



Charité – Universitätsmedizin Berlin

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie  
des Kindes- und Jugendalters

**Bericht über die Jahre 2011 – 2014**



## Vorwort

Seit unserem letzten Bericht über die Zeit von 2006 bis 2010 gab es größere und kleinere Veränderungen an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters.

Frau Dr. Winter hat sich 2013 habilitiert und seit dem Ausscheiden von Herrn Dr. Pfeiffer aus dem Berufsleben ist sie leitende Oberärztin der Klinik. Aktuell wird sie von Frau Dr. Nietzel und Frau Wolter unterstützt, die ihrerseits die Stelleninhaberinnen in den jeweiligen Bereichen vertreten. Auf zwei Stationen wurden langjährige Mitarbeiter verabschiedet, u. a. Frau Thieme, die die S 22 geleitet hat und Herr Domrich, der die Tagesklinik vom ersten Tag an begleitet und mit aufgebaut hat.

Anfang 2011 wurden 8 weitere Behandlungsplätze in die Klinik und in die Tagesklinik integriert, so dass wir zurzeit über 38 stationäre Behandlungsplätze verfügen: In der Tagesklinik haben wir 11 Plätze, auf der Kinderstation können 10 Jungen und Mädchen vollstationär behandelt werden und für die Jugendlichen stehen 15 vollstationäre und 2 teilstationäre Plätze zur Verfügung.

Dieser sogenannte 5-Jahres-Bericht umfasst nur vier Kalenderjahre, weil ich Ende März nach 23 1/2 Jahren die Leitung der Klinik aus Altersgründen abgeben werde. Ich danke allen, die in vielen Jahren dazu beigetragen haben, dass die Klinik sich zunächst von einer 11-jährigen Interimslösung (1980-1991) erholen und ihre Aufgaben in der Krankenversorgung, in Lehre und Forschung übernehmen konnte. Wir sind auf den Campus Virchow gezogen, haben die Klinik erweitert und einen nächsten Erweiterungsantrag gestellt und begründet und hoffen, dass die Politik der Idee folgen wird. Diese Erweiterung wird aber nur möglich sein, wenn der Klinik zusätzliche Flächen zur Verfügung gestellt werden.

Mein persönlicher Dank gilt allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die dazu beigetragen haben, dass die vielfältigen und zum Teil neuen Aufgaben in Lehre und Forschung, aber auch in der Krankenversorgung bewältigt werden konnten.

Seit 1991 hat sich in Berlin, an der Charité und auch in der kinder- und jugendpsychiatrischen Landschaft viel verändert. Ich danke auch allen Kolleginnen und Kollegen, die in den anderen Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Berlin (und Brandenburg) tätig sind sowie den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, auch in den Nachbardisziplinen und den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche für die jahrelange gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit zum Wohle unserer Patienten.

Ich wünsche meiner Nachfolgerin oder meinem Nachfolger alles Gute. In jedem Wechsel stecken viele Chancen.

## 1. Krankenversorgung

In den Jahren 2011 bis 2014 wurden von uns 7469 Kinder und Jugendliche und ihre Familien untersucht und behandelt. Die folgenden Tabellen geben Aufschluss über die Zusammensetzung dieser Kohorte.

### Aufnahmeart

Ambulante Aufnahmen	4855	65,0%
Konsiliar Aufnahmen	1814	24,3%
Stationäre Aufnahmen	551	7,4%
Teilstationäre Aufnahmen	229	3,1%
Insgesamt	7469	100%

### Geschlecht

Jungen	3761	50,4%
Mädchen	3688	49,4%

Alter	Jungen		Mädchen	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
0	117	5,3	114	4,8
1	58	2,6	52	2,2
2	90	4,1	58	2,5
3	111	5,0	74	4,1
4	123	5,6	61	2,6
5	133	6,0	79	3,4
6	137	6,2	63	2,7
7	181	8,2	92	3,9
8	170	7,7	87	3,7
9	150	6,8	80	3,4
10	141	6,4	117	5,0
11	105	4,8	98	4,2
12	113	5,1	102	4,3
13	116	5,3	173	7,3
14	124	5,6	295	12,5
15	114	5,2	278	11,8
16	107	4,8	271	11,8
17	98	4,4	228	9,7
18	5	0,2	10	0,4
>18	14	0,6	23	0,9

**Störungen der 1.Achse des Multiaxialen Klassifikationssystems**

	Jungen		Mädchen	
000.0	263	7,0	241	6,5
999.9	223	5,9	235	6,4
F0	13	0,3	24	0,6
F1	76	2,0	85	2,3
F2	16	0,4	11	0,3
F3	160	4,2	392	10,6
F4	425	11,3	705	19,1
F5	62	1,6	650	17,6
F6	14	0,4	63	1,7
F84	140	3,7	39	1,1
F90	819	21,8	209	5,7
F91	75	2,0	32	0,9
F92	150	4,0	77	2,1
F93	147	3,9	124	3,4
F94	92	2,4	110	3,0
F95	49	1,3	20	0,5
F98	352	9,3	213	5,8

**Störungen der 2.Achse des Multiaxialen Klassifikationssystems**

	Jungen		Mädchen	
000.0	1204	32,0	1742	47,2
999.9	699	18,6	1025	27,8
F80	222	5,9	92	2,5
F81	215	5,7	140	3,8
F82	281	7,5	73	2,0
F83	342	9,1	97	2,6
F88	98	2,6	49	1,3
F89	15	0,4	11	0,3

**Störungen der 3.Achse des Multiaxialen Klassifikationssystems**

	Jungen		Mädchen	
Sehr hohe Intelligenz	14	0,4	25	0,7
Hohe Intelligenz	181	4,8	257	7,0
Durchschnittliche Intelligenz	1505	40,0	1350	37,0
Niedrige Intelligenzminderung	321	8,5	197	5,3
Leichte Intelligenzminderung	101	2,7	60	1,6
Mittelgradige Intelligenzminderung	10	0,3	3	0,1
Schwere Intelligenzminderung	4	0,1	2	0,1
Schwerste Intelligenzminderung	7	0,2	9	0,2
Intelligenzniveau unbekannt	1618	43,0	1785	48,4

## Klinikbeschreibung

Die Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters befindet sich seit dem 3. Januar 2000 auf dem Gelände der Charité, Campus Virchow-Klinikum. Im Pavillon 25, Mittelallee 5A, sind die ambulanten Bereiche, die Kinderstation (Station S22) und die Tagesklinik (Station T22) untergebracht. Die Jugendlichenstation (Station S31) befindet sich im Gebäude der Kinderkliniken. Weitere Bereiche (Ergo- und Musiktherapie) sind im Pavillon 20 (Mittelallee 7A) untergebracht, wo sich auch die Klinikschule befindet.

## Schule in der Charité | Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie

### Allgemeines

Die Schule in der Charité untersteht schulaufsichtlich dem Senat für Bildung, Jugend und Wissenschaft von Berlin, Außenstelle Mitte. Organisatorisch ist die Schule in das Therapiekonzept der Kliniken eingebunden, inhaltlich arbeitet sie selbständig in enger Kooperation mit den Ärzten, Therapeuten, dem Klinikpersonal und anderen Fachdiensten.

### Ziele und Aufgaben

Schulpflichtige Schülerinnen und Schüler, die sich auf Grund einer Erkrankung für längere Zeit oder in regelmäßigen Abständen im Krankenhaus befinden, erhalten in dieser Zeit einen speziellen Unterricht. Sie bleiben Schülerinnen oder Schüler der bisher besuchten Schule.

Die sonderpädagogische Aufgabe der Schule für Kranke besteht darin, durch einen speziellen Unterricht

- Hilfen im Umgang mit der Krankheit zu geben,
- eine Gefährdung der Schullaufbahn zu vermeiden,
- einer sozialen Isolierung der Betroffenen entgegenzuwirken,

Wir unterstützen und beraten Schülerinnen und Schüler, Eltern, Lehrerinnen und Lehrer. Wir bereiten die Reintegration vor und bahnen diese mit den beteiligten Schulen an.

### Unterrichtsgrundsätze und Unterrichtsgestaltung

Der Unterricht beginnt, sobald der Gesundheitszustand es zulässt. Die Zustimmung des Arztes ist erforderlich. In der Regel findet der Unterricht in Lerngruppen statt. Die Gruppenbildung für den Unterricht berücksichtigt die individuellen Förderbedürfnisse der Schüler und Schülerinnen und erfolgt im Sinne inklusiver Pädagogik entsprechend der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen. Wenn die Notwendigkeit besteht, wird Einzelunterricht erteilt. Grundsätzlich erhält der Schüler/die Schülerin das Zeugnis durch die Herkunftsschule. Eine Benotung erfolgt nicht.

Wir schaffen Lernsituationen, die geeignet sind, das Selbstvertrauen und soziale Kompetenzen unserer Schülerinnen und Schüler zu stärken. Dabei spielen die Prinzipien der Individualisierung, der Ritualisierung, der Differenzierung und der Selbsttätigkeit eine besondere Rolle. Unterrichtsinhalte, Leistungs- und Sozialverhalten sowie Ergebnisse der Schulleistungsdiagnostik werden schriftlich festgehalten und der Herkunftsschule durch die Lehrkräfte in Form eines Schulberichtes zugearbeitet.

## Stationärer Bereich

Es stehen seit dem 01.01.2011 insgesamt 25 vollstationäre und 13 teilstationäre Behandlungsplätze zur Verfügung. Die Patienten werden nach Altersgruppen zusammengefasst. Die Tagesstation verfügt über 11 Plätze in zwei Gruppen für jüngere Schulkinder von 6 bis 11 Jahren und Jugendliche ab dem 12. Lebensjahr. Auf der Kinderstation können 10 Jungen und Mädchen vollstationär im Alter von 6 bis 14 Jahren behandelt werden. Für Jugendliche (13 bis 17 Jahre) stehen 15 vollstationäre und 2 teilstationäre Plätze zur Verfügung. Die Behandlungsplätze für Kinder und Jugendliche mit psychosomatischen Störungen sind auf der Tagesstation und den vollstationären Bereichen integriert. Auf der Kinder- und der Jugendlichenstation wird ebenso wie auf der Tagesstation in einem milieuthérapeutischen Rahmen durch ein multiprofessionelles Pflege- und Erziehersteam ein therapeutisches Angebot für schwere kinder- und jugendpsychiatrische und psychosomatische Erkrankungen gemacht. Je nach Indikation bekommen die Patienten neben der obligatorischen verbalen Psychotherapie (einzeln und in der Gruppe) und der ebenfalls obligatorischen Familien- bzw. Elternarbeit auch komplementäre nonverbale Therapieformen wie Musik- und Kunsttherapie, Körper- und Bewegungstherapie, Ergotherapie und Logopädie. Die durchschnittliche Behandlungsdauer liegt im vollstationären Bereich bei knapp 50 Tagen.

Auf der Tagesstation werden Kinder und Jugendliche behandelt, bei denen eine ambulante Therapie sich als nicht ausreichend erwiesen hat, die aufgrund des Störungsbildes oder des Schweregrades aber nicht vollstationär behandelt werden müssen. Ein Teil der Patienten wird auch zur umfassenden Diagnostik aufgenommen, wenn diese ambulant nicht zu gewährleisten ist.

## Ambulanter Bereich

Im ambulanten Bereich werden pro Jahr etwa 1200 Kinder und Jugendliche untersucht und behandelt. Die meisten ambulanten Patienten werden in der aus unserer Klinik gebildeten Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie als Teil des Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) der Charité behandelt. Hinzu kommen die Hochschulambulanz, ein Notfalldienst sowie vor- und nachstationäre Behandlungen. Alle kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen werden hier ambulant untersucht und behandelt, wobei es in Anlehnung an unsere Forschungsprojekte Spezialsprechstunden für Patienten mit Essstörungen, ADHS, fetaler Alkoholspektrumstörung, Geschlechtsidentitätsstörung sowie für Säuglinge und Kleinkinder (mit besonderem Augenmerk auf Säuglinge und Kleinkinder mit suchtkranken Eltern) gibt. Darüber hinaus haben wir bis 2012 im Rahmen eines von der Deutschen Krebshilfe geförderten Projektes eine Spezialsprechstunde für Kinder krebskranker Eltern angeboten. Zusätzlich bieten wir die Abklärung früher (Prodromi) psychotischer Störungen an und gibt es seit Ende 2012 eine Mutter-Kind-Sprechstunde für Mütter mit Depression und ihre Kinder.

## Konsiliardienst

Die Klinik betreibt einen großen Konsiliardienst, insbesondere für die somatischen Stationen der Kinderkliniken. Pro Jahr werden ca. 500 Patienten mitbetreut. Für zwei Teilstationen (Allgemeine Pädiatrie und Neuropädiatrie) hat sich eine enge Zusammenarbeit im Sinne eines integrierten Liaisondienstes mit regelmäßigen gemeinsamen psychosozialen Visiten entwickelt. In diesem Rahmen werden vorwiegend Patienten mit schweren bzw. chronischen Erkrankungen betreut, bei denen sich eine psychische Problematik

entwickelt hat. Spezielle Anforderungen stellt die Mitbetreuung von Patienten nach Organtransplantationen. Weitere Schwerpunkte sind die psychosomatische Komplexbehandlung von Patienten mit funktionellen Krankheitsbildern, und die Notfallbehandlung von Patienten mit z. n. Suizidversuch, verschiedenen Formen von Intoxikationen und exogenen Psychosen.

## Psychosomatische Komplexbehandlung

Seit 2011 wurde für die Kinderkliniken der Charité die Möglichkeit geschaffen, pädiatrische Patienten bei psychischer Störung über die psychosomatischen Komplexziffern (9-403.0-4) fachgerecht zu behandeln. Die fachliche Versorgung dieser Patienten ist über den Liaison- und Konsiliardienst in Zusammenarbeit mit der Pädiatrie gewährleistet. Voraussetzung ist das Vorhandensein eines multidisziplinären Teams, außerdem muss eine bestimmte Anzahl von Therapieeinheiten in vorgegebenen Zeiträumen erbracht werden.

Bis heute wurden 76 Patienten behandelt (Mädchen N=63, Jungen N=13). Das durchschnittliche Alter betrug 14,5 Jahre. Die überwiegende Anzahl der Patienten wurden wegen Essstörungen (N=55) behandelt, die übrigen Patienten (N=21) zeigten verschiedenste Störungen: Depressive Störungen (N=8), Somatoforme Störungen (N=6) und Störungen mit Beginn in der Kindheit (N=4) und Intoxikationen (N=3). Die Behandlungsdauer war im Durchschnitt 14,7 Tage.

## Medizinischer Kinderschutz

Medizinischer Kinderschutz hat in der Charité – Universitätsmedizin Berlin eine lange Tradition. Die Kinderschutzgruppe in ihrer aktuellen Zusammensetzung und Arbeitsweise besteht seit 2007, seither gibt es auch eine Stelle für Kinderschutzkoordination. Unsere Klinik ist fachliche verantwortlich für die Kinderschutzkoordination und über den Konsildienst auch in fachlicher Verantwortung für alle stationären Kinderschutzfälle. Neben der interdisziplinären Zusammenarbeit innerhalb der Charité ist es für unsere Arbeit wichtig, mit anderen Einrichtungen, besonders den Jugend- und Gesundheitsämtern zu kooperieren. Nur so kann ein wirksamer Schutz der Kinder und angemessene Hilfen für die Eltern realisiert werden. Im April 2008 wurde daher eine erste Kooperationsvereinbarung mit dem Jugend- sowie dem Gesundheitsamt Mitte abgeschlossen. 2009 haben auch die Jugend- und Gesundheitsämter der Bezirke Reinickendorf sowie Charlottenburg-Wilmersdorf die – inzwischen überarbeitete – Kooperationsvereinbarung unterzeichnet. Seit dem 21. Juli 2010 gehört auch der Bezirk Steglitz-Zehlendorf zu den Unterzeichnern. Kooperationsvereinbarungen mit weiteren Bezirken sind kurz vor Abschluss oder in Planung.

Ziel unserer Arbeit ist es primär, Unterstützungsbedarf in Familien sowie Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung und Misshandlungen von Kindern zuverlässig zu erkennen, um angemessen darauf reagieren zu können. Wir möchten einerseits dazu beitragen, dass Kinder, die bereits Gewalt und Vernachlässigung erleben mussten, in Zukunft wirksam davor geschützt werden. Andererseits wollen wir gefährdete Familien frühzeitig dabei unterstützen, sich Hilfe zu holen. Unsere Arbeit hat somit auch präventiven Charakter – wir wollen, dass Kinderschutzfälle gar nicht erst entstehen. Eine besondere Rolle spielen dabei unsere Babylotsen, die belasteten Familien rund um die Geburt Hilfe und Unterstützung anbieten.

Darüber hinaus möchten wir nicht nur bei unseren Patienten und deren Familien, sondern auch bei unseren Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen die Sensibilität für das Kindeswohl erhöhen und dazu beitragen, dass es nicht zu Grenzüberschreitungen innerhalb unserer Kliniken kommt.



Um unsere Ziele umsetzen zu können, bedarf es unterschiedlicher Vorgehensweisen. Neben der konkreten Arbeit mit gefährdeten oder betroffenen Kindern und Familien investieren wir in die kontinuierliche Weiterentwicklung von Qualitätsstandards und regelmäßige Fortbildungen unserer Mitarbeiter. In den vergangenen Jahren haben wir diverse interne und externe Fortbildungen veranstaltet. Intern konnten wir damit die Handlungssicherheit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Charité – Universitätsmedizin Berlin erhöhen. Extern tragen wir zu einer verbesserten Kooperation im Bereich Kinderschutz bei.

Im April 2014 veranstalteten wir einen Fachtag mit dem Titel „Braucht Adipositas Kinderschutz?“. Hier wurde diskutiert, inwiefern die Frage möglicher Kindeswohlgefährdung in der Arbeit mit adipösen Kindern und Jugendlichen eine Rolle spielt und wie die Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Gesundheitssystem optimiert werden kann. Darüber hinaus werben wir um die Unterstützung externer Partner und die Intensivierung der Zusammenarbeit mit außerklinischen Institutionen (Netzwerkbildung). Dabei engagieren wir uns in einer Reihe von regionalen und überregionalen Gremien und Arbeitsgemeinschaften.

## Trauma-Ambulanz für Kinder und Jugendliche

Die Traumaambulanz bietet im Rahmen des Opferschädigungsgesetzes (OEG) psycho-therapeutische Unterstützung für Kinder und Jugendliche, die Opfer körperlicher oder sexu-eller Gewalt geworden sind. Auch Personen, die im Rahmen eines Überfalls bedroht wurden oder Zeugen einer Gewalttat wurden, können in der Ambulanz Hilfe erhalten.

Nach einer körperlichen oder psychischen Gewalterfahrung können in Einzelfällen Symptome starker psychischer Belastung wie Niedergeschlagenheit, Alpträume, Ängste, Unruhe, Flashbacks auftreten. Diese gehören zunächst zu einer normalen Stressreaktion. Bei manchen Opfern halten diese Symptome aber länger an und führen im schlimmsten Fall zu Folgeerkrankungen wie z. B. der Posttraumatischen Belastungsstörung oder Depressionen.

Ziele des Angebots der Trauma-Ambulanz sind bestehende Belastungssymptome zu mildern, die Stärkung der Ressourcen betroffener Kinder und Jugendlicher sowie ihrer Familien, die Prävention von Traumafolgestörungen und die Indikationsstellung bezüglich langfristiger Therapien und Beratungen.

Neben einer eingehenden Beratung zu möglichen Traumafolgesymptomen und -störungen erfolgt eine standardisierte Diagnostik und Behandlung der vorliegenden Symptome, psychotherapeutische Unterstützung und bei Bedarf auch Vermittlung in fachkompetente Weiterbetreuung. Dabei legen wir auf die Einbeziehung der Bezugspersonen besonderen Wert.

Seit 2012 konnten wir ca. 150 Kinder und Jugendliche betreuen und bei der Mehrheit dazu beitragen, dass es zu einer deutlichen Besserung der Symptome und der Gesamtsituation kommt. Inhaltlich orientieren wir uns an der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie nach Cohen. Neben psychotherapeutischen Gesprächen können wir auch über Spenden finanzierte Kunsttherapie anbieten.

## 2. Wissenschaftliche Mitarbeiter/innen (Stand 01.01.2015)

### **Klinikdirektorin**

Lehmkuhl, Ulrike, Prof. Dr. med. Dipl.-Psych.

### **Leitende Oberärztin**

Winter, Sibylle-Maria PD Dr. med.

### **Oberärztinnen**

Fisch-Kohl, Claudia Dr. med. (langdauernde Abwesenheit)

Leupold, Heike, Dr. med. (Elternzeit)

Nietzel, Annika, Dr. med. (Vertretung für Frau Dr. Fisch-Kohl)

Wolter, Heike (Vertretung für Frau Dr. Leupold)

### **Ärzte/ Ärztinnen**

Ciocchi, Andrea

Gaute, Dirk

Koslowski, Michael, Dr. med.

Köpp, Corinna

Mechelhoff, David

Müller-Busch, Milena Marie, Dr. med.

Nietzel, Annika, Dr. med. (Aufgaben als Oberärztin)

Opitz, Damaris (Mutterschutz)

Plaga, Jennifer, Dr. med.

Reichert, Eva

Starzacher, Esther, Dr. med.

Wolter, Heike (Aufgaben als Oberärztin)

Quinn, Carolin, Dr. med. (im Fremdjahr)

### **Diplom-Psycholog(inn)en**

Abs, Katharina, Dipl.-Psych. (Elternzeit)

Bödeker, Katja, Dr. phil. Dipl.-Psych.

Bojanowski, Sabine, Dipl.-Psych.

Bühler, Eva, MSc. (Vertretung für Frau Watrin)

Brosche, Nina, Dipl.-Psych.

Buchwald, Martin, Dipl.-Psych.

Hosp, Katja, Dipl.-Psych.

Kriegel, Stefanie, Dipl.-Psych.

Neumeier, Elisabeth Dipl.-Psych.

Pech, Martina, Dipl.-Psych.

Schmiedeberg, Ina, Dipl.-Psych.

Thurn, Claudia, Dipl.-Psych.

Wallner, Eva, Dipl.-Psych. (Vertretung für Frau Abs)

Watrin, Laura, Dipl.-Psych. (Elternzeit)

### **Wissenschaftliche Mitarbeiter/innen in Forschungsprojekten**

Bierbaum, Anna-Lena, Dipl.-Psych.

Dittrich, Katja, Dipl.-Psych.

Dörr, Peggy, Dr. rer. nat. Dipl.-Psych.

Führer, Daniel, Dipl.-Psych.

Herbrich, Laura, Dipl.-Psych. (Vertretung für Frau Kappel)

Jaite, Charlotte, Dipl.-Psych.

Kappel, Viola, Dipl.-Psych. (Elternzeit)

Reiter, Kathrin, Dipl.-Soz.päd.

van Noort, Betteke, MSc.

### **Kooperierende ehemalige Mitarbeiter:**

Ehrlich, Stefan, Prof. Dr. med.

Huss, Michael, Prof. Dr. med.

Salbach-Andrae, Harriett, PD Dr. rer. medic. Dipl. Psych.

### **Ökotrophologin:**

Haas, Verena, Dr. Dipl. oec. troph.

### **Ambulanz (HSA und SPZ)**

Gauer, Marina

Jedid, Petra

Matte, Marion

### **Mitarbeiter/innen im Pflege- und Erziehungsdienst**

Wachholz-Kruse, Marlies (Bereichsleitung S31, W T31, S22 und T22)

Prinzler, Silke (Stationsleitung T22 und S22)

### **Tagesklinik (T22)**

Birkhahn, Margareta

Laue, Stephanie

Michael, Kathrin

Rothgänger, Pascale

Stapel, Uta

### **Kinderstation (S22)**

Boehnert, Marianne

Dressler, Silvia

Dunkel, Gabriele

Hofmann, Klaus

Jonscher, Manuela  
Kluth, Petra  
Loerke, Evelyn  
Mandl, Deborah  
Menk, Stefanie  
Mücher, Lutz  
Traub, Kirsten

### **Jugendlichenstation (S31)**

Bachmeier-Naimie Helga  
Bauer, Anna  
Blömer, Maria  
Eger, Corinna  
Forstreuter, Bettina  
Hasselbeck, Karin  
Jasaf, Annette  
Kunert, Petra  
Leich, Mathias  
Masche, Gülay  
Tessarek, Andreas  
Schmitt-Ben Abdallah, Elisabeth  
Thiere, Anke  
Wolf, Petra

### **Mitarbeiter/innen Klinikschule**

Lukas, Dagmar (Sonderschulrektorin)  
Vogler, Inka (Sonderschulrektorin)  
Schöbel, Petra (Schulsekretärin)  
Daberkow, Vivian  
Junge, Regine  
Kaiser, Heike  
Nowak, Gudrun  
Rosenkranz, Heidi  
Scholz, Thomas  
Wünsch, Beate  
Yamaoka, Nataly  
Zimmermann, Gunter

### **Kinderschutzkoordinatorin**

Ihme, Loretta

**Sozialarbeiter/innen**

Büthe, Edeltraut  
Möbus, Reiner  
Ljubinkovic, Nevena  
Wirth, Iris

**Logopädin**

Hammer, Susanne

**Kunsttherapeuten**

Hamdorf, Titus  
von Waberer, Daniela

**Musiktherapeutin**

Ehrlich, Christine

**Bewegungs- und Körpertherapeutinnen**

Riess, Gabriele  
Thiere, Anke

**Beschäftigungstherapeutinnen**

Adams, Heike  
Kiomall, Isabel  
Mirsch, Bärbel

**Psychologisch-Technische Assistentin**

Gilgenast-Peter, Hildegard

**Chefsekretärinnen**

Fischer, Regina  
Moss, Lillian

**Sekretärinnen/ Angestellte im Schreibdienst**

Bleich, Alexandra  
Gauer, Marina  
Mansoor, Marion

### 3. Drittmittelgeförderte Forschungsprojekte

#### 3.1 Immediate Biological Embedding of Maltreatment in Children: Berlin Longitudinal Children Study (Berlin LCS) - Projekt 1: Clinical Core - Recruitment and Assessment

<b>Drittmittelgeber:</b>	BMBF
<b>Gesamtleitung:</b>	Prof. Dr. med. C. Heim Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. U. Lehmkuhl Prof. Dr. J-D. Haynes Prof. Dr. E. Binder
<b>Projektleitung:</b>	PD Dr. med. S. Winter
<b>Mitarbeiter:</b>	Dr. P. Dörr M.Sc. K. Dietrich Dipl.-Sozialpäd. K. Reiter
<b>Fördersumme:</b>	419.000 Euro (Projekt 1)
<b>Laufzeit:</b>	2013 - 2016

Frühe traumatische Lebenserfahrungen sind mit einem stark erhöhten Risiko für seelische und körperliche Erkrankungen im Erwachsenenalter assoziiert. Es ist bislang jedoch ungeklärt, welche unmittelbaren biologischen Prozesse dafür verantwortlich sind, dass sich frühe traumatische Lebenserfahrungen in Gehirn und Körper einbetten und somit ein langfristig erhöhtes Erkrankungsrisiko bewirken. Derzeit verfügbare Interventionen für misshandelte Kinder sind dementsprechend nicht an Mechanismen orientiert. Nicht jedes misshandelte Kind weist im Erwachsenenalter ein erhöhtes Erkrankungsrisiko auf, wobei die genetische Ausstattung des Kindes einen schützenden Faktor darstellen kann. Bislang ist ebenfalls ungeklärt, über welche unmittelbaren biologischen Prozesse Variationen im Erbgut mit den Erfahrungen des Kindes zusammenwirken und somit Folgen von Misshandlung modulieren können. Das Ziel unseres Projektes ist die Etablierung einer prospektiven Untersuchung von Kindern, um 1) die unmittelbaren Prozesse der Einbettung von Misshandlung auf verschiedenen Ebenen der Stressregulation zu untersuchen, 2) den Zusammenhang zwischen dieser biologischen Einbettung der Misshandlung und der Manifestation von Symptomen zu identifizieren, und 3) die Wechselwirkung von Genen und Misshandlungserfahrungen auf diese unmittelbaren Prozesse zu verstehen. Mithilfe dieses Wissens können neuartige Behandlungsmöglichkeiten entwickelt werden, welche diesen Prozessen früh und gezielt entgegenwirken. Außerdem können biologische Merkmale identifiziert werden, welche Hinweise darauf geben, ob ein betroffenes Kind ein erhöhtes Erkrankungsrisiko hat und/oder für eine bestimmte Art von Intervention besonders ansprechbar ist. Unser Netzwerk umfasst Wissenschaftler aus verschiedenen Disziplinen der Charité – Universitätsmedizin Berlin, einschließlich der Medizinischen Psychologie (Christine Heim; Netzwerk Koordinator), die Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters (Ulrike Lehmkuhl), das Berlin Center for Advanced Neuroimaging (John-Dylan Haynes), und Wissenschaftler des Max Planck Instituts für Psychiatrie in München (Elisabeth Binder).

### 3.2 Verhaltensstörungen im Zusammenhang mit Gewalt, Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch in Kindheit und Jugend (UBICA)

<b>Drittmittelgeber:</b>	BMBF
<b>Projektleitung:</b>	Prof. Dr. med. F. BERPFOHL Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. U. LEHMKUHL Dr. phil. Dipl.-Psych. K. BÖDEKER
<b>Mitarbeiter:</b>	Dipl.-Psych. D. FÜHRER Dipl.-Psych. C. JAITE Dipl.-Psych. A.-L. BIERBAUM Dipl.-Psych. VIOLA KAPPEL
<b>Fördersumme:</b>	82.764 Euro
<b>Laufzeit:</b>	2012-2015

In dem Projekt wird untersucht, wie sich mütterliche Traumatisierung und Depression auf psychosoziale und (neuro)biologische Korrelate der Affektregulation auswirken, wie sie die Sensitivität und Feindseligkeit der Mütter gegenüber ihren Kindern beeinflussen und ob sie das Misshandlungspotential der Mütter erhöhen. Zudem werden die Einflüsse mütterlicher Traumatisierung und Depression auf Entwicklung, Psychopathologie und Lebensqualität der Kinder und auf deren Responsivität gegenüber ihren Müttern untersucht. Untersucht werden Mutter-Kind-Paare. Die Kinder befinden sich im Grundschulalter. Folgende Gruppen von Müttern werden untersucht: Mütter mit Traumatisierung und depressiver Episode in der Vorgeschichte; Mütter mit depressiver Episode in der Vorgeschichte, aber ohne Traumatisierung; Mütter ohne Depression und ohne Traumatisierung. Ebenen der Betrachtung beinhalten Psychopathologie, Testpsychologie, Verhaltensbeobachtung, Hormonbestimmungen, genetische und epigenetische Untersuchungen sowie Untersuchungen mit funktioneller Magnetresonanztomographie. Das Projekt evaluiert darüber hinaus eine Intervention, die auf die Mutter-Kind-Interaktion ausgerichtet ist. Hierzu werden Mütter mit Depressionen und Trauma auf eine von zwei Interventionstypen randomisiert: Sie erhalten entweder Parent-Child-Interaction-Therapy oder aber ein Stressmanagement Training.

### 3.3 Transgenerationale Übertragung von traumatische Kindheitserfahrungen: Die Mutter-Kind-Interaktion bei traumatisierten Müttern mit Borderline Persönlichkeitsstörung

<b>Drittmittelgeber:</b>	DFG
<b>Projektleitung:</b>	Prof. Dr. med. F. BERPFOHL Prof. Dr. med. C. HEIM Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. U. LEHMKUHL PD Dr. med. S. RÖPKE
<b>Mitarbeiter:</b>	Dipl.-Psych. K. BÖDEKER Dipl.-Psych. D. FÜHRER Dipl.-Psych. C. JAITE Dipl.-Psych. A.-L. BIERBAUM

**Fördersumme:** 66.600 Euro  
**Laufzeit:** 2014 -2015

Ziel dieser Studie ist es, die Auswirkungen von mütterlichem Kindheitstrauma auf (1) das mütterliche und (2) das Kindverhalten in der Mutter-Kind-Interaktion zu untersuchen. Die Auswirkungen von mütterlichem Trauma werden auf der Verhaltens- sowie der neurobiologischen Ebene untersucht. Das Projekt wird insbesondere auf Mütter fokussieren, die auf eine frühe Traumatisierung mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung reagieren und ihre Kinder. Sie werden mit traumatisierten Müttern ohne BPS und mit BPS Müttern ohne Traumatisierung verglichen. Dies erlaubt es uns, unsere primäre Forschungsfrage zu untersuchen: Was sind die spezifischen Effekte der Borderline-Psychopathologie und von Kindheitstrauma auf die Mutter-Kind-Interaktion und wie interagieren diese beiden Faktoren?

Daten von diesem Projekt werden mit einem bereits laufenden Projekt, dem vom BMBF unterstützten UBICA Projekt, verglichen, das die gleiche Testbatterie verwendet wie in dem hier eingereichten Projekt. In dem laufenden BMBF Projekt werden Mütter mit einer depressiven Reaktion auf traumatische Kindheitserfahrungen untersucht. Dies erlaubt uns, unsere zweite Forschungsfrage zu untersuchen: Hängen die Auswirkungen von Kindheitstraumata auf die Mutter-Kind Interaktion von der mütterlichen Reaktion auf das Trauma ab?

### **3.4 Wirksamkeit eines Elterntrainings zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern in Abhängigkeit von der Behandlung ihrer ebenfalls betroffenen Mütter mit entweder kombiniert verhaltenstherapeutisch-medikamentöser Behandlung (Methylphenidat) oder unspezifisch-beratender Kontrollbehandlung**

**Drittmittelgeber:** BMBF  
**Projektleitung:** Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. U. Lehmkuhl  
 Dr. med. R. Burghardt  
**Mitarbeiter:** Dipl.-Psych. C. Jaite  
 Dr. phil. Dipl.-Psych. K. Bödeker  
 Dipl.-Psych. V. Kappel  
 PD Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. H. Salbach-Andrae  
 Dipl.-Psych. A.-L. Bierbaum  
**Projektnummer:** BMBF-ADHD-C2, EudraCT Nummer: 2006-001353-96  
**Fördersumme:** 32.707 Euro  
**Laufzeit:** 2009-2012

ADHS ist in Familien von Betroffenen gehäuft zu beobachten. Etwa ein Viertel der Kinder mit ADHS haben ebenfalls einen betroffenen Elternteil und mehr als die Hälfte der Eltern mit ADHS haben ein betroffenes Kind. Die Erziehung eines Kindes mit ADHS ist für Eltern mit ADHS häufig schwierig, belastend und konfliktträchtig. Im Umgang mit von ADHS betroffenen Kindern ist ein ruhiger, überlegter und konsistenter Erziehungsstil der Eltern essentiell. Kernsymptome, Begleitstörungen und psychosoziale Merkmale der ADHS können jedoch die erzieherischen Kompetenzen der Eltern mit ADHS wesentlich beeinträchtigen.



Von ADHS betroffenen Eltern scheinen allerdings die notwendigen Ressourcen zu fehlen, um von einem Elterntaining hinreichend profitieren zu können.

Ziel dieses multizentrischen Forschungsprojekts ist es daher, anhand eines randomisiert-kontrollierten Studiendesigns (zweiarmig) zu überprüfen, ob sich durch eine störungsspezifische Behandlung der ADHS der Mütter die Wirksamkeit eines Elterntrainings zur Behandlung der ADHS der Kinder erhöht.

### 3.5 Treatment of childhood and adolescent Anorexia Nervosa – Day treatment vs. Inpatient treatment (ANDI)

<b>Drittmittelgeber:</b>	BMBF-EDNET
<b>Gesamtleitung:</b>	Prof. Dr. med. B. Herpertz-Dahlmann, Aachen
<b>Projektleiter:</b>	Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. U. Lehmkuhl Dr. med. E. Pfeiffer
<b>Mitarbeiter:</b>	PD Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. H. Salbach-Andrae Dipl.-Psych. T. Bierbaum Dipl.-Psych. C. Thurn Dr. med. R. Burghardt Dr. med. S. Ehrlich
<b>Fördersumme:</b>	67.919 Euro
<b>Laufzeit:</b>	2008-2012

*Zielsetzung der Studie:* Ziel der Studie „Treatment of childhood and adolescent Anorexia Nervosa – Day treatment vs. Inpatient treatment (ANDI)“ ist der Vergleich zweier Behandlungssettings zur Behandlung der Anorexia Nervosa im Kindes- und Jugendalter. Überprüft wird die langfristige Wirksamkeit eines teilstationären Behandlungssettings mit ambulanter Nachsorge im Vergleich zu einem vollstationären Behandlungssetting mit ambulanter Nachsorge, wobei der Nachweis von Nicht-Unterlegenheit das Ziel ist. In beiden Settings erfolgt vor der differentiellen Behandlung in gleicher Weise eine vollstationäre Stabilisierungsphase von 3 Wochen.

*Zielkriterien:* Als primäre abhängige Variable fungiert die Differenz der BMI-Werte zwischen den beiden Gruppen zu 3 Messzeitpunkten: bei Aufnahme sowie 1 und 2,5 Jahre nach Aufnahme. Als sekundäre, deskriptive, abhängige Variablen werden die Häufigkeit von stationären Aufenthalten über den gesamten Beobachtungszeitraum von 52 und 130 Wochen ab Aufnahme erhoben. Ferner dienen zur Beschreibung des Verlaufs der Psychopathologie der Patientinnen Fragebögen- sowie strukturierte Interview-Daten zur Essstörung sowie Komorbidität. Zusätzlich werden als Moderator- bzw. Mediatorvariablen mit Hilfe von Fragebögen das Belastungsniveau der Eltern sowie das Ausmaß der Expressed Emotions in der Familie erhoben. Der Verlauf der somatischen Symptome der Anorexia Nervosa wird anhand des Gewichtsverlaufes, des Morgan-Russel-Kriteriums sowie anhand der Hormonwerte (Blutentnahmen) bestimmt.

*Studiendesign:* Multizentrische (Aachen, Berlin, Freiburg, Würzburg, Düren, Köln, Mannheim), randomisierte, kontrollierte, zweiarmige Nicht-Unterlegenheitsstudie im Parallelgruppen-Design zum Vergleich von zwei Therapiesettings.

### 3.6 Psychosoziale Hilfen für Kinder krebskranker Eltern: Differenzieller Versorgungsbedarf für indizierte familienorientierte Prävention, Implementierung innovativer Versorgungsangebote und deren schrittweise Evidenzbasierung.

<b>Drittmittelgeber:</b>	Deutsche Krebshilfe
<b>Projektleiter:</b>	Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. U. Lehmkuhl Dr. med. H. Weschenfelder-Stachwitz
<b>Mitarbeiter:</b>	Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. P. Dörr Dipl.-Psych. D. Führer Dipl.-Psych. S. Lange Dipl.-Psych. A.-L. Bierbaum
<b>Fördersumme:</b>	375.000 Euro
<b>Laufzeit:</b>	2009-2012

Kinder körperlich kranker Eltern sind eine identifizierte Risikogruppe für psychische Störungen. Elterliche Krebserkrankungen stellen hierbei die epidemiologisch mit großem Abstand bedeutsamste Krankheitsgruppe dar. Eine systematische Einbeziehung minderjähriger Kinder in psychosoziale Versorgungskonzepte für erwachsene Krebspatienten fehlt bislang. Aufbauend auf dem Hamburger COSIP(Children of somatically ill parents)-Beratungskonzept für Kinder chronisch kranker Eltern sollen empirisch fundierte Kriterien für die Indikationsstellung für präventive psychosoziale Interventionen für diese Population ermittelt werden. Unter Berücksichtigung von Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung psychischer Probleme im Rahmen der elterlichen Erkrankung verfolgt das COSIP-Beratungskonzept die Verbesserung kindlichen Wissens über die elterliche Erkrankung und deren Behandlung, die Erleichterung aktiver Verarbeitungsstrategien und die Verbesserung intrafamiliärer Kommunikation in Bezug auf die Erkrankung sowie die Entlastung der Eltern von potentiellen Schuld- und Unzulänglichkeitsgefühlen.

Das Hamburger COSIP-Beratungskonzept soll in einem multizentrischen Verbundprojekt in verschiedenen spezifischen Kontexten der psychosozialen Versorgung von Krebspatienten implementiert und evaluiert werden. Inhaltliche Schwerpunkte in Berlin liegen 1) in der Analyse der Auswirkung der Belastung durch die onkologische Erkrankung einer primären Bezugspersonen auf die Affekt- und Verhaltensregulation in der frühen Kindheit sowie auf die Eltern-Kind-Interaktion und 2) in der Untersuchung des Einflusses von Geschwisterbeziehungen auf die psychische Belastung und den Verlauf der Bewältigungsversuche einer elterlichen Krebserkrankung.

### 3.7 Genetische Untersuchungen der Entwicklung glutamaterger Neurone bei Menschen mit Autismus (Teilprojekt im Rahmen des SFB 665 „Developmental Disturbances of the Nervous System“)

<b>Drittmittelgeber:</b>	Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG)
<b>Teilprojektleiter:</b>	Prof. Dr. med. C.Bachmann
<b>Mitarbeiterin:</b>	M.Sc. E. Bühler
<b>Fördersumme:</b>	60.000 Euro
<b>Laufzeit:</b>	2009-2011

Ungefähr eines von 180 Kindern in Deutschland ist von einem Störungsbild betroffen, welches man als „Autismus“ bzw. „Autismus-Spektrum-Störung“ bezeichnet. Klinische, neurophysiologische, bildgebende und genetische Studien der letzten Jahre verdichten das Bild, dass es sich beim Autismus um eine tiefgreifende angeborene Entwicklungsstörung des Gehirns handelt, bei der sowohl intrinsische (genetische) als auch extrinsische (soziale und familiäre) Faktoren ursächlich beteiligt sind.

Sehr wahrscheinlich handelt es sich bei Autismus-Spektrum-Störungen um eine Störung der Verschaltung von Nervenzellen, die zu Problemen der Wahrnehmung und Informationsverarbeitung führt. Die Folge davon ist, dass Menschen mit Autismus Probleme im sozialen Kontakt und der zwischenmenschlichen Kommunikation haben sowie durch ritualisierte und stereotype Verhaltensweisen auffallen. Diese Störung kann bereits intrauterin oder nach der Geburt während der Hirnreifung (Synaptogenese und Myelinisierung) auftreten. Im aktuellen Forschungsprojekt soll der Fokus auf der Entwicklung einer bestimmten Gruppe von Nervenzellen, den glutamatergen Neuronen, liegen. Besonderes Augenmerk gilt hierbei der Untersuchung der Gene, welche die Entwicklung und Verschaltung dieser Gruppe von Nervenzellen steuern (z.B. Neuroligin und Neurexin).

Unsere Klinik ist bei diesem Projekt – zusammen mit den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken in Marburg und Mannheim – für die klinische Seite der Studie verantwortlich, d.h. für die Diagnostik, Untersuchung und Phänotypisierung von Kindern und Jugendlichen mit Autismus.

### **3.8 Psychosoziale, mentale und seelische Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern von 0-5 Jahren mit suchtkranken Eltern**

<b>Drittmittelgeber:</b>	Corneliusstiftung
<b>Teilprojektleiter:</b>	Dr. med. R. Burghardt
<b>Mitarbeiterin:</b>	Dipl.-Psych. L. Watrin
<b>Fördersumme:</b>	59.500 Euro
<b>Laufzeit:</b>	2009-2011

Eine Suchtmittelexposition des Ungeborenen mit konnatalem Drogenentzug des Neugeborenen birgt ein hohes Risiko für eine spätere psychoemotionale Fehlentwicklung, besonders bei Bestehen vieler psychosozialer Risikofaktoren. Ziel der strukturierten Nachsorge ist es, schwerwiegende Auffälligkeiten und behandlungsbedürftige Entwicklungen im Rahmen einer „Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie“ so früh wie möglich zu erkennen und zu behandeln. In unserer Baby- und Kleinkindprechstunde für Familien mit Kindern von 0 bis 5 Jahren werden neben Kindern mit gravierenden Symptomen aus dem gesamten Spektrum der psychosomatischen Störungen in dieser Altersklasse, die suchtmittel-exponierten Neugeborenen als eine Subgruppe gesehen und in ein standardisiertes diagnostisches Prozedere, bestehend aus einer leitlinienorientierten Körperlichen Untersuchung, Entwicklungs- (BSID-II) und Interaktionsdiagnostik (CIB), integriert. Ein weiterer Teil der Nachsorge liegt in der systematischen Datenerfassung, insbesondere von Eigen- und Familienanamnese der Neugeborenen, in Kooperation mit der Klinik für Geburtshilfe der Charité, regelmäßigen Verlaufsuntersuchungen zur Beschreibung kollektiver und individueller Entwicklungsverläufe sowie Vernetzungsarbeit mit dem Kinderarzt bzw. dem KJGD, dem Jugendamt und weiteren Helfern. Fall-

und bedarfsabhängig gehört zur klinischen Weiterbetreuung auch das Erkennen von Kindeswohlgefährdenden Situationen und Konstellationen, Coaching, Professionalisierung und Vernetzung der Hilfen, Begleitung normativer Krisen der frühen Kindheit, ggf. interdisziplinäre Diagnostik und Therapie, Beraten und Behandlung frühkindlicher Verhaltensauffälligkeiten, Förderung des Kontakt- und Kommunikationsverhaltens, Psychologische/ Heilpädagogische Spiel- und Entwicklungsförderung, Stärkung der Pflege-, Erziehungs- und Bindungsverhaltens, Funktionale Therapie (Verordnung).

Kooperation: Klinik für Geburtsmedizin, Charité: Dr. Jan-Peter Siedentopf, Manuela Nagel; Klinik für Neonatologie, Charité: Dr. Dieter Hüseman; FASD- Zentrum, Charité: Prof. Dr. Hans Ludwig Spohr.

### 3.9 A Randomized-controlled Study of a Cognitive-behavioral Intervention for Children with Functional Abdominal Pain (Stop-FAP)

<b>Drittmittelgeber:</b>	DFG
<b>Gesamtleitung:</b>	Prof. P. Warschburger (Universität Potsdam)
<b>Projektkoordination:</b>	PD Dr. med. S. Winter Dr. med. Hudert
<b>Fördersumme:</b>	23.238 Euro
<b>Laufzeit:</b>	2014 -2015
<b>Kooperationen:</b>	Potsdam, Berlin, Darmstadt, Düsseldorf, Hamburg, Ulm

Funktionelle Bauchschmerzen (functional abdominal pain; FAP) gehören nicht nur zu den häufigsten Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, sie stellen auch eine erhebliche Belastung für die Kinder und deren Familien dar. Unbehandelt sind funktionelle Bauchschmerzen sehr stabil und erhöhen das Risiko für chronische gastrointestinale Beschwerden und psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter. Erste Ergebnisse zeigen, dass psychosoziale Faktoren eine signifikante Rolle bei der Aufrechterhaltung der Symptome spielen. Interventionsstudien heben die Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Behandlungsansätze hervor, sind jedoch hinsichtlich der Stichprobengröße, dem Zeitraum der Follow-up-Untersuchungen, der Vergleichsgruppen und der Einbeziehung sekundärer psychosozialer Outcomes begrenzt. Das Forschungsprojekt „Stop the pain“ soll dazu beitragen, die oben genannten Forschungslücken zu schließen. In einer Pilotstudie konnten wir bereits zeigen, dass ein kognitiv-behaviorales Trainingsprogramm, im Vergleich zu einer Wartelisten-Kontrollgruppe, wirksam ist. Indem wir nun ein anderes Behandlungsprogramm als Vergleichsgruppe einbeziehen, können Zeit- und Aufmerksamkeitsprozesse kontrolliert und die Daten prospektiv im 12-Monats-follow-up-Zeitraum analysiert werden. 112 Kinder zwischen 7 und 12 Jahren, welche die Rome-III Kriterien für FAP erfüllen, werden einem von zwei Behandlungsprogrammen zugeteilt, welche sich unterschiedlich stark auf die Thematik fokussieren. Diese Gruppen werden hinsichtlich einer Reduktion im Schmerzerleben sowie ihrer Lebensqualität und psychosozialen Wohlbefindens verglichen zu vier Zeitpunkten: vor und nach dem Training sowie 3 und 12 Monate nach dem Training. So können langfristige Effekte der Schulung analysiert und verglichen werden.

## 4. Nicht-drittmittelgeförderte Forschungsprojekte

### 4.1 Universitäre Forschungsförderung

#### 4.1.1 Vergleich der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT-AN/BN) mit der Kognitiv-Behavioralen Therapie (CBT) bei jugendlichen Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa

<b>Leitung:</b>	Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. U. Lehmkuhl
<b>Mitarbeiter:</b>	Dipl.-Psych. C. Jaite PD Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. H. Salbach-Andrae
<b>Fördersumme:</b>	2.199 Euro für 01.01.2011 - 31.12.2014
<b>Laufzeit:</b>	2010-2015

Wirksamkeitsnachweise in Bezug auf die psychotherapeutische Bandlung von jugendlichen Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa liegen nur unzureichend vor.

Dieses Forschungsprojekt hat daher die Zielstellung, die Wirksamkeit der DBT-AN/BN und der CBT mittels Prä-Post-Kontrollgruppenvergleichs bei ambulant behandelten Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa im Jugendalter zu überprüfen. Anhand von Follow-up-Untersuchungen nach 6, 12 und 36 Monaten soll der mittelfristige Verlauf der Anorexia und Bulimia nervosa nach ambulanter psychotherapeutischer Behandlung evaluiert werden.

Erste Ergebnisse eines Prä (T0)- Post (T1)- Vergleichs bestätigen sowohl die Wirksamkeit der DBT-AN/BN als auch der CBT (Salbach-Andrae et al., 2009).

#### 4.1.2 Cognitive Remediation Therapy bei Jugendlichen mit Anorexia nervosa - eine Phase II Studie

<b>Leitung:</b>	Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. U. Lehmkuhl
<b>Mitarbeiter:</b>	M.Sc. B. van Noort Dipl.-Psych. V. Kappel
<b>Fördersumme:</b>	19.668 Euro für 01.01.2011 - 31.12.2014
<b>Laufzeit:</b>	2011-2014

Anorexia nervosa (AN) zeigt die höchste Mortalitätsrate aller psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und verläuft bei 30 Prozent der Betroffenen chronisch (Steinhausen, 2009). Evidenzbasierte wirksame Behandlungsmethoden fehlen (Gowers, 2008). Neuropsychologische Studien zeigen verschiedene kognitive Schwäche bei Jugendlichen und Erwachsenen mit AN (Brewerton et al., 2009). Exekutive Funktionsdefizite der kognitiven Flexibilität (Lopez et al., 2008) und visuell-räumlichen Verarbeitung (Lena et al., 2004) bleiben auch nach Gewichtsrehabilitation bestehen. Möglicherweise unterliegt die schlechte Prognose der AN teilweise dem Umstand, dass bisherige Behandlungsmethoden diese grundlegenden kognitiven Schwäche nicht fokussierten. Die Studie prüft, ob ein gezieltes kognitives Training, das sogenannte Cognitive Remediation Therapy (CRT; Lask et al., 2010), bei Patienten mit AN den Krankheitsverlauf verbessert. Die CRT zielt darauf ab, durch Training neuronale Regelkreise zu modifizieren und durch den Transfer von

kognitiven Strategien in den Alltag einer Chronifizierung vorzubeugen (Patel et al., 2010; Penadés et al., 2010). Bisher liegen keine kontrollierten Studien an Jugendlichen mit AN vor. Ziel der laufenden Studie ist daher die Evaluation der CRT für Jugendliche mit AN unter Einbezug einer gesunden (KG) sowie einer klinischen Kontrollgruppe (TAU). Zusätzlich werden kognitive Funktionen bei Kindern mit AN (EO-AN) untersucht um die Indikation für CRT zu prüfen.

#### 4.1.3 Neurobiologische Parameter der Anorexia nervosa

<b>Leitung:</b>	Dr. med. S. Ehrlich Dr. med. R. Burghardt
<b>Mitarbeiter:</b>	PD Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. H. Salbach-Andrae
<b>Fördersumme:</b>	2.400 Euro für 01.01.2011 - 31.12.2011
<b>Laufzeit:</b>	2005-2011

##### Zusammenfassung:

Anorexia nervosa (AN) ist eine psychiatrische Erkrankung mit hoher Mortalität und häufigen psychischen und medizinischen Folgeschäden. Studien am Menschen und in Tiermodellen belegen die Bedeutung von Veränderungen in verschiedenen Neurotransmitter- und Neuropeptid-Systemen, welche zum Teil durch Gewichtsverlust und Malnutrition hervorgerufen werden. Um diese so genannten State Marker von den stabileren Trait-Markern zu differenzieren, ist es wichtig sowohl akut untergewichtige, als auch gewichtsrehabilitierte Patientinnen zu untersuchen. Die AG Essstörungen (Neurobiologie) hat bisher somatische Komplikationen, genetische Marker und Veränderungen im serotonergen und opioidergen System bei Patientinnen mit AN untersucht (Ehrlich et al. 2006, 2007 und 2008). Weiterhin wurden mit dem Untergewicht assoziierte zerebrale Beeinträchtigungen durch neurologische Untersuchungen (Neurologische Soft Signs, Burghardt et al. in prep.), neuronale (Damage-) Marker (Ehrlich et al. 2007) und neurotrophe Faktoren (Ehrlich et al. 2009) erfasst. Neben dem Leptin wurde an einem Teil der Patientinnen auch das Appetit-regulierende Proteine (AgRP) bestimmt. Diese Daten befinden sich derzeit in der Auswertung. Um zu einem besseren Verständnis der Rolle biologischer und genetischer Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der AN zu gelangen, werden wir (z.T. in Kooperation mit den Universitäten Aachen und Essen) die oben genannten Projekte fortsetzen und erweitern. Dazu planen wir die Bestimmung weiterer neurotropher Proteine (NGF), Visfatin und den Vergleich peripherer Serotonin-Parameter (Thrombozyten) mit einem indirekten zentralen Marker der Serotonin-Funktion (Lautstärkeabhängigkeit akustisch evozierter Potentiale). Die im akuten Untergewicht gefundenen feinmotorischen Defizite werden hinsichtlich ihrer Reversibilität im Krankheitsverlauf untersucht. Die Untersuchungen erfolgen dazu jeweils im Querschnitts- und Längsschnittdesign mit sorgfältiger psychometrischer Charakterisierung.

#### 4.1.4 Magnetresonanztomographie (MRT) bei Kindern und Jugendlichen – eine Durchführbarkeitsstudie hinsichtlich untersuchungsmethodenbezogener Emotionen

<b>Leitung:</b>	Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. U. Lehmkuhl
<b>Mitarbeiter:</b>	Dipl.-Psych. C. Jaite Dipl.-Psych. V. Kappel
<b>Fördersumme:</b>	6.387 Euro für 01.01.2011 - 31.12.2014
<b>Laufzeit:</b>	2010-2014

Der Einsatz der MRT bei Kindern und Jugendlichen ist derzeit ein wissenschaftlich kontrovers diskutiertes Thema. Zahlreiche nationale und internationale Zentren setzten das bildgebende Verfahren zu Studienzwecken an Minderjährigen ein. Angesichts dieser Forschungspraxis werden jedoch ethische Bedenken bezüglich der Belastung, der die Studienteilnehmer während der MRT-Untersuchung ausgesetzt sind, diskutiert. Der Forschungsstand zu untersuchungsmethodenbezogenen Emotionen bei Kindern und Jugendlichen ist allerdings inkonsistent.

Ziel dieses Forschungsprojekts ist es daher, Indikatoren zu definieren, anhand derer Kinder und Jugendliche identifiziert werden können, die vor und während einer MRT-Untersuchung untersuchungsmethodenbezogene negative Emotionen entwickeln, um so ggf. angstreduzierende Interventionen einleiten zu können. Untersuchungsbezogene Emotionen sollen in der vorliegenden Studie anhand eines Querschnittsdesigns bei Kindern und Jugendlichen beiderlei Geschlechts im Alter von 8 bis 17;11 Jahren, bei denen ein MRT des Cerebrums mit medizinischer Indikation durchgeführt wird, erhoben werden. Eine Stichprobe von Kindern und Jugendlichen, die mittels EEG untersucht wird, dient als Vergleichsgruppe sowie eine Stichprobe von erwachsenen Patienten im Alter von 18 bis 65 Jahren, bei denen eine MRT-Untersuchung durchgeführt wird.

#### 4.1.5 Validierung und Normierung des Screenings für Somatoforme Störungen des Kindes- und Jugendalters (SOMS-KJ)

<b>Leitung:</b>	PD Dr. med. S. Winter
<b>Mitarbeiter:</b>	Dr. med. E. Pfeiffer Dr. med. C. Quinn Dipl.-Math. K. Lenz
<b>Fördersumme:</b>	4.200 Euro für 01.01.2011 - 31.12.2014
<b>Laufzeit:</b>	2007-2017

Somatoforme und funktionelle Störungen zählen zu den häufigsten Krankheitsbildern im Kindes- und Jugendalter. Die Prävalenz von somatoformen Störungen des Kindes- und Jugendalters beträgt bei Mädchen 11 % und bei Jungen 4 %, die Prävalenz von funktionellen Störungen beträgt bis zu 25 %. Eine Häufung somatoformer Störungen kann bei Patienten mit Migrationshintergrund im Erwachsenenalter beobachtet werden. Studien zu Kindern und Jugendlichen stehen derzeit noch aus.

Gleichwohl werden sie in der Praxis nicht fachgerecht diagnostiziert und behandelt. Eine angemessene

psychologische/psychiatrische Diagnostik erhalten nur die wenigsten Patienten. Daher besteht das Ziel dieser Studie darin, ein neues Screening-Instrument für somatoforme Störungen des Kindes- und Jugendalters (SOMS-KJ) unter besonderer Berücksichtigung interkultureller Aspekte zu validieren und zu normieren. Das Screening-Instrument soll erstmals zuverlässig Patienten mit somatoformen Störungen des Kindes- und Jugendalters in klinischen Kontexten und in Surveystudien erfassen. Zukünftig soll das Screening-Instrument zur Identifikation von Kindern und Jugendlichen mit somatoformen Störungen in Forschung und klinischer Praxis eingesetzt werden.

#### 4.1.6 Bioimpedanzanalyse zur Ödemprädiktion bei jugendlichen Patientinnen mit Anorexia nervosa

<b>Leitung:</b>	Verena Haas
<b>Mitarbeiter:</b>	L. Otten M. Boschmann Dr. med. E. Pfeiffer
<b>Fördersumme:</b>	1.248 Euro
<b>Laufzeit:</b>	2011-2012

*Hintergrund:* Der wichtigste Parameter, um den Therapieerfolg bei Patientinnen mit Anorexia Nervosa (AN) zu beurteilen, ist die kontinuierliche Gewichtszunahme von 0,5 - 1,0 kg/Woche. Allerdings ist bekannt, dass während der Therapie Gewichtsschwankungen durch Flüssigkeitsverschiebungen entstehen können, im Extremfall auch sogenannte „Refeeding-Ödeme“. Bevor ein Ödem tastbar ist, können sich mehrere Liter an Körperwasser einlagern. Die Bioimpedanz-Vektoranalyse (BIVA) ist eine hilfreiche Methode, um den Ernährungszustand erwachsener AN-Patientinnen zu beschreiben. Eine Vektorposition unterhalb der 75. Perzentile der Toleranzellipse wird als cut-off für Ödeme betrachtet. Das Ziel unserer Studie war es, das Potential der BIVA zur frühzeitigen Erkennung von Refeeding-Ödemen bei jugendlichen AN-Patientinnen zu prüfen.

*Methoden:* In einer prospektiven, longitudinalen Studie erfassten wir den Hydratationsstatus bei 23 stationären Patientinnen ( $14.8 \pm 1.4$  Jahre; BMI:  $15.1 \pm 1.8$  kg/m<sup>2</sup>) nach Aufnahme, und bei 14 dieser Patientinnen wöchentlich für 10 Wochen. Zusätzlich zur BIVA erfolgte ein klinischer „press-Test“ zur Erfassung von Ödemen.

*Ergebnisse und Diskussion:* Laut BIVA waren unsere Patientinnen zu Beginn der Behandlung leicht hyperhydriert, und in den ersten beiden Behandlungswochen kam es zu einer weiter ansteigenden Hydratation. Beim Wechsel vom katabolen Zustand nach längerfristigem Hungern zur anabolen Stoffwechsellage nach Wiedereinführung von Nahrung erfolgt durch den Glucoseeinstrom in die Zellen ein Anstieg des Insulinspiegels. Insulin wirkt anti-natriuretisch, der Körper akkumuliert Flüssigkeit, die vaskuläre Permeabilität und somit das extrazelluläre Körperwasser steigen. Laut BIVA führte der Gewichtsanstieg unserer Patientinnen über 10 Wochen zu einer Normalisierung der Hydratation, sowie zur Zunahme von Körperzellmasse (engl. Body cell mass, BCM). Der press-Test ergab, dass bei 22% der Patientinnen vor allem zu Beginn der Therapie ein Ödem vorlag. Entgegen unserer Erwartung konnte jedoch die BIVA nicht zur frühzeitigen Ödemdetektion verwendet werden

*Schlussfolgerung:* Während der Gewichtszunahme kommt es zu signifikanten Flüssigkeitsverschiebungen. Die BIVA ist jedoch zurzeit nicht zur Ödemvorhersage bei jugendlichen AN-Patientinnen geeignet.



#### 4.1.7 Erfassung des Ruhe-Nüchtern-Umsatzes bei jugendlichen Patientinnen mit Anorexia nervosa

<b>Leitung:</b>	Verena Haas
<b>Mitarbeiter:</b>	N. Neumann W. Döhner
<b>Fördersumme:</b>	1.248 Euro
<b>Laufzeit:</b>	2012-2014

*Hintergrund:* Der Nahrungsmangel bei Patientinnen mit Anorexia Nervosa (AN) hat eine katabole Stoffwechsellage zur Folge, wobei es zu einer Reduktion des Ruhe-Nüchtern-Umsatzes (RNU) kommt. Die indirekte Kalorimetrie stellt den Goldstandard dar, um den RNU zu erfassen. Die Kenntnis des RNU und dessen Veränderung kann für wissenschaftliche und therapeutische Zwecke genutzt werden. Ein Ziel dieser Studie war der Vergleich des Deltatrac Metabolic Monitor (DT, Datex, Finnland) mit dem Quark RMR (Quark RMR, Rom, Italien) bei jugendlichen Patientinnen mit AN, da die Produktion und Wartung des DT eingestellt wurde und die Nutzung eines neuen Gerätes notwendig ist. Ein weiteres Ziel stellte die deskriptive Analyse der Veränderungen von RNU und RQ der Patientinnen während der stationären Therapie dar, sowie die Suche nach physiologischen Faktoren, die mit den Veränderungen des Stoffwechsels im Zusammenhang stehen.

*Methoden:* Der Gerätevergleich wurde bei 30 AN-Patientinnen (14,9 ± 1,7 Jahre, BMI: 15,5 ± 2,1 kg/m<sup>2</sup>) randomisiert und unter standardisierten Bedingungen durchgeführt. Zusätzlich erfolgte bei zehn Patientinnen eine Verlaufsmessung mit dem Quark RMR Gerät. Die Körperzusammensetzung (Fettmasse, fettfreie Masse) der Patientinnen wurde mithilfe der Bioimpedanzanalyse erfasst.

*Ergebnisse:* Die Quark RMR-Ergebnisse für RNU (751 ± 245 kcal/d) und VC02 (95 ± 31 l/min) waren signifikant niedriger als die DT-Messwerte (RNU: 832 ± 258 kcal/d; VC02: 105 ± 34 l/min). Der Bland-Altman-Test lieferte eine durchschnittliche Differenz der RNU-Werte von 81 kcal. Es lag keine systematische Über- oder Unterschätzung des RNU bei den Geräten vor. Die Variabilität der beiden Messgeräte betrug 833 kcal. Hinsichtlich des RQ gab es im Gruppenschnitt keine Unterschiede, einzelne Werte wichen jedoch stark voneinander ab. Verglichen mit Prädiktionsformeln wiesen die AN-Patientinnen (n = 30) bei der stationären Aufnahme einen signifikant erniedrigten RNU auf (751 ± 245 kcal/d, Reduktion auf 53 % nach Müller et al.). Die Reduktion des RNU war vom Ausmaß des Körpergewichtsverlusts, sowie von Veränderungen der Körperzusammensetzung abhängig. Die Verlaufsmessungen der 10 Patientinnen zeigten einen signifikanten Anstieg des RNU zum Entlassungszeitpunkt (1033 ± 293 kcal/d, auf 72 % nach Müller et al.), der dennoch signifikant (28 %) erniedrigt war. Gewicht (+ 7 kg, p < 0,001), FFM (+ 2,6 kg, p < 0,05) und FM (+ 3,2 kg, p = 0,001) stiegen während der Behandlung signifikant an, während der RQ von 0,91 auf 0,89 sank.

*Schlussfolgerung:* Unter dem wissenschaftlichen Aspekt ist ein Geräte austausch der untersuchten Fabrikate innerhalb einer Studie, sowie bei Verlaufsmessungen bei jugendlichen AN Patientinnen nicht ratsam. Patientinnen mit AN haben einen stark veränderten Energiestoffwechsel, der vom Ausmaß des Körpergewichtsverlustes und der veränderten Körperzusammensetzung abhängig ist. Mit Verbesserung des Ernährungszustandes normalisierte sich der Stoffwechsel wieder.

#### 4.1.8 Pilotstudie: erhöhter Energiebedarf bei Patientinnen mit Anorexia nervosa?

<b>Leitung:</b>	Verena Haas
<b>Mitarbeiter:</b>	M. Boschmann J. Steiniger
<b>Fördersumme:</b>	400 Euro
<b>Laufzeit:</b>	2013

Hintergrund: von Patientinnen mit Anorexia Nervosa (AN) wird im stationären Setting eine wöchentliche Gewichtszunahme von 500 - 1000 g gefordert. Die für diese Zunahme erforderliche Energieaufnahme ist nicht bekannt. Hypothese: einige AN-Patientinnen weisen einen metabolischen Phänotyp auf, der zu einem stark erhöhten Energiebedarf führt.

Methode: umfassende metabolische Charakterisierung bei 5 Patientinnen mit Anorexia Nervosa in der Respirationskammer.

Ergebnis: die erhobenen Pilotdaten lassen aufgrund der geringen Stichprobe keine abschließende Beurteilung zu, wurden jedoch für das Verfassen eines Forschungsantrages verwendet.

#### 4.1.9 Biologische Korrelate und Prädiktoren der Gewichtsveränderung bei jugendlichen Patientinnen mit Anorexia nervosa

<b>Leitung:</b>	Verena Haas
<b>Mitarbeiter:</b>	C. Schmitz W. Döhner
<b>Fördersumme:</b>	693 Euro
<b>Laufzeit:</b>	2013 - 2015

Hintergrund: Seit einigen Jahren werden neben den verhaltensassoziierten Faktoren auch genetische und biologische Parameter diskutiert, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung, und somit zum Verlauf von Essstörungen beitragen können. So kann z.B. die Gewichtszunahme durch thermoregulatorisch bedingte Hyperaktivität der Patientinnen erschwert sein. Nicht alle Personen reagieren gleichermaßen auf starke Veränderungen der Energiezufuhr. Sowohl die Beeinträchtigung des Ernährungszustandes zu Beginn der Behandlung, als auch die metabolische Reaktion auf positive Energiebilanz während der stationären Behandlung (= metabolische Flexibilität) fällt individuell sehr unterschiedlich aus. Ziel unserer Studie ist es zunächst, die Erfassung unterschiedlicher Aspekte des Ernährungszustandes zu Beginn der stationären Behandlung (baseline) und vor der Entlassung (follow-up) zu etablieren. Mit diesen Untersuchungen soll die individuelle Variabilität des Ernährungszustandes und der metabolischen Flexibilität der Patientinnen dargestellt werden. Möglicherweise erhalten wir auf diese Weise biologische Prädiktoren für den Gewichtsverlauf der Patientinnen.

Studienfragen: 1.Lässt sich zu Beginn der Therapie durch eine Gewichtsanamnese der Patientinnen die relative Drosselung des Ruhe-Nüchtern-Umsatzes erklären? 2.Wie stellt sich die Dynamik der verschiedenen Komponenten des Ernährungszustandes mit der Gewichtszunahme dar?

Methoden: 1. Gewichtsanamnese: Interview der Patientin nach Aufnahme; wöchentliche Gewichtsveränderung und Kalorienverordnungen (Essensplan). 2. Gesundheitsmarker (bei Aufnahme und vor Entlassung): REE und RQ (indirekte Kalorimetrie, Cosmed); Körperzusammensetzung: Fettmasse, fettfreie Masse, Hydratation (Bioimpedanz-Analyse); Muskelkraft (Hand, Bein); Blutdruck, Herzfrequenz; Körperumfänge (Anthropometrie: Arm, Bein). Studienteilnehmerinnen: 20 stationär, und 10 ambulant behandelte jugendliche AN-Patientinnen (12-18 Jahre; CVK); evtl. 10 stationär behandelte erwachsene AN-Patientinnen (CBF); 20 jugendliche, normalgewichtige Mädchen als Kontrollen für die Muskelkraft (Patientinnen der Stationen 22 und 31 ohne Essstörung). Ergebnisse: Die Ergebnisse der Untersuchungen werden umgehend in der Ernährungstherapie eingesetzt. Unsere Erfahrung zeigt, dass eine psycho-edukative Aufklärung der Patientinnen über Veränderungen des Stoffwechsels sowie Aspekte der Mangelernährung, die über das Körpergewicht hinausgehen, dabei helfen können, um die Angst vor der Gewichtszunahme zu mindern.

#### 4. Projekte aus Eigenmitteln

##### 4.2.1 Validierung und Normierung des Eating Inventory for Children (EDI-C)

**Leitung:** Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. U. Lehmkuhl  
**Mitarbeiter:** Dipl.-Psych. C. Jaite  
 PD Dr. Dipl.-Psych. H. Salbach-Andrae  
**Laufzeit:** 2009-2015

Das Eating Disorder Inventory for Children (EDI-C) ist eine für das Kindes- und Jugendalter modifizierte Version des Eating Disorder Inventory-2 (Paul & Thiel, 2004). Das EDI-C stellt ein mehrdimensionales psychometrisches Selbstbeurteilungsinstrument dar, das bei Kindern und Jugendlichen ab einem Alter von neun Jahren die mit einer Anorexia und Bulimia nervosa einhergehende typische Psychopathologie erfasst. Für den deutschsprachigen Raum sind bislang keine Normwerte verfügbar. Ziel dieser Studie ist daher die Validierung und Normierung des EDI-C.

##### 4.2.2 Untersuchung von psychiatrischen Komorbiditäten bei Patientinnen mit Anorexia nervosa im Jugendalter

**Leitung:** Dr. med. E. Pfeiffer  
**Mitarbeiter:** Dipl.-Psych. C. Jaite  
 PD Dr. Dipl.-Psych. H. Salbach-Andrae  
**Laufzeit:** 2009-2014

Patientinnen mit einer Anorexia nervosa zeigen neben der Kernsymptomatik ein breites Spektrum komorbider psychiatrischer Störungen. Psychiatrische Komorbiditäten bei Jugendlichen mit Anorexia nervosa (AN) wurden bisher jedoch nur unzureichend unter Berücksichtigung der AN-Subtypen (AN-R; AN-BP) untersucht. Ziel des Forschungsprojekts ist daher die Überprüfung von psychiatrischen Komorbiditäten

bei Jugendlichen mit AN-R und AN-BP und deren Verlauf. Erste Ergebnisse weisen darauf hin, dass zu T0 bei 72,3% der AN-Patientinnen mindestens eine komorbide psychiatrische Achse-I-Störung nach DSM-IV diagnostiziert wurde. Es ergaben sich keine signifikanten Differenzen zwischen den AN-Subtypen hinsichtlich der Häufigkeit psychiatrischer Komorbiditäten. Zum Follow-up nach drei Jahren (T1) hatten noch 55,9% der Patientinnen mindestens eine komorbide psychiatrische Achse-I-Störung. Patientinnen mit einer AN-BP hatten signifikant häufiger eine komorbide psychiatrische Störung zu T1 im Vergleich zu Patientinnen mit einer AN-R (Salbach-Andrae et al., 2008).

#### **4.2.3 Nachuntersuchung von Patienten nach stationärer Behandlung unter Anwendung der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalters (OPD-KJ)**

**Leitung:** PD Dr. med. S. Winter  
**Mitarbeiter:** A. Jelen-Mauboussin  
 Dipl.-Math. K. Lenz  
**Laufzeit:** 2006-2013

In diesem Projekt werden 60 Patienten zwei Jahre nach Entlassung aus der stationären/teilstationären Behandlung anhand der operationalisierten psycho-dynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalters (OPD - KJ) untersucht. Die Patienten werden in eine Gruppe mit internalisierenden Störungen und in eine Gruppe mit externalisierenden Störungen eingeteilt. Das Ziel dieser Untersuchung ist, die Entwicklung der beiden Störungsgruppen zu dokumentieren und gegebenenfalls Unterschiede aufzuzeigen.

Die OPD-KJ wurde vom Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik im Kindes- und Jugendalters entwickelt (Arbeitskreis OPD-KJ, 2003). Der Ansatz der OPD - KJ geht über die Möglichkeiten der klassischen psychiatrischen Klassifikation wie ICD 10 oder DSM IV weit hinaus. Die OPD - KJ stellt eine komplexe Erfassung psychodynamischer Prozesse dar und ermöglicht dadurch eine sehr differenzierte Erfassung der Problematik. Auf vier psychodynamischen Achsen zu Beziehungsmustern, intrapsychischen Konflikten, der psychischen Struktur und zu den Behandlungsvoraussetzungen von Kindern und Jugendlichen werden psychodynamische Befunde erhoben, die zur Entscheidung für die Therapieplanung und zur Evaluation des Therapieerfolges herangezogen werden können.

Zentrales Anliegen der OPD - KJ ist, die Austauschbarkeit und Transparenz diagnostischer und psychotherapeutischer Prozesse für klinische und für wissenschaftliche Belange zu erhöhen und damit eine gewisse Überprüfbarkeit von Diagnostik und therapeutischen Verläufen zu schaffen. Damit eröffnet die OPD - KJ die Möglichkeit standardisierter psycho-dynamischer Forschung und trägt zur internen Qualitätssicherung bei.

#### 4.2.4 Verbesserter Zugang zu Traumaambulanzen durch aktiven Einbezug der Versorgungsbehörden sowie primärer Anlaufstellen und Evaluation der Effektivität von Sofortinterventionen (TRAVESI)

<b>Gesamtleitung:</b>	Prof. Fegert Prof. Schepker Prof. Keller
<b>Projektleitung:</b>	PD Dr. med. S. Winter
<b>Laufzeit:</b>	2012 - 2014

Derzeit ist der Umgang mit potentiell traumatisierten Opfern von Gewalt in den verschiedenen Bundesländern heterogen und die Praxis der Anerkennung von Schädigungsfolgen nach dem Opferentschädigungsgesetz und der Einsatz von materiellen Unterstützungen versus therapeutischen Angeboten mit indiziert präventiven Charakter sehr unterschiedlich ausgeprägt. In Nordrhein-Westfalen entstanden die bundesweit ersten Traumaambulanzen, die über Verträge der Versorgungsverwaltung mit klinischen Einrichtungen verfügten. Das „NRW-Modell“ stieß bundesweit auf großes Interesse, und seither sind auch in anderen Ländern Traumaambulanzen entstanden oder stehen vor der Gründung. Ziele und Fragestellungen des Projektes: A) Die Erhöhung der Inanspruchnahme der Sofortintervention in den Modellregionen. B) Die Evaluation der Zugänge zu Traumaambulanzen und ggfs. weiterer Therapie außerhalb im Vergleich eines aktiven Einbezugs der Versorgungsämter mit dem üblichen Vorgehen. C) Die Evaluation der Effektivität von Sofortinterventionen in einem parallelisierten, kontrollierten Design. Im Vorfeld der eigentlichen Evaluationsstudie wird eine Bestandsaufnahme aller Einrichtungen mit Traumaambulanz durchgeführt, um daraus Rückschlüsse auf die aktuell zur Verfügung stehende Gesamtstichprobe zu gewinnen. Vor dem Hintergrund dieser Basisdaten werden dann passende Einrichtungen für die Erhebung der Untersuchungsgruppen ausgewählt. Geplant ist der Vergleich dreier Untersuchungsgruppen: 1. Interventionsgruppe mit Sofortintervention in den Modellregionen; 2. möglichst alters-, geschlechts- und traumatyp-parallelisierte Kontrollgruppe aus dem jeweils gleichen Versorgungsamt ohne aufgesuchte Frühintervention; 3. Kontrollgruppe aus einem Versorgungsamt ähnlichen regionalen Zuschnitts ohne Möglichkeit der Frühintervention. Die drei Gruppen sollen (analog der Evaluation in NRW) zu drei Zeitpunkten untersucht werden: Beginn, post Intervention, 6 Monate nach Beendigung.

## 5. Wissenschaftliche Qualifikationsarbeiten

### 5.1 Habilitation (Medizin)

2011

**Ehrlich, Stefan:** Neurobiologie der Anorexia nervosa. (Charité – Universitätsmedizin Berlin)

2013

**Winter, Sibylle Maria:** Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ): Empirische Überprüfung und klinische Anwendung. (Charité – Universitätsmedizin Berlin)

### 5.2. Dissertationen (Psychologie)

2012

**Krentz, Eva Maria:** Essstörungen bei Jugendlichen im Hochleistungssport. (Universität Potsdam)

2013

**Jelen, Anna:** Anwendung der Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ) im klinischen Kontext. (Charité – Universitätsmedizin Berlin)

2014

**Sarrar, Lea:** Kognitive Funktionen bei adoleszenten Patienten mit Anorexia nervosa und unipolaren Affektiven Störungen. (Universität Potsdam)

### 5.3 Dissertationen (Medizin)

2011

**Moral, Javier Andres:** Verhaltensauffälligkeiten im CBCL bei Vorschülern und Häufigkeiten psychosozialer Belastung: Ein Vergleich zwischen Deutschland und Brasilien.

**Von Stralendorff, Louisa:** Versorgungssituation und Therapiezufriedenheit von Kindern und Jugendlichen nach operativer Korrektur anorektaler Malformationen.

2013

**Dormann, Corinna:** Altersgerechte Adaptation des psychopathologischen Befundes der Basisdokumentation an das Säuglings- und Kleinkindalter (0–5 Jahre) in den Störungsbereichen der Wahrnehmung, der Emotionalität und des körperlichen Empfindens – Entwicklung und Machbarkeit.

**Kevenhörster, Christine:** Altersgerechte Adaptation des psychopathologischen Befundes der Basisdokumentation an das Säuglings- und Kleinkindalter in den Störungsbereichen der Interaktion, des Verhaltens und der Sprache – Entwicklung und Machbarkeit.

**Köberle, Carolin Christina:** Screening für Somatoforme Störungen des Kindes- und Jugendalters „SOMS-KJ“ - eine Pilotstudie zur Sensitivität und Spezifität.

**Merle, Julia V.:** Agouti-related protein in patients with acute and weight-restored anorexia. nervosa.

**Oskamp, Andrea:** Neurological Soft Signs in Stadien der Anorexia nervosa.

**Schott, Regina:** Neurobiologische Faktoren bei Anorexia nervosa - das serotonerge System.

**Uplegger, Nadine:** Strukturelle Korrelate des Belohnungssystems bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS).

**Voß, Kathrin:** Vergleich des SOMS-KJ mit dem YSR und des SOMS-E mit der CBCL/4-18 hinsichtlich der Klassifikation somatoformer Störungen in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation.

**Weiss, Deike:** Neuroendokrinologische Veränderungen bei Patientinnen mit Anorexia nervosa.

## 2014

**Reichel, Valeska Arabella:** Emotionale Verarbeitung pro-anorektischen Bildmaterials bei jugendlichen Anorexia.

**Streifling, Martina:** Funktionell-neuroanatomische Korrelate der Wirkung von Methyl-phenidat auf das Belohnungssystem bei Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung.

## 5.4 Diplomarbeiten (Pädagogik)

**Wartenberg, A.:** Prävalenz somatoformer Störungen bei Kinder und Jugendlichen und Typ I-Diabetes. (Humboldt Universität)

## 5.5 Diplomarbeiten (Psychologie)

### 2011

**Helfensteller, Katrin:** Heilungserfolg der early-onset Anorexia nervosa. (FU Berlin)

**Klenk, Vera:** Spezifität der Körperbildstörung für Anorexia nervosa. (FU Berlin)

**Rost, Henrike:** Screening für Somatoforme Störungen des Kindes- und Jugendalters - eine erste Evaluierung bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. (Universität Potsdam)

**Rost, Silke:** Psychische Auffälligkeiten bei Müttern von Patientinnen mit Essstörungen im Vergleich zu Müttern gesunder Mädchen. (HU Berlin)

**Stephan, Christina:** Seelische Gesundheit in der frühen Kindheit. Versorgungsstruktur und Dokumentation. (FU Berlin)

### 2012

**Bartz, Julia:** Inanspruchnahme einer psychosozialen Beratung von Krebspatienten und ihren minderjährigen Kindern. (HU Berlin)

**Jonas, Julia:** Lernen aus Erfahrungen bei unmedizierten Erwachsenen mit ADHS - eine fMRT-Studie unter Verwendung des Reversal Learning Paradigmas. (Universität Jena)

**Hecht, Urzula:** Verlauf psychopathologischer Auffälligkeiten bei mit Dialektisch Behavioraler Therapie (DBT) bzw. Kognitiv Behavioraler Therapie (CBT) behandelten ambulanten jugendlichen AN-Patientinnen. (FU Berlin)

**Peitz, Diana:** Cognitive Remediation Therapy bei Jugendlichen mit Anorexia nervosa. (FU Berlin)

## 2013

**Dittrich, Katja:** Observational Context of Emotional Availability. (HU Berlin)

**Juniak, Izabela:** Zwangssymptomatik und kognitive Flexibilität bei Kindern und Jugendlichen mit Anorexia nervosa. (HU Berlin)

## 2014

**Brandt, Nora:** Angst vor und nach einer Magnetresonanztomographie (MRT bei Kindern und Jugendlichen. (Universität Potsdam)

**Diestel, Margareta:** Kognitive Inhibition und Impulsivität bei Kindern und Jugendlichen mit restriktiver Anorexia nervosa. (HU Berlin)

**Feierabend, Rosalie:** Retestreliaibilität des Ravello Profils - einer internationalen neuropsychologischen Testbatterie für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Anorexia nervosa. (Universität Potsdam)

**Karim, Rebekka:** Validierung des Screenings für somatoforme Störungen in seiner für das Kindes- und Jugendalter modifizierten Version (SOMS-KJ). (Universität Potsdam)

**Löser, Johannes:** Essstörungen, Missbrauch und Persönlichkeit: Die Überprüfung einer medierenden Funktion sorgfältig-zwanghafter sowie spontan-impulsiver Persönlichkeitsstile zwischen emotional missbräuchlichen Erfahrungen und Anorexia nervosa. (Universität Landau)

**Lubinova, Jana:** Erfassung von Angstindikatoren bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen hinsichtlich einer MRT-Erstuntersuchung. (Technische Universität Dresden)

**Memering, Judith:** Die subjektive Therapiewahrnehmung der Cognitive Remediation Therapy durch adoleszente Patientinnen mit Anorexia nervosa: Eine qualitative Studie. (HU Berlin)

**Vasileva, Vasilena:** Verlauf der Anorexia nervosa bei Jugendlichen (3 Jahre) nach stationärer Behandlung. (FU Berlin)

## 5.6 Masterarbeiten (Psychologie)

### 2012

**Rößner, Anne:** Depressivität und kognitive Flexibilität bei Kindern und Jugendlichen mit Anorexia nervosa. (FU Berlin)

### 2013

**Buchsteiner, Friederike:** Geschwisterbeziehungen psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen. Vergleich verschiedener Perspektiven auf die Beziehung. (FU Berlin)

**Morawietz, Marisa:** Geschwisterbeziehungen von Kindern und Jugendlichen: Zusammenhänge zwischen der Qualität von Geschwisterbeziehungen und externalisierenden sowie internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten von Geschwistern. (FU Berlin)



2014

**Gruschka, Zaneta:** Psychiatrische Komorbiditäten bei jugendlichen Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa. (Hochschule Magdeburg - Stendal)

**Kern, Charlotte:** Prädiktoren für Angst bei Kindern und Jugendlichen vor der ersten Magnetresonanztomographie (MRT). (HU Berlin)

**Lohmar, Sylvie Katharina:** Zentrale Kohärenz und Perfektionismus bei Kindern und Jugendlichen mit restriktiver Anorexia nervosa. (Universität des Saarlandes).

**Pfeiffer, Antje:** Subjektive Beurteilung ambulanter Psychotherapie bei jugendlichen Patientinnen mit einer Essstörung. (FU Berlin)

## 5.5. Bachelorarbeiten (Psychologie)

2014

**Roos, Jenny:** Anorexia nervosa bei Jugendlichen: Langfristige Effekte der CRT auf exekutive Beeinträchtigungen. (FU Berlin)

## 6. Wissenschaftliche Publikationen

### 6.1 Journalartikel

2011

**Bachmann C**, Vloet T: Neues zu Störungen des Sozialverhaltens. *Z Kinder Jug-Psych* 2011, 39, 5-7.

Baizabal-Carvallo J.F, Alonso-Juarez M, **Koslowski M**: Chorea in systemic lupus erythematosus. *JCR-J Clin Rheumatol* 2011, 17, 69-72.

**Bühler E**, **Bachmann C**, Goyert H, Heinzel-Gutenbrunner M, Kamp-Becker I: Differential Diagnosis of Autism Spectrum Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder by Means of Inhibitory Control and 'Theory of Mind'. *J Autism Dev Disord* 2011, 41, 1718-1726.

**Dörr P**, Herzmann G, Sommer W: Multiple Contributions to Priming Effects for Familiar Faces: Analyses with Backward Masking and Event-Related Potentials. *Brit J Psychol* 2011, 102, 765-782.

Haufe S, Engeli S, Kast P, Böhnke J, Utz W, **Haas V**, Hermsdorf M, Mähler A, Wiesner S, Birkenfeld A.L, Sell H, Otto C, Mehling H, Luft F.C, Eckel J, Schulz-Menger J, Boschmann M, Jordan J: Randomized comparison of reduced fat and reduced carbohydrate hypocaloric diets on intrahepatic fat in overweight and obese human subjects. *Hepatology* 2011, 53, 1504-14.

**Herbrich L**, **Pfeiffer E**, **Lehmkühl U**, **Schneider N**: Anorexia athletica in pre-professional ballet dancers. *J Sport Sci* 2011, 29, 1115-23.

**Jucksch V**, **Salbach-Andrae H**, **Lenz K**, Goth K, Döpfner M, Poustka F, Freitag C.M, **Lehmkühl G**, **Lehmkühl U**, Holtmann M: Severe affective and behavioural dysregulation is associated with significant psychosocial adversity and impairment. *J Child Psychol Psyc* 2011, 52, 686-95.

Kamp-Becker I, Schröder J, Muehlan H, Remschmidt H, **Bachmann C**: Health-related quality of life in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Z Kinder Jug-Psych* 2011, 39, 123-31.

**Lehmkühl U**, **Bachmann C.J**: Psychotherapieforschung im Kindes- und Jugendalter. *Prax Kinderpsychol K* 2011, 60, 605-607.

Mbodji K, Torre S, **Haas V**, Déchelotte P, Marion-Letellier R: Alanine-glutamine restores maternal deprivation-induced TLR4 levels in a rat neonatal model. *Clin Nutr* 2011, 30, 672-7.

Merle J.V, **Haas V**, **Burghardt R**, Döhler N, **Schneider N**, **Lehmkühl U**, Ehrlich S: Agouti-related protein in patients with acute and weight-restored anorexia nervosa. *Psychol Med* 2011, 41, 2183-2192.

Rohlf H, **Jucksch V**, Gawrilow C, Huss M, Hein J, **Lehmkühl U**, **Salbach-Andrae H**: Set shifting and working memory in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Neural Transm* 2011, 119(1), 95-106.

**Salbach-Andrae H**, **Pfeiffer E**: [Treatment of bulimia nervosa.] *Nervenarzt* 2011, 82, 1118-1124.

**Sarrar L**, Ehrlich S, Merle J.V, **Pfeiffer E**, **Lehmkühl U**, **Schneider N**: Cognitive flexibility and Agouti-related protein in adolescent patients with anorexia nervosa. *Psychoneuroendocrino* 2011, 36,1396-406.

Schlottermeier L, Stoy M, Schlagenhaut F, Wrase J, Park S.Q, Friedel E, Huss M, **Lehmkühl U**, Heinz A, Ströhle A: Childhood methylphenidate treatment of ADHD and response to affective stimuli. *Eur Neuro-psychopharm* 2011, 21, 646-54.

Schultz-Lampel D, Steuber C, Hoyer P.F, **Bachmann C**, Marschall-Kehrel D, Bachmann H: Urinary incontinence in children. *Dtsch Arztebl Int* 2011, 108, 613-620.

Seiffge-Krenke I, Mayer S, **Winter S**: Beurteilerübereinstimmung bei der OPD-KJ: Wovon hängt sie ab und welchen Erfolg bringt das Training? *Klin Diagn Eval* 2011, 4, 176-193.

Stoy M, Schlagenhaut F, Schlochtermeyer L, Wrase J, Knutson B, **Lehmkuhl U**, Huss M, Heinz A, Ströhle A: Reward processing in male adults with childhood ADHD--a comparison between drug-naïve and methylphenidate-treated subjects. *Psychopharmacology* 2011, 215, 467- 81.

von Gontard A, Baeyens D, van Hoecke E, Warzak W, **Bachmann C**: Psychological and psychiatric issues in urinary and fecal incontinence. *J Urology* 2011, 185, 1432-6.

Warschburger P, **Lehmkuhl U**: Gestörtes Essverhalten und seine Folgen. *Prax Kinderpsychol K* 2011, 60, 249-255.

**Winter S**, Jelen A, Pressel C, **Lenz K**, **Lehmkuhl U**: [Clinical and empirical findings with the OPD-CA]. *Prax Kinderpsychol K* 2011, 60, 41-59.

## 2012

**Bachmann C.J.**, Gebhardt S, Lehr D, Haberhausen M, Kaiser C, Otto B, Theisen F.M: Subjective and biological weight-related parameters in adolescents and young adults with schizophrenia spectrum disorder under clozapine or olanzapine treatment. *Z Kinder Jug-Psych* 2012, 40, 151-8.

Büning C, Geissler N, Prager M, Sturm A, Baumgart D.C, Büttner J, Bühner S, **Haas V**, Lochs H: Increased small intestinal permeability in ulcerative colitis: rather genetic than environmental and a risk factor for extensive disease? *Inflamm Bowel Dis* 2012, 18, 1932-9.

**Dörr P**, **Führer D**, Wiefel A, **Bierbaum A.L.**, Koch G, von Klitzing K, Romer G, **Lehmkuhl U**, **Weschenfelder-Stachwitz H**: Unterstützung von Familien mit einem an Krebs erkrankten Elternteil und Kindern unter fünf Jahren – Darstellung eines Beratungskonzeptes. *Prax Kinderpsychol K* 2012, 61, 396-413.

Ehrlich S, Walton E, Roffman J.L, Weiss D, Puls I, Doepler N, Burghardt R, **Lehmkuhl U**, Hillemecher T, Muschler M, Frieling H: Smoking, but not malnutrition, influences promoter-specific DNA methylation of the proopiomelanocortin gene in patients with and without anorexia nervosa. *Can J Psychiat* 2012, 57, 168-76.

Engeli S, Tsikas D, Lehmann A.C, Böhnke J, **Haas V**, Strauß A, Janke J, Gorzelniak K, Luft F.C, Jordan J: Influence of dietary fat ingestion on asymmetrical dimethylarginine in lean and obese human subjects. *Nutr Metab Cardiovas* 2012, 22, 720-6.

Ewest F, Vloet T, Wenning V, Reinhold T, **Bachmann C**: Durch Jugendliche mit einer Störung des Sozialverhaltens ausgelöste Krankenkassenausgaben: eine gesundheitsökonomische Analyse. *Kindheit und Entwicklung* 2012.

Götze H, Brähler E, Romer G, Bergelt C, von Klitzing K, Herzog W, Flechtner H.H, **Lehmkuhl U**, Ernst J: [Female spouses of cancer patients with minor children-psychological distress in comparison with the general population and the cancer partner]. *Psychother Psych Med* 2012, 62, 170-6.

Götze H, Weißflog G, Brähler E, Romer G, Bergelt C, von Klitzing K, Herzog W, Flechtner H.H, **Lehmkuhl U**, Ernst J: Männliche Partner von Krebspatientinnen mit minderjährigen Kindern? Psychische Belastung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. *Psychother Psych Med* 2012, 62, 73-79.

**Haas V**, Engeli S, Hofmann T, Riedl A, Haufe S, Kast P, Wiesner S, Böhnke J, Jordan J, Boschmann M: Variations in truncal body circumferences affect fat mass quantification with bioimpedance analysis. *Eur J Clin Nutr* 2012, 66, 196-200.

**Haas V**, Riedl A, Hofmann T, Nischan A, Burghardt R, Boschmann M, Klapp B: Bioimpedance and bioimpedance vector analysis in patients with anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2012, 20, 400-5.

**Haas V**, Schütz T, Engeli S, Schröder C, Westerterp K, Boschmann M: Comparing single-frequency bioelectrical impedance analysis against deuterium dilution to assess total body water. *Eur J Clin Nutr* 2012, 66, 994-7.

Haufe S, Utz W, Engeli S, Kast P, Böhnke J, Pofahl M, Traber J, **Haas V**, Hermsdorf M, Mähler A, Busjahn A, Wiesner S, Otto C, Mehling H, Luft F.C, Boschmann M, Schulz-Menger J, Jordan J: Left ventricular mass and function with reduced-fat or reduced-carbohydrate hypocaloric diets in overweight and obese subjects. *Hypertension* 2012, 59, 70-5.

Hoffmann F, Glaeske G, Petermann F, **Bachmann C**: Outpatient treatment in German adolescents with depression: An analysis of nationwide health insurance data. *Pharmacoepidem Dr S* 2012, 21, 972-9.

Hoffmann F, Petermann F, Glaeske G, **Bachmann C**: Prevalence and comorbidities of adolescent depression in Germany: An analysis of health insurance data. *Z Kinder Jug-Psych.* 2012, 40, 399-40.

Hoffmann F, Steuber C, Günther J, Glaeske G, **Bachmann C**: Which treatments do children with newly diagnosed non-organic urinary incontinence receive? An analysis of 3,188 outpatient cases from Germany. *Neurourol Urodynam* 2012, 31, 93-8.

**Jaite C, Schneider N**, Hilbert A, Pfeiffer E, **Lehmkuhl U, Salbach-Andrae H**: The Etiological Role of Childhood Emotional Trauma and Neglect in Adolescent Anorexia Nervosa: A Cross-Sectional Questionnaire Analysis. *Psychopathology* 2012, 45, 61-66.

Juckel G, Friedel E, **Koslowski M**, Witthaus H, Ozgürdal S, Gudlowski Y, Knutson B, Wrase J, Brüne M, Heinz A, Schlagenhauf F: Ventral striatal activation during reward processing in subjects with ultra-high risk for schizophrenia. *Neuropsychobiology* 2012, 66,50-6.

**Kappel V**, Thiel A, Holzhausen M, **Jaite C, Schneider N, Pfeiffer E, Lehmkuhl U, Salbach-Andrae H**: Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2): Normierung an einer Stichprobe normalgewichtiger Schüler im Alter von 10 bis 20 Jahren und an Patientinnen mit Anorexia nervosa. *Diagnostica* 2012, 58, 127-144.

Kastner S, **Salbach-Andrae H**, Renneberg B, **Pfeiffer E., Lehmkuhl U**, Schmitz L: Echocardiographic findings in adolescents with anorexia nervosa at beginning of treatment and after weight recovery. *Eur Child Adoles Psy* 2012, 21, 15-21.

Krattenmacher T, Kühne F, **Führer D**, Ernst J, Brähler E, Herzog W, von Klitzing K, Flechtner H.H, Bergelt C, Romer G, Möller B: Kinder krebskranker Eltern ? Elterliches Coping, familiäres Funktionsniveau und psychosoziale Anpassung der Kinder. *Prax Kinderpsychol K* 2012, 61, 447-462.

**Lange S, Lehmkuhl U**: Kann eine Geschwisterbeziehung bei der Bewältigung kritischer Lebensereignisse protektiv wirken? *Prax Kinderpsychol K* 2012, 61, 524-538.

Lempp T, Neuhoff N, Renner T, Vloet T, Fischer H, Stegemann T, Zepf F.D, Roessner V, Koelch M, Haessler F, Matzejat F, Lehr D, **Bachmann C**: Was erwarten Medizinstudierende von Vorlesungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie? *Z Kinder Jug-Psych* 2012, 40, 105-112.

Lempp T, Neuhoff N, Renner T, Vloet T, Fischer H, Stegemann T, Zepf F.D, Roessner V, Koelch M, Haessler F, Matzejat F, Lehr D, **Bachmann C**: Who wants to become a child psychiatrist? Lessons for future recruitment strategies from a student survey at seven German medical schools. *Acad Psychiatr* 2012, 3, 246-51.

Mähler A, Steiniger J, Bock M, Brandt A.U, **Haas V**, Boschmann M, Paul F: Is metabolic flexibility altered in multiple sclerosis patients? *PLoS ONE*, 7 e4367, 2012.

Müllera T, Greene B, Bellodi L, Cavallini M, Cellini E, Di Bella D, **Ehrlich S**, Erzegovesi S, Estivill X, Fernández-Aranda F, Fichter M, Fleischhaker C, Scherag S, Gratacòs M, Grallert H, Herpertz-Dahlmann B, Herzog W, Illig T, **Lehmkühl U**, Nacmias B, Ribasés M, Ricca V, Schäfer H, Scherag A, Sorbi S, Wichmann H.E, Hebebrand J, Hinney A: Fat Mass and Obesity-Associated Gene ( FTO ) in Eating Disorders: Evidence for Association of the rs9939609 Obesity Risk Allele with Bulimia nervosa and Anorexia nervosa. *Obes Facts* 2012, 5, 408-419.

Prager M, Büttner J, **Haas V**, Baumgart D.C, Sturm A, Zeitz M, Büning C: The JAK2 variant rs10758669 in Crohn's disease: altering the intestinal barrier as one mechanism of action. *Int J Colorectal Dis* 2012, 27, 565-73.

Schmidt D, **Winter S**, Jenetzky E, Zwink N, Schmiedeke E, Maerzheuser S: Sexual function in adults with anorectal malformation: psychosocial adaptation. German Network for Congenital Uro-REctal Malformations (CURE-Net). *Pediatr Surg Int* 2012, 28, 789-92.

Schott R, Franke L, **Burghardt R**, Doepmann J, Roessner V, **Lehmkühl U**, **Ehrlich S**: Relationships between Platelet MAO-B Activity and Personality Styles in Acute and Weight-Recovered Young Patients with Anorexia Nervosa. *Pharmacopsychiatry* 2012, 46, 47-53.

Weis S, Koch G, Dieball S, von Klitzing K, Romer G, **Lehmkühl U**, Bergelt C, Resch F, Flechtner H.H, Keller M, Brähler E: Alleinerziehend und krebskrank – was macht das mit dem Kind? Psychische Symptome und Lebensqualität von Kindern aus Kind- und Elternperspektive. *Psychother Psych Med* 2012, 62, 177-184.

**Winter S**, **Pfeiffer E**, **Lehmkühl U**: Diagnostik und Maßnahmen bei Verdacht auf Kindesmisshandlung: Pädiatrische und kinder- und jugendpsychiatrische Aspekte. *Deutscher Psychologen Verlag* 2012, 447-462.

**Winter S**, Märzheuser S, Schmidt D, Jelen-Mauboussin A, Lenz K, Noeker M: Anwendung der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter bei somatischer Krankheit. *Psychother Psych Med* 2012, 62, 259-65.

**Winter S**, **Köberle C**, **Lenz K**, **Pfeiffer E**, **Lehmkühl U**: Systematik somatoformer Störungen. *Monatsschr Kinderh* 2012, 160, 20-26.

## 2013

Brockmann J, Fuchs-Brüninghoff E, Kirsch H, Lehmkühl G, **Lehmkühl U**, Marx H, Rauber J, Sauer-Schiffer U, Seiffge-Krenke I: Zur Zukunft der DGIP und ihrer Ausbildungsinstitute - Anregungen für eine notwendige und überfällige Diskussion. *Zeitschrift für Individualpsychologie* 2013, 3, 303-307.

Bühren K, Schwarte R, Fluck F, Timmesfeld N, Krei M, Egberts K, **Pfeiffer E**, Fleischhaker C, Wewetzer C, Herpertz-Dahlmann B: Comorbid Psychiatric Disorders in Female Adolescents with First-Onset Anorexia Nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2013, 22, 39-44.

Ernst J, Götze H, Krauel K, Romer G, Bergelt C, Flechtner H.H, Herzog W, **Lehmkühl U**, Keller M, Brähler E, von Klitzing K: Psychological distress in cancer patients with underage children: gender-specific differences. *Psycho-Oncology* 2013, 22, 823-828.

**Haas V**, Stark D, Kohn M, Müller M.J, Clarke S, Blumenthal C, Briody J, Madden S, Gaskin K.J: Evaluation of methods to assess reduced adipose tissue mass in patients with anorexia nervosa. *J Am Coll Nutr* 2013, 32, 2-10.

Haufe S, **Haas V**, Utz W, Birkenfeld A.L, Jeran S, Böhnke J, Mähler A, Luft F.C, Schulz Menger J, Boschmann M, Jordan J, Engeli S: Long-lasting improvements in liver fat and metabolism despite body weight regain after dietary weight loss. *Diabetes Care* 2013, 36, 3786-92.

**Jaite C, Bachmann C, Dewey M, Weschke B, Spors B, von Moers A, Napp A, Lehmkühl U, Kappel V:** [Magnetic resonance imaging (MRI) in children and adolescents? study design of a feasibility study concerning examination related emotions]. *Z Kinder Jug-Psych* 2013, 41, 447-51.

**Jaite C, Pfeiffer E, Lehmkühl U, Salbach-Andrae H:** Traumatische Kindheitserlebnisse bei Jugendlichen mit Anorexia nervosa im Vergleich zu einer psychiatrischen und einer gesunden Kontrollgruppe. *Z Kinder Jug-Psych* 2013, 41, 99-108.

**Jaite C, Hoffmann F, Glaeske G, Bachmann C.J:** Prevalance, comorbidities and outpatient treatment of anorexia and bulimia nervosa in German children and adolescents. *Eat Weight Disord* 2013, 18, 157-65.

Jelen-Mauboussin A, Klipsch O, Pressel C, **Lenz K, Lehmkühl U, Winter S:** Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik des Kindes- und Jugendalters. Veränderungsmessung mit der Strukturachse bei Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischer Störung. *Psychotherapeut* 2013, 58, 24-30.

**Kappel V, Koch A, Lorenz R.C, Brühl R, Renneberg B, Lehmkühl U, Salbach-Andrae H, Beck A:** CID: a valid incentive delay paradigm for children. *J Neural Trans* 2013, 120, 1259-70.

Krattenmacher T, Kühne F, **Führer D, Beierlein V, Brähler E, Resch F, von Klitzing K, Flechtner H.H, Bergelt C, Romer G, Möller B:** Coping skills and mental health status in adolescents when a parent has cancer: a multicenter and multi-perspective study. *J Psychosom Res* 2013, 74, 252-9.

Kühne F, Krattenmacher T, Bergelt C, **Bierbaum A.L, Christine Ernst J, Flechtner H.H, Keller M, Klitzing K.V, Romer G, Möller B:** [Parenthood and Cancer: Dyadic Analysis of Psychological Distress and -Health-Related Quality of Life of Cancer Parents with Minor Children][Parenthood and Cancer: Dyadic Analysis of Psychological Distress and -Health Related Quality of Life of Cancer Parents with Minor Children.] *Psychother Psychosom Med Psychol* 2013, 63, 473-81.

Lehmkühl G, **Lehmkühl U:** Ein guter Abschied – oder die innere Uhr. *Zeitschrift für Individualpsychologie* 2013, 38, 378-387.

**Lehmkühl U, Lehmkühl G:** Die bisherige Auseinandersetzung und Aufarbeitung der ‚Euthanasie‘ im Nationalsozialismus durch die deutsche Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Z Kinder Jug-Psych* 2013, 41, 4-11.

Reichel V.A, **Schneider N, Grünewald B, Kienast T, Pfeiffer E, Lehmkühl U, Korte A:** Glass fairies and bone children: Adolescents and young adults with anorexia nervosa show positive reactions towards extremely emaciated body pictures measured by the startle reflex paradigm. *Psychophysiology* 2013, 51, 168-77.

**Sarrar L, Warschburger P, Pfeiffer E, Lehmkühl U, Schneider N:** Kognitive Flexibilität bei jugendlichen Patienten mit unipolaren Affektiven Störungen unter Berücksichtigung geschlechtsbezogener Unterschiede. *Z Kinder Jug-Psych* 2013, 41, 261-270.

Titze K, Schenck S, Zulauf Logoz M, **Lehmkühl U:** Assessing the Quality of the Parent-Child Relationship: Validity and Reliability of the Child-Parent Relationship Test (ChiP-C). *J Child Fam Stud* 2013.

Utz W, Engeli S, Haufe S, Kast P, Böhnke J, **Haas V, Hermsdorf M, Wiesner S, Pofahl M, Traber J, Luft F.C, Boschmann M, Jordan J, Schulz-Menger J:** Moderate dietary weight loss reduces myocardial steatosis in obese and overweight women. *Int J Cardiol* 2013, 167, 905-909.

**van Noort B.M, Pfeiffer E, Lehmkühl U, Kappel V:** Eine internationale neuropsychologische Testbatterie für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Anorexia nervosa: Die deutsche Adaptation des Ravello Profils. *Z Kinder Jug-Psych* 2013, 41, 371-381.

**Winter S, Jelen-Mauboussin A, Lenz K, Pressel C, Lehmkühl U:** Eine Pilotstudie zur Praktikabilität der OPD-KJ bei Patienten mit Migrationshintergrund. *Prax Kinderpsychol K* 2013, 4, 285-299.

**Winter S, Köberle C, Lenz K, Pfeiffer E, Lehmkuhl U:** Systematik somatoformer Störungen des Kindes- und Jugendalters. *Prax Kinderpsychol K* 2013, 62, 639-653.

## 2014

**Bojanowski S, Führer D, Romer G, Bergelt C, von Klitzing K, Brähler E, Keller M, Resch F, Flechtner H.H, Lehmkuhl U, Weschenfelder-Stachwitz H:** Psychische Gesundheit von Einzelkindern und Kindern mit Geschwistern, deren Eltern an Krebs erkrankt sind: Ergebnisse einer multizentrischen Studie in Deutschland. *Z Kinder Jug-Psych* 2014, 42, 223-232.

Engeli S, Lehmann A.C, Kaminski J, **Haas V**, Janke J, Zoerner A.A, Luft F.C, Tsikas D, Jordan J: Influence of dietary fat intake on the endocannabinoid system in lean and obese subjects. *Obesity* 2014, 22, 70-6.

**Kappel V, van Noort B**, Ritschel F, Seidel M, Ehrlich S: [Anorexia nervosa - from a neuroscience perspective]. *Z Kinder Jug-Psych* 2014, 42, 39-48.

Möller B, Barkmann C, Krattenmacher T, Kühne F, Bergelt C, Beierlein V, Ernst J, Brähler E, Flechtner H.H, Herzog W, von Klitzing K, **Führer D**, Resch F, Romer G: Children of Cancer Patients Cancer. *Am Cancer Soc* 2014, 120, 2361-70.

Paillère Martinot M.L, Lemaitre H, Artiges E, Miranda R, Goodman R, Penttilä J, Struve M, Fadai T, **Kappel V**, Poustka L, Conrod P, Banaschewski T, Barbot A, Barker G.J, Büchel C, Flor H, Gallinat J, Garavan H, Heinz A, Ittermann B, Lawrence C, Loth E, Mann K, Paus T, Pausova Z, Rietschel M, Robbins T.W, Smolka M.N, Schumann G, Martinot J.L, IMAGEN consortium: White-matter microstructure and gray-matter volumes in adolescents with subthreshold bipolar symptoms. *Mol Psychiatr* 2014, 19, 462-70.

Valentini L, Ramming S, **Haas V**, Postrach E, Werich M, Fischer A, Koller M, Swidsinski A, Bereswill S, Lochs H, Schulzke J.D: Small intestinal permeability in older adults. *Physiol Rep* 2014, 2, 200-281.

**Winter S:** Schikaniert bis zum Suizid. Mobbing und Bullying in der Schule. *MMW Fortschr Med* 2014, 14, 45-49.

**Winter S, Quinn C, Lenz K, Pfeiffer E, Lehmkuhl U:** Screening for Somatoform Disorders in Children and Adolescents. *Psychology* 2014, 14, 1629-1637.

## 6.2 Buchbeiträge

### 2011

**Lange S, Esser G:** Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Georg Thieme Verlag, 619-624, 2011.

**Lehmkuhl U:** Die Kinderanalyse und die nicht-direktive Spieltherapie. Georg Thieme Verlag, 563-567, 2011.

**Lehmkuhl U:** „... mich wundert's, dass ich glücklich bin.“ Vandenhoeck & Ruprecht, 186-198, 2011.

**Lehmkuhl U:** Ab 14 Jahren nur noch Peers? Möglichkeiten und Grenzen familiären Einflusses. Lambertus Verlag, 48-62, 2011.

### 2012

**Jaite C, Salbach-Andrae H, Miller S, Lock J:** Anorexia nervosa. Hogrefe Verlag für Psychologie, 800-828, 2012.

**Lehmkuhl G, Flechtner H, Lehmkuhl U:** Ethische Aspekte und Lebensqualität. Hogrefe Verlag für Psychologie, 216-225, 2012.

- Lehmkuhl U, Huss M:** Störungen nach Trennung und Scheidung. Hogrefe Verlag für Psychologie, 1223-1231, 2012.
- Lehmkuhl U, Huss M:** Scheidung, Trennung, Alleinerziehung. Springer-Verlag, 79-87, 2012.
- Lehmkuhl U, Lehmkuhl G:** Schulphobie und Schulverweigerung. Hogrefe Verlag für Psychologie, 737-749, 2012.
- Lempp T, de Lange D, Radeloff D, **Bachmann C:** The clinical examination of children, adolescents and their families. Selbstverlag, 1-25, 2012.
- Pfeiffer E, Lehmkuhl U:** Misshandlung und Vernachlässigung. Hogrefe Verlag für Psychologie, 1208-1222, 2012.
- Salbach-Andrae H, Jaite C, Lock J:** Bulimia nervosa. Hogrefe Verlag für Psychologie, 829-851, 2012.
- Zelenko M, Benham A, **Pfeiffer E, Lehmkuhl U:** Bindungsstörungen. Hogrefe Verlag für Psychologie, 600-619, 2012.
- Zelenko M, Gschwendt M, **Pfeiffer E, Lehmkuhl U:** Bindung. Hogrefe Verlag für Psychologie, 110-126, 2012.

### 2013

- Arbeitskreis OPD-2 (Hrsg.), **Winter S:** OPD-2. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Verlag Hanshuber, 2013.

### 2014

- Salbach-Andrae H, Lehmkuhl U:** Anorexia nervosa im Kindes- und Jugendalter. Urban und Fischer, 502-506, 2014.
- Führer D, Weschenfelder-Stachwitz H, Dörr P, Lehmkuhl U:** „Double-Trouble“: Prämorbid Paar- und Familienkonflikte. Hogrefe Verlag für Psychologie, 91-263, 2014.
- Führer D, Weschenfelder-Stachwitz H, Dörr P, Wiefel A, Lehmkuhl U:** Familien mit Säuglingen, Klein- und Vorschulkindern. Hogrefe Verlag für Psychologie, 2014.
- Seiffge-Krenke I, Dietrich H, Adler-Corman P, Timmermann H, Rathgeber M, **Winter S, Röpke C:** Die Konfliktachse der OPD-KJ-2. Ein Fallbuch für die klinische Arbeit. Vandenhoeck & Ruprecht, 2014.
- Weschenfelder-Stachwitz H, Bojanowski S, Führer D, Lehmkuhl U:** Stützung der Geschwisterbindung als Ressource. Hogrefe Verlag für Psychologie, 2014.



## 7. Lehre

### 7.1 Fakultätsübergreifende Veranstaltungen

#### **Vorlesung Kinder- und Jugendpsychiatrie (Lehmkuhl, Salbach-Andrae):**

Vorlesung mit einem zweisemestrigen Curriculum für Studierende der Medizin gemeinsam mit Studierenden der Psychologie.

Abschnitt 1: Klassifikation, Epidemiologie und Definition von Krankheitsbildern und Störungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie; Historie; Darstellung emotionaler, neurotischer und psychosomatischer Krankheitsbilder im Kindes- und Jugendalter, ADHS, Oligophrenien.

Abschnitt 2: Teilleistungsstörungen, Autismus, Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; affektive Störungen; Belastungsstörungen inkl. Misshandlung und Missbrauch.

#### **Kinder- und jugendpsychiatrische Fallkonferenz (Lehmkuhl und Assistenten der Klinik):**

An jedem Termin wird ein Fall aus der ambulanten oder stationären Arbeit der Klinik ausführlich vorgestellt und diskutiert. Offen für Studierende im Hauptstudium.

### 7.2 Regelstudiengang Humanmedizin (RSG)

#### **Vorlesung Wahlfach Kinder- und Jugendpsychiatrie (Bachmann, Burghardt, Jaite, Kappel, Leupold, Nietzel, Pfeiffer, Winter):**

Vorlesung ausschließlich für Studierende der Medizin im 6. klinischen Semester. Das einsemestrige Curriculum umfasst das gesamte Spektrum der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

#### **Seminar Wahlfach Kinder- und Jugendpsychiatrie (Jaite, Kappel):**

Seminar zur Vorlesung. Die Studenten führen anhand thematischer Vorgaben eigene Recherchen durch, erarbeiten einen wissenschaftlichen Kurzvortrag sowie eine schriftliche Ausarbeitung des Themas.

Teilnahme an der **Psychiatrie-Vorlesung** der Psychiatrischen Kliniken des CBF, Eschenallee und des CCM.

Teilnahme an der **Pädiatrievorlesung** sowie am **Blockpraktikum Pädiatrie**. Teilnahme an der Ausbildung der PJ-Studenten.

Teilnahme am **Unterricht am Krankenbett** für Medizinstudenten im 5. klinischen Semester (= 9. Fachsemester).

Teilnahme am **Untersuchungskurs** für Medizinstudenten im 1. klinischen Semester (= 5. Fachsemester).

### 7.3 Reformstudiengang Humanmedizin (RSM, bis Juli 2013)

Teilnahme am Lehrformat **Interaktion** in verschiedenen Semestern.

Teilnahme am **POL-Unterricht (Problemorientiertes Lernen)**.

**Seminar Depression und Suizid** und **Seminar Essstörungen** im 7. Fachsemester.

#### 7.4 Modellstudiengang Humanmedizin (MSM)

Im Modellstudiengang der Humanmedizin gibt es verschiedene Lehrformate für die Studierenden: Kommunikation, Interaktion, Teamarbeit (KIT); Problemorientiertes Lernen (POL); Blended Learning (BL), Supervidierte Patientenuntersuchung und patientennaher Unterricht (SPU+PNU), bis zum 6. Semester mit dazugehörigem Seminar (Seminar zu SPU+PNU) und ab dem 7. Semester mit dazugehöriger interaktiver Fallbesprechung (IA-Fälle); Praktisch-Wissenschaftliches Arbeiten in Großgruppe (PWA); Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns (GäDH); Wahlpflichtfach (WPF); Blockpraktikum, Seminare und Vorlesungen (VL).

##### 1. Fachsemester: Modul 01-04

###### M01 „Einführung“

Teilnahme im Rahmen folgender Lehrformate: KIT „Kommunikation in Gruppen I“.

###### M02 „Bausteine des Lebens“

Teilnahme im Rahmen folgender Lehrformate: KIT „Kommunikation in Gruppen II“; KIT „Ärztliche Gesprächsführung I“.

###### M03 „Biologie der Zelle“

Teilnahme im Rahmen folgender Lehrformate: KIT „Nonverbale Kommunikation“; KIT „Ärztliche Gesprächsführung II“.

###### M04 „Signal- und Informationssysteme“

Teilnahme im Rahmen folgender Lehrformate: KIT „Anamnesegespräche 1 und 2“.

##### 2. Fachsemester: Modul 05-08

###### M05 „Wachstum, Gewebe, Organ“

Teilnahme im Rahmen folgender Lehrformate: KIT „Gesamtanamnese“; KIT „Arztrolle und Patientenrolle“.

###### M06 „Mensch und Gesellschaft“

Teilnahme im Rahmen folgender Lehrformate: VL „Risiko Kinderarmut - Gesundheitliche Folgen von Armut im Kindes und Jugendalter“, VL „Schädigende Einflüsse in der kindlichen Entwicklung“; KIT „Geschlechtsspezifische Aspekte in der Arzt-Patienten-Kommunikation“; KIT „Interkulturelle Aspekte in der Arzt-Patienten-Kommunikation“.

###### M07 „Blut und Immunsystem“

Teilnahme im Rahmen folgender Lehrformate: KIT „Sozialanamnese 1 und 2“.

**Strukturierte Mündlich-Praktische Prüfungen (SMPP).**

##### 3. Fachsemester: GäDH, Modul 09-12

GäDH „Medizinischer Kinderschutz“.

###### M09 „Haut“

Teilnahme im Rahmen folgender Lehrformate: POL.

###### M10 „Bewegung“

Teilnahme im Rahmen folgender Lehrformate: POL.

###### M11 „Herz- und Kreislaufsystem“

Teilnahme im Rahmen folgender Lehrformate: POL.

**M12 „Ernährung, Verdauung, Stoffwechsel“**

Teilnahme im Rahmen folgender Lehrformate: POL.

**5. Fachsemester: Modul 17-20**

**M17 „Interaktion von Genom, Stoffwechsel und Immunsystem als Krankheitsmodell“**

Teilnahme im Rahmen folgender Lehrformate: POL; KIT „Das Aufklärungsgespräch“.

**M18 „Infektion als Krankheitsmodell“**

Teilnahme am im Rahmen folgender Lehrformate: POL; KIT „Das Beratungsgespräch“.

**M19 „Neoplasie als Krankheitsmodell“**

Teilnahme im Rahmen folgender Lehrformate: POL; KIT „Arzt-Patienten-Kommunikation in der Betreuung onkologischer Patientinnen und Patienten“; KIT „Psychosomatische Anamnese (1)“.

**M20 „Psyche und Schmerz als Krankheitsmodell“**

Teilnahme im Rahmen folgender Lehrformate: POL; KIT „Psychosomatische Anamnese (2)“; KIT „Psychosomatische Anamnese (3)“; PWA „Psychosomatische Versorgung“; PWA „Stressdiagnostik“.

**6. Fachsemester: Modul 21-24**

**M21 „Abschlussmodul 1. Abschnitt“**

Teilnahme im Rahmen folgender Lehrformate: POL; KIT „Fehlervermeidung und Patientensicherheit“; KIT „Fehlermanagement“; SPU+PNU und Seminar zu SPU+PNU „Pat./in mit Erschöpfungs- und Ermüdungszustand“.

**M22 „Sexualität und endokrines System“**

Teilnahme im Rahmen folgender Lehrformate: POL; KIT „Thema Sexualität im Arzt-Patienten-Gespräch“; KIT „Sexualität - Tabuthema im Arzt-Patienten-Kontakt“; SPU+PNU und Seminar zu SPU+PNU „Pat./in mit Entwicklungsstörung der körperlichen Reifung“; Seminar „Sexuelle Traumatisierung“.

**M23 „Wissenschaftliches Arbeiten II“**

Betreuung und Benotung von Hausarbeiten.

**M24 „Vertiefung/ Wahlpflicht I“**

Teilnahme im Rahmen folgender Lehrformate: WPF-I „kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchungsmethoden“.

**7. Fachsemester: GädH, Modul 25-28**

GädH „Medizinischer Kinderschutz“ (seit WS 2014/15).

**M25 „Erkrankungen des Thorax“**

Teilnahme im Rahmen folgender Lehrformate: POL; SPU+PNU „Akute und chronische thorakale Erkrankungen in der Pädiatrie“.

**M26 „Erkrankungen des Abdomens“**

Teilnahme im Rahmen folgender Lehrformate: POL.

**M27 „Erkrankungen der Extremitäten“**

Teilnahme im Rahmen folgender Lehrformate: POL.

### **M28 „Vertiefung/ Wahlpflicht II“**

Teilnahme im Rahmen folgender Lehrformate: WPF-II „kinder- und jugendpsychiatrische Krankheitslehre“.

### **8. Fachsemester: Modul 29-32**

#### **M29 „Erkrankungen des Kopfes, Halses und endokrinen Systems“**

Teilnahme im Rahmen folgender Lehrformate: POL.

#### **M30 „Neurologische Erkrankungen“**

Teilnahme im Rahmen folgender Lehrformate: **POL**; **KIT** „Genetische Beratung bei neurodegenerativen Krankheiten“; **KIT** „Kommunikation trotz beeinträchtigter Sprache“.

#### **M31 „Psychiatrische Erkrankungen“**

Teilnahme im Rahmen folgender Lehrformate: **POL**; **KIT** „Kommunikation mit psychisch kranken Patientinnen und Patienten“, **KIT** „Kommunikation mit psychisch kranken Patientinnen und Patienten in spezifischen Kontexten“; **BL (VL)** „Ich kann nicht mehr schlafen!“; **BL (VL)** „Helft mir!“; **VL** „Was sind psychiatrische Erkrankungen?“; **VL** „Mehr als gedacht! Therapieoptionen und integrierte Versorgungsansätze in der Psychiatrie“; **VL** „Affektive Störungen über die Lebensspanne“; **VL** „Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimie)“; **VL** „Autismusspektrumstörung“; **SPU+PNU** „Das psychiatrische und psychosomatische Konsil“; **SPU+PNU** und **IA-Fälle** „Pat./in mit kognitiver Störung“; **SPU+PNU** und **IA-Fälle** „Pat./in mit Verhaltensstörung“.

#### **M32 „Vertiefung/ Wahlpflicht III“**

Teilnahme im Rahmen folgender Lehrformate: WPF-III „kinder- und jugendpsychiatrische Krankheitslehre“.

### **9. Fachsemester: Modul 33-34**

#### **M33 „Schwangerschaft, Geburt, Neugeborene, Säuglinge“**

Teilnahme im Rahmen folgender Lehrformate: Seminar „Kindesmisshandlung“.

#### **M34 „Erkrankungen des Kindesalters und der Adoleszenz“**

Teilnahme im Rahmen folgender Lehrformate: **VL** „Kinder- und jugendpsychiatrische Störungen“, **SPU+PNU** und **IA-Fälle** „Chronische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen“, **PWA** „Vorsorgeuntersuchungen und Indikatoren für Vernachlässigung“.

## **8. Preisträger**

### **Poster 2012 (PSO-Tagung)**

Lange, S., Führer, D., Lehmkühl, U., Weschenfelder-Stachwitz, H.: Psychische Gesundheit von Einzelkindern und Kindern mit Geschwistern, deren Eltern an Krebs erkrankt sind. Ergebnisse einer multizentrischen Studie in Deutschland.

### **Poster 2013 (DGKJP-Kongress)**

Jajte, C., Riess, B., Bachmann, C., Dewey, M., Weschke, B., Spors, B., Napp, A., von Moers, A., Lehmkühl, U., Kappel, V.: Magnetresonanztomographie (MRT) bei Kindern und Jugendlichen - eine Studie zu untersuchungsmethodenbezogenen Emotionen.

## 9. Weiterbildung

### 9.1 Facharztweiterbildung

Für Assistentinnen und Assistenten in Weiterbildung im Hause wird die kinder- und jugendpsychiatrische Weiterbildung im engeren Sinne in vollem Umfang curricular fortlaufend angeboten.

#### **Weiterbildungskreis für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Berlin e.V.:**

Berufsbegleitendes Weiterbildungscurriculum zum Erwerb des Zusatztitels Psychotherapie sowie zum therapeutischen Anteil des Facharzttitels „Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ für Mitarbeiter/innen der Klinik. Darüber hinaus auch offen für Ärzte in Weiterbildung anderer kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Dienste in Berlin und Brandenburg. Kurs 8: September 2010 - April 2012; Kurs 9: September 2012 - Mai 2014; Kurs 10: September 2014 - April 2016.

### 9.2 Fortbildung

Kinder- und jugendpsychiatrische Kolloquien

#### 2011

- 26.01.2011 **Christoph U. CORRELL (New York):** Evidenzbasierte Behandlung nicht-affektiver Psychosen im Kindes- und Jugendalter
- 23.02.2011 **Michael COLLA (Berlin):** Von Patienten und Angehörigen - ADHS im intergenerativen Kontext
- 30.03.2011 **Uwe HEMMINGER (Würzburg):** Dissoziative Störungen im Kindes- und Jugendalter. Klinik und Behandlung
- 25.05.2011 **Petra WARSCHBURGER (Potsdam):** Psychologische Aspekte der Adipositas im Kindes- und Jugendalter
- 22.06.2011 **Tobias HELLENSCHMIDT (Berlin):** Sexualmedizin im Kindes- und Jugendalter
- 31.08.2011 **Hans-Ludwig SPOHR (Berlin):** Fetale Alkohol-Spektrum-Störungen
- 28.09.2011 **Florian ZEPF (Aachen):**ADHS und bipolare Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen - Zwei Facetten einer psychopathologischen Entität?
- 26.10.2011 **Reinhild SCHWARTE (Aachen):** ANDI - Eine Studie zur Behandlung von Anorexia nervosa im Kindes- und Jugendalter - Teilstationäre vs. stationäre Behandlung
- 30.11.2011 **Andrea STIPPEL (Köln):**  
Dissoziation und soziale Isoliertheit bei Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten

#### 2012

- 25.01.2012 **Natalia GAGARINA (Berlin):** Perzeption und Produktion im frühen Spracherwerb
- 29.02.2012 **Britta BANNENBERG (Gießen):** AMOK - Taten und Drohungen
- 28.03.2012 **Michael KÖLCH (Berlin):**Psychische Störungen, Delinquenz und Trauma bei Kindern und Jugendlichen in der Jugendhilfe - Ergebnisse aus dem MAZ-Projekt
- 25.04.2012 **Verena HAAS (Berlin):** Body Composition Monitoring bei Patientinnen mit Anorexia Nervosa
- 30.05.2012 **Kai von KLITZING (Leipzig):** Reaktive Bindungsstörungen

- 29.08.2012 **Ulrich Preuß (Brandenburg):** Jugendforensik
- 26.09.2012 **Susann Fegner (Frankfurt):** Autonomie und Zuwendung - Die Sicht der Kinder auf ihre Eltern: Befunde der World Vision Kinderstudie 2010
- 24.10.2012 **Birgit Elsner (Potsdam):** Denken vor dem Sprechen - Frühkindliche Entwicklung der sozialen Kognition
- 28.11.2012 **Gerd Lehmkühl (Köln):** Schlafstörungen im Kindesalter - Diagnostik, Komorbidität und Psychotherapie

### 2013

- 30.01.2013 **Benno SCHIMMELMANN (Bern):** Früherkennung von Psychosen - eine kinder- und jugendpsychiatrische Perspektive.
- 27.02.2013 **Heike WESCHENFELDER u.a. (Berlin):** Belastung und Bewältigung bei Kindern krebskranker Eltern - Ausgewählte Ergebnisse einer Verbundstudie.
- 20.03.2013 **Türkan AKKAYA-KALAYCI (Wien):** Suizidales und selbstverletzendes Verhalten bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund.
- 24.04.2013 **Hans BERTRAM (Berlin):** Fürsorge, Bindungen, vielfältige Moderne.
- 29.05.2013 **Katja BECKER (Marburg):** ADHS im Kindergartenalter.
- 28.08.2013 **Britta BANNENBERG (Gießen):** Forschung zu Amoktaten und Amokdrohungen.
- 25.09.2013 **Silke WIEGAND-GREFE (Hamburg):** Interventionskonzepte für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder.
- 30.10.2013 **Marc WILLMANN (Berlin):** Förderung der emotionalen und sozialen Entwicklung: Verhaltensstörungen aus Sicht der Erziehungstheorie.
- 27.11.2013 **Loretta IHME und Sibylle WINTER (BERLIN):** Berliner Traumaambulanz für Kinder und Jugendliche - Erste Bilanz eines Modellprojektes.

### 2014

- 29.01.2014 **Tobias HELLENSCHMIDT (Berlin):** Entwicklung von Substanzkonsummustern und neuere Substanzen
- 26.02.2014 **Michael KAESS (Heidelberg):** Internetsucht
- 26.03.2014 **Stefan EHRLICH (Dresden):** Neurobiologie der Anorexia nervosa
- 21.05.2014 **Julia WAGER (Berlin):** Behandlung chronischer Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen
- 25.06.2014 **Tanja SAPPOK (Berlin):** Autismusdiagnostik bei Erwachsenen mit Intelligenzminderung
- 24.09.2014 **Bettina SCHUHRKE (Darmstadt):** Was ist eine „normale“ sexuelle Entwicklung bei Kindern?
- 26.11.2014 **Yonca IZAT (Berlin):** Bindungstypen vs. Bindungsstörung - aktuelle Aspekte

### 9.3 Wissenschaftliche Tagung

„2nd European CRT Network Meeting“, Berlin, 28.-29. Juni 2012, DFG-Fördersumme: 1500 Euro.

Jahrestagung der Nordostdeutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Berlin, 5. November 2014.



---

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie  
des Kindes- und Jugendalters  
Augustenburger Platz 1  
13353 Berlin

Leitung: Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Ulrike Lehmkuhl