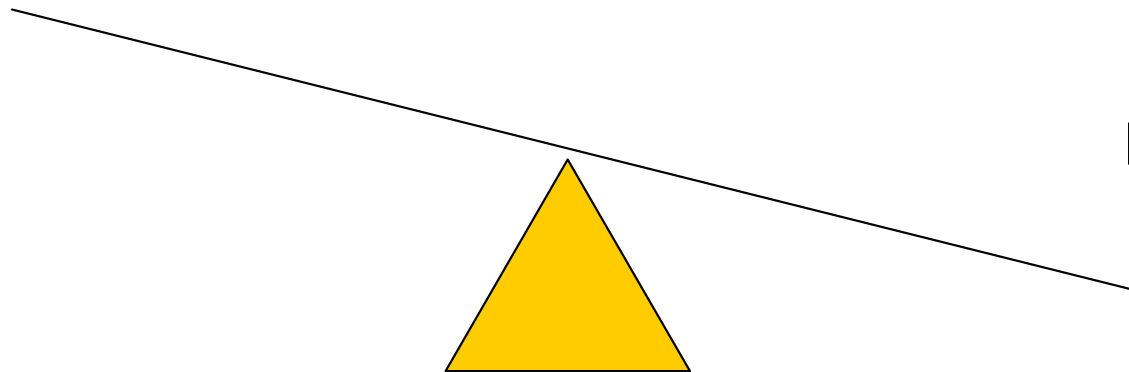
4. Forum Jugend, Ulm, 04.11.2005



Universitätsklinikum Ulm

# Bindungs- Explorations- Balance

Bindung



Exploration

# Prävention - Begriffe

- **Vulnerabilität** = Verletzlichkeit
- **Resilienz** = Widerstandsfähigkeit
- **protektive Faktoren** = Schutzfaktoren
- Ressourcen, personale: s.o.
- **Rahmenbedingungen**: Wohnsituation, Lebensstil, elterliche Beziehung, Förderung der Kognition, Kommunikationsfähigkeiten, sozialen Kompetenz
- **Anlage/Umwelt**: wie wichtig sind Peers?

# Delinquenter Entwicklungspfad (Loeber 1990)



Zunehmend Delinquente Entwicklung

schwieriges  
Temperament

ungünstige  
Umweltbedingungen

Hyperkinetische Störung

Schulversagen

aggressives Verhalten

interpersonelle Probleme

Selbstwertproblematik

Bindung an delinquente  
Jugendliche

Substanzkonsum

erste Straftaten

Verlust der sozialen  
Einbindung

# Folgen von ADHD

- Dissoziale Entwicklung (20 % Weiss 1996, Babinski 1999, Loeber, Rössler et al. 50 % der Häftlinge)
- Niedere Schulabschlüsse, Leistungsstörungen, Klassenwiederholungen
- Substanzmissbrauch und Drogenabhängigkeit (Manuzza et al. 1999)
- Unfallneigung
- Depressive Entwicklung, Suizidversuche
- Probleme in interpersonellen Beziehungen

- Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit
- Schizophrene Psychosen
- Affektive Psychosen
- Zwangsstörungen
- Angststörungen
- Posttraumatische Belastungsstörung,  
Anpassungsstörungen und  
Selbstbeschädigungserkrankungen
- Dissoziative und somatoforme Störungen
- Essstörungen
- Persönlichkeitsstörungen

# Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit stehen oft nicht allein...

- Angststörungen
- Depressive Störungen
- Persönlichkeitsstörungen, z.B. vom  
Borderline-Typus (selbstverletzendes Verhalten,  
Essstörungen, Substanzmissbrauch,  
sexuelle Kontakte)
- Schizophrene Psychosen

d.h. das Suchtverhalten kann der Erkrankung vorausgehen („**Selbstmedikation**“) bzw. zu ihrer Manifestation beitragen oder einen Erkrankungsverlauf wesentlich mit beeinflussen (Medikamentengabe, Langzeitprognose...)

# Angststörungen

- familiäre Häufung belegt, weibliches Geschlecht doppelt so hoch mit Risiko behaftet; auch erhöhte Prävalenz von Depression und Alkoholismus (gemeinsame Vulnerabilität anzunehmen); Temperament und Bindungsstil
- 12-18 Jahre (nach Scarr, 1999)
  - Psychologische/soziale Kompetenz: formal-operationales Denken, Fähigkeit, Gefahr zu antizipieren, Selbstwert durch Alterskameraden bestimmt
  - Quelle entwicklungstypischer Angst: Ablehnung durch Peers
  - Soziale Phobie: Furcht vor prüfender Betrachtung, **m=w!**
  - Agoraphobie: Angst vor öffentlichen Plätzen, sich in eine Menschenmenge zu begeben, allein in Bussen... zu reisen
  - Panikstörung: wiederkehrende Angstattacken, nicht vorhersehbar, häufig mit Todesangst verbunden, Angst vor der Angst

- **Organische Psychosen (F 0):** Desorientierung, Deliranz oder Verwirrung
- **Schizophrenie, schizotype und wahnhaft**  
**Störungen (F 2):** Beginn schleichend (65%) über Monate und Jahre oder innerhalb weniger Tage akut (35%)
- **affektive Störungen (F 3)**  
Manie (mit psychotischen Symptomen), **bipolare**  
affektive (manisch oder depressiv) Störung (mit  
psychotischen Symptomen), **Schizoaffektive Störung**

# Schizophrenie: Definition

- eine grundlegende Störung des **Realitätsbezuges**
- Klarheit des **Bewusstseins** in der Regel nicht beeinträchtigt
- Auftreten von verschiedenen **Wahrnehmungsstörungen** (vor allem akustisch, optisch)
- Verlauf: häufig in **Phasen** oder **Schüben**
- **Early Onset Schizophrenia (EOS)**: Beginn vor dem 18. Lebensjahr
- **Very Early Onset Schizophrenia (VEOS)**: Beginn vor dem 13. Lebensjahr
- **Symptomcluster**: keine einzelnen spezif. Sympt.

# Einzelne Symptome

- **Wahn** = inhaltliche Denkstörung = häufigstes Symptom der Schizophrenie = unverrückbare Überzeugung (Kinder: Coenästhesien, später vielfältigere Wahninhalte)  
    Beziehungswahn = abnormes Bedeutungsbewusstsein  
    Beeinträchtigung, Verfolgung, Liebe, Eifersucht,...
- **Halluzinationen** = nicht durch äußere Reize hervorgerufene Sinneswahrnehmungen (innere Erregungsquelle) = Erlebnisse von wahrnehmungsähnlichem Charakter, Stimmenhören (Phantasiegefährten), optische Halluzinationen
- **Störungen des Ich-Erlebens:** Grenzen zwischen Ich und Umwelt scheinen durchlässig, Fremdbeeinflussung
- **Denken, Sprache, Motorik:** formal Inkohärenz; ein Nebeneinander von geordnetem und zerfahrenem Denken, disharmonisch gestelzt/manierierte Bewegungen

# Unterformen

- **paranoid:** Wahnideen, akustische Halluzinationen, am häufigsten und bekanntesten
- **hebephren/desorganisiert:** verflachte bzw. inadäquate Affekte, formale Denkstörungen, kaum Wahn oder Halluzinationen, Jugendalter
- **kataton:** Bewegungsstarre (Stupor) oder motorische Hyperaktivität, Haltungsstereotypien, Manierismen, Grimassieren, Echolalie, Echopraxie
- **undifferenziert:** fehlende Zuordnungskriterien oder keine eindeutige Zuordnung möglich
- **Residual:** nur noch Residualsymptome nachweisbar

# Häufigkeit und Geschlechterverteilung

- Gleichverteilung über Länder und Kulturen
  - jährliche Inzidenz: 10-40 auf 100.000
  - Prävalenzrate: 0.6-1%
  - Häufigkeitsgipfel/Ersterkrankung: 25 Jahre (m),  
28 Jahre (w);
  - Deutschland: ca. 800.000 Betroffene
  - 266 Ersterkrankungen vor dem 18. Lj. (Schätzung)
  - erste unspezifische Symptome: ca. 4% vor dem 10. Lj.
  - 10-15%: Tod durch Suizid
- Kindesalter: Knabenwendigkeit (2:1)
- Jugendalter: männliches Geschlecht nur noch geringfügig überwiegend
- Gleichverteilung zwischen den Geschlechtern über alle Altersgruppen

Verwandschaftsgrad	%
Allgemeinbevölkerung	1
Vettern	2
Neffen/Nichten	4
Enkel	5
Halbgeschwister	6
Geschwister	9
Kinder (ein Elternteil krank)	13
Kinder (beide Eltern krank)	46
dizygote Zwillinge	17
monozygote Zwillinge	48

# Differentialdiagnose im Kindes- und Jugendalter

- sorgfältige neurologische und pädiatrische Untersuchung (EEG, EKG, Bildgebung, Blutzucker, Drogenscreening)!
- Ausschluss möglicher organischer Ursachen (Intoxikation, Infektion, Epilepsie, Stoffwechselstörungen, tiefgreifende Entwicklungsstörung / Autismus...)
- Sonderstellung: Drogenpsychosen, drogeninduzierten Psychosen

# Multimodale Therapie

- **Pharmakotherapie:** atypische Neuroleptika  
(Fegert 1999: informed consent / assent: Zulassung nach AMG nicht gegeben, Haftungsrisiko beim Einwilligenden), Gewichtszunahme, Senkung der Krampfschwelle, Erektionsstörungen, Glucosestoffwechselstörungen, ...
- **Psychosoziale Verfahren:** individuell, Einbeziehung komorbider Störungen, kognitive Funktionen, soziale Wahrnehmung, Kommunikation, Problemlösestrategien, Psychoedukation (Erklärungsmodelle)
- **Psychotherapie:** unterstützend, realitätsorientiert! Übertragung/Gegenübertragung, Autonomie/Loslösung

# Verlauf und Prognose

- **Prädiktoren:** prämorbid Merkmale (Primärpersönlichkeit, soziale Situation)

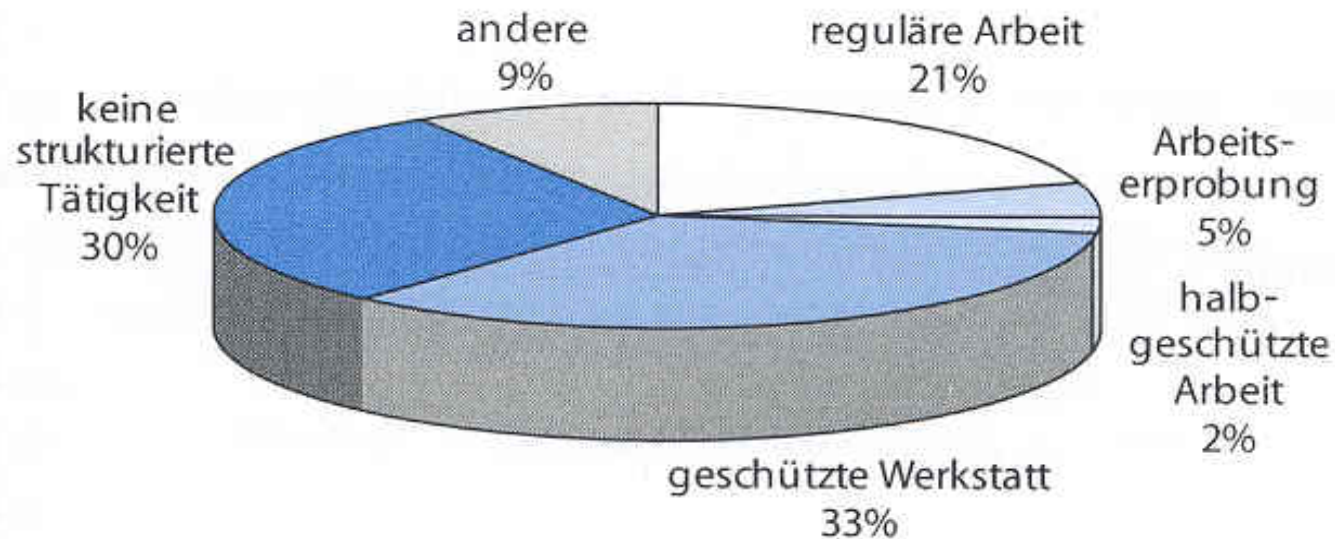
**Erkrankungsalter:** sehr früher Beginn -  
erhöhtes Risiko der Rehospitalisierung schlechtere  
Prognose, Beginn in Adoleszenz - negative  
Auswirkungen auf soziale Prognose

**familiäres Kommunikationsklima** (Vorbelastung)

**Dauer der unbehandelten Psychose**

**Akuität des Erkrankungsbeginns:** schleichender Verlauf  
- schlechtere Prognose

**Vollremission:** 20-30% der Erkrankten



■ Abb. 14.1. Beschäftigungssituation von schizophrenen Patienten 15 Jahre nach der Ersterkrankung im Jugendalter; Alter bei der Nachuntersuchung: MW = 30,8 Jahre. (Nach Röpcke u. Eggers 2000)

# Bipolare Störung (ICD-10)

- wiederholte (d.h. mindestens zwei) manische Episoden, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau deutlich gestört sind („rapid cycling“)
- einerseits: gehobene Stimmung, vermehrter Antrieb und Aktivität (Manie oder Hypomanie)
- andererseits: Stimmungssenkung, verminderter Antrieb und Aktivität (Depression)
- manische Episoden: in der Regel abrupter Beginn, zwei Wochen - vier/fünf Monate anhaltend
- Episoden beider Art oft einem belastenden Lebensereignis oder anderem psychischen Trauma folgend
- Medikation: akut (z.B. Neuroleptika, Antidepressiva) und dauerhaft zur „Phasenprophylaxe“ (Valproat, Lithium)

# Depressive Symptome - altersbezogen

(nach Eggers und Stage 1994)

- **Adoleszenz:** Gefühl innerer Leere, Freudlosigkeit, Selbstunsicherheit, Müdigkeit, diffuse, schwer einschätzbare Suizidalität, Antriebsmangel oder ungerichtete Steigerung des Antriebs, Verlust von Interesse, zielgerichteter Aktivität, Konzentration und Aufmerksamkeit, Verlangsamung der Denk- und Handlungsabläufe

Konstante oder immer wiederkehrende depressive Verstimmung, wobei keine oder nur sehr wenige Depressionsperioden die Ausprägung einer leichten depressiven Episode erreichen.

Mindestens 3 der folgenden Merkmale müssen in einigen depressiven Perioden bestanden haben:

- verminderte Energie oder Aktivität, Gesprächigkeit
- Verlust des Selbstvertrauens oder Gefühl von Unzulänglichkeit
- Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörung
- häufiges Weinen
- Verlust von Interesse oder Freude an sexuellen und anderen angenehmen Aktivitäten
- Gefühl von Hoffnungslosigkeit oder Verzweiflung, sozialer Rückzug
- erkennbares Unvermögen, mit den Routine-Anforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden
- Pessimismus bezüglich der Zukunft oder Grübeln über die Vergangenheit

# Depressive Störungen (ICD-10)

**Prävalenz:** 12-17% (Wittchen et al. 1994), Frauen:Männer = 2:1, Mortalitätsrate durch Suizid: 15% im Erwachsenenalter, 18:100.000 im Jugendalter; Manifestationsgipfel: 20.-40. Lj., ungünstiger Verlauf bei frühem Erkrankungsbeginn

- **F 32** Depressive Episode (leicht, mittel, schwer; mit/ohne somatische Symptome, mit/ohne psychotische Symptome; Mindestdauer: 2 Wochen, vorausgegangene Leistungsfähigkeit; DD: gemischte affektive Episode, Anpassungsstörung, Dysthymie, affektive Störung aufgrund einer somatischen Erkrankung)
- **F 33** Rezidivierende depressive Störung mit mindestens zwei Episoden
- **F 34.1** Dysthymia: Symptome schwächer, länger anhaltend
- **F 32.9** nicht näher bezeichnete depressive Episode
- **F 33.9** nicht näher bezeichnete depressive Störung

# Depression - Ätiologie

- **genetische Prädisposition** (affektive Störungen insgesamt, 70%ige Konkordanz bei monozygoten Zwillingen)
- **Dysbalance im Neurotransmittersystem** (Reduktion des Serotonin- und Dopaminstoffwechsels)
- **unspezifische psychosoziale Auslöser** (schwere psychische Belastungen wie sexueller Missbrauch, körperliche und seelische Misshandlung, Partnerschaftskonflikte, andere kritische Lebensereignisse)
- **Verstärker-Verlust-Hypothese** (Lewinsohn et al., 1994): depressive Personen werden zu wenig durch positive Erfahrungen bestärkt, sie bewerten stattdessen negative Erfahrungen über

- **Diagnose:** Kind / Familie
- Information, Erarbeiten eines **Behandlungsplans**
- **Strategien** zur Linderung, Identifizierung von Verstärkern depressiver Symptome, Aufzeigen von **Coping-Strategien**
- depressive **Muster:** erkennen, hinterfragen, ändern
- Förderung von **Problemlösefähigkeiten** und positiver **Kommunikation** in der Familie sowie der **sozialen Kompetenz**, Förderung des Umganges mit Gleichaltrigen
- altersangemessenes **Verhalten:** erlernen und praktizieren
- Erkennen **dysfunktionaler familiärer Interaktionsmuster**, strukturelle Veränderungen des Familiensystems
- Zusammenfassung und Einschätzung von **Therapiefortschritten**

# Verlauf und Prognose

- **Dysthymie:** Beginn häufig im Kindesalter, ca. 20% gehen in eine Depression über
- **Manische Episode:** Ersterkrankungsalter liegt bei ca. 20 Jahren, kürzer als depressive Episoden
- **Bipolare Störungen:** meist mit einer depressiven Episode beginnend (im Anschluss: manische Phase), über 90%ige Rezidivrate, 70-80%ige volle Leistungsfähigkeit in krankheitsfreien Intervallen; fam. Schizophrenie-Risiko

# Warnzeichen für erhöhte Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen (nach Kerns 1997)

1. deutliche Verhaltensänderungen
2. Vernachlässigung des eigenen Aussehens
3. sozialer Rückzug, Isolation
4. Verschenken von persönlichen Wertgegenständen und Regelung persönlicher Angelegenheiten
5. starke Beschäftigung mit dem Thema „Tod“
6. offene oder verhüllte Suizidabsichten
7. vorangegangene Suizidversuche
8. gedankliche Auseinandersetzung mit Suizidmethoden
9. übermäßiger Konsum von Alkohol und Drogen
10. Schulversagen
11. plötzlich gehobene Stimmung nach vorausg. Depression
12. häufige Unfälle oder körperliche Beschwerden ohne medizinische Erklärungen

- Es handelt sich um eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung. Die Störung folgt dem Trauma mit einer Latenz, die Wochen oder Monate (selten mehr als sechs) dauern kann.

# Leitsymptome

Grundlegende Dimensionen der Symptomatik sind die 3 Faktoren **Intrusionen** und deren aktive Vermeidung, **emotionale Taubheit** und passive Vermeidung, **emotional negative Aktivitäten** sowie **autonome (vegetative) Übererregung**.

- wiederholte unausweichliche Erinnerung oder Wiederinszenierung der Ereignisse in Gedächtnis, Tagträumen, Traum
- deutlicher emotionaler Rückzug, Gefühlsabstumpfung, Vermeidung von Reizen, die eine Wiedererinnerung an das Trauma hervorrufen könnten

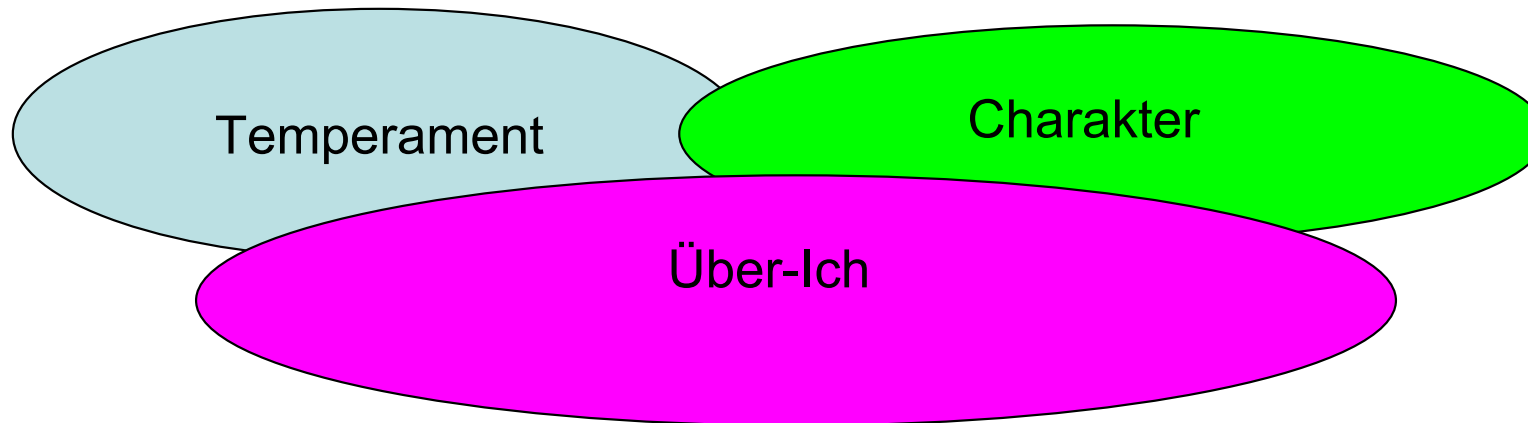
# Akute Belastungsreaktion und Anpassungsstörungen

- Anpassungsstörungen:
  - Reaktion auf einen identifizierbaren Belastungsfaktor (bedrückende Lebensereignisse wie Trennungs- und Verlustereignisse, Emigration, Flucht, schwere körperliche Erkrankungen)
  - Zusammenhang mit unterschiedlichen psychosozialen Funktionseinschränkungen
  - Häufigkeit (DSM IV): 5-20% in der Allgemeinbevölkerung, nicht selten Übergang in schwere psychiatrische Krankheitsbilder

# Interventionssetting / Behandlungsmodalitäten

- Ambulante Behandlung sollte grundsätzlich bei nicht zu ausgeprägter Symptomatik und guter Kooperation des Patienten sowie seines Umfeldes versucht werden.
- Teilstationäre Behandlung empfiehlt sich, wenn in der akuten Phase **massive Angstzustände** so ausgeprägt sind, dass wichtige **soziale Funktionen** nicht mehr möglich bzw. weitgehend eingeschränkt sind.
- Stationäre Behandlung ist erforderlich bei **starker Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen**, verbunden mit ausgeprägten **depressiven und/oder Panikreaktionen**, die zu einer Einschränkung der **Selbststeuerung** führen.

- Konzeptueller Ansatz Kernbergs (1994)



T = genetisch und konstitutionell bedingte Dispositionen für Reaktionen, vor allen Dingen im affektiven Bereich

C = Verhaltensmanifestationen der Ich-Identität als Ausdruck einer Integration von Selbst- und Objektbildern, die zu einem Gefühl von Kohärenz und zu Fähigkeiten wie Ich-Stärke führen

Ü = Bewertungsmaßstab der Persönlichkeit

# Temperamentsprofile

- hohe Wahrscheinlichkeit für die Entstehung einer Persönlichkeitsstörung bei ausgeprägtem Temperamentsprofil mit gleichzeitig unreifen Charakterstrukturen (Cloninger, psychobiologisches Modell)
- Cluster A: paranoid, schizoid
- Cluster B: emotional instabil (Borderline-Typ, impulsiver Typ), narzistisch, histrionisch, dissozial (antisozial)
- Cluster C: anankastisch (zwanghaft), selbstunsicher (ängstlich-vermeidend), dependent (abhängig)

- Persönlichkeitsstörungen als Störungen der Struktur mit
  - Beeinträchtigungen der Fähigkeit zur Selbstregulation
  - Problemen in der Beziehungsregulation

# Diagnostische Kriterien (DSM-IV) - Persönlichkeitsstörungen

- überdauerndes Muster von innerem Erleben oder Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Dieses Muster manifestiert sich in mindestens zwei Bereichen:
  1. Kognition
  2. Affektivität
  3. Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen [„die Umwelt leidet mehr“]
  4. Impulskontrolle

# Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung...

---

... sollte frühestens ab dem 16. Lebensjahr  
gestellt werden (ICD 10),

wenngleich sich die Störungssymptome  
bereits während Kindheit und Adoleszenz  
gezeigt haben sollten... (Schmeck und Resch, 2004)

→ Vorschlag: „Persönlichkeitsentwicklungsstörung“

- Ausbildung einer Borderline-PS nur dann, wenn eine **Kombination** biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren eine **Belastungsschwelle** zwischen Veranlagung (Diathese) und Störung (Stress) überschreitet.
- Dies bedeutet, dass biologische Risikofaktoren eine **Vulnerabilität** für eine Psychopathologie determinieren.
- Multiple stressreiche Ereignisse während der gesamten Kindheit erhöhen das Gesamtrisiko, während psychologisch **protektive Faktoren** (positive Erfahrungen) deren Effekte abmildern.

# Selbstverletzendes Verhalten



# Essstörungen: Prävalenz und Inzidenz

(Currin et al. 2005)

- **Lebenszeit-Prävalenz**
  - Anorexia nervosa: 0.5-3.7%
  - Bulimia nervosa: 1.1- 4.4%, späterer Beginn
- **AN: geringer globaler Anstieg während des 20. Jahrhunderts** (Keel & Klump 2003, Hoek & van Hoengen 2003), **hingegen deutlicher Anstieg der BN** (Peak 1996, seither stabile Zahlen; ev. mehr Outing bzw. mehr Inanspruchnahme von Therapieangeboten)
  - **AN: 10-19jährige Mädchen: höchste Inzidenz mit 34.6 pro 100.000** (weibliches Geschlecht: 8.6 pro 100.000) - w:m = 12:1
  - **BN: 10-19 Jährige: ebenfalls höchste Inzidenz mit 35.8 pro 100.000** (weibliches Geschlecht: 12.4 pro 100.000) - w:m = 18:1

- **perinatale Anamnese** (geburtshilfliche Komplikationen, vorausgegangener Verlust eines Kindes)
  - **frühe Lebenserfahrungen** (Eltern, Bindungsverhalten)
  - **neurobiologische Kreisläufe** (CRH, HPA-Axe, GC-R)
  - **neuronale Plastizität** (Emotionsregulation, Alexithymie)
  - **genetische Einflüsse** (Multilocus-Modell), **familiäre Belastung, „adverse events“** (Verlust eines Großelternteils oder einer Freundschaft)
  - **Persönlichkeitseigenschaften** (biopsychosoziale Stress-Reaktionen, Rigidität)
  - **Pubertät** (Körperliche Veränderung, Selbstvertrauen, Östrogen)
  - **Hirnentwicklung** (Integration: Emotion-Kognitionen)
- 

- **Depression:** 46-80% (bp AN), 50-65% (BN)
  - Dysthymia: 19-93% (AN), 6-95% (BN)
- **Angst:** 20-55% resp. 83% (AN), 13-75% (BN)
  - Soziale Phobie: 55% (AN), 59% (BN)
  - prämorbid Angststörung: 75-94%
- **Zwang:** serotonerge Anomalien
  - Persönlichkeitszüge: 11-69% (AN)/ Symmetrie, Exaktheit
  - 3-43% (BN)/ aggressive Zwangsgedanken, Impulsivität
- **Substanzmissbrauch:** Serotonin, Dopamin, endogene Opiode, ...
  - 12-18% (AN), 30-70% (BN)/ sexueller Missbrauch / PTSD
- **Persönlichkeitsstörungen:** C (AN/BN); A, B (BN)
- **Trauma:** Misshandlung/familiäre Dysfunktion/purging

# Anorexia nervosa

- Anorexia nervosa -  
Bulimia nervosa  
Hauptgemeinsamkeit:  
Körperschemastörung  
Hauptunterscheidungs-  
merkmal:  
Heißhungerattacken
- Erbrechen:  
Gewichtsregulation oder  
im Wechsel mit  
Fressanfällen



# Bulimia nervosa: Symptomatik

- **befriedigend:** Essen ohne Gewichtszunahme
- **zunehmender Kontrollverlust**
- **Teufelskreis:** Fressanfälle, gegensteuernde Maßnahmen, ansteigende Frequenz, Dauer und Menge
- **vorher:** Depression, Angst, Frustration
- **nachher:** zunächst Erleichterung, Reduktion der Angstgefühle, dann häufig innere „Leere“
- **Alkohol** als möglicher Trigger
- **Kohlehydrat-Hunger bzw. Gier** („craving“, erlaubte und verbotene Nahrungsmittel)
- **Hunger- u. Sättigungsgefühl:** beeinträchtigt
  - verlangsamte Magenentleerung, vergrößerte -kapazität, erniedrigte postprandiale CKK-Ausschüttung, Vagus-Funktion anormal, SSRIs wirksam ungeachtet einer antidepressiven Wirkung

# Ätiologie: „multi-impulsivist“

- AN in der Vorgeschichte (20-30%)
- Adipositas: Kindheit, Eltern
- kritische Kommentare: Gewicht, Figur, Essen
- Angst und Depression
- Persönlichkeit, Temperament: Neugierverhalten, Impulsivität, Schadensvermeidung
- Substanzmissbrauch, selbstverletzendes Verhalten, Stehlen, Suizidversuche
- sexueller Missbrauch: im Zusammenhang mit schlechterem Verlauf, größerer Comorbidität

- Sie sind in jenen Fällen erforderlich, in denen die stationäre Behandlung nicht zu einer Stabilisierung der Symptomatik und der Lebenssituation geführt hat, die eine Reintegration in das Lebensumfeld ermöglicht, welches vor Beginn der Erkrankung bestand. Bei wiederholten Rezidiven ist vielfach eine außerhäusliche Unterbringung in einer Einrichtung, die über Erfahrung mit essgestörten Patienten verfügt, hilfreich.

# Hoffentlich...

...war's nicht zu langatmig

... hat's interessiert

... hat's Lust auf mehr gemacht...

Auf jeden Fall:

Danke

fürs

Zuhören!