

STANDARDS IN DIAGNOSTIK UND THERAPIE

Fachinformationen der entwicklungsdiagnostischen und –therapeutischen Mini-Ambulatorien

Ausgabe Nr. 12. ■ Feber 2009 ■ ISSN 1991-9883

Editorial

CHRISTINE WERNISCH-POZEWAUNIG



Liebe LeserInnen!

In der vergangenen Ausgabe haben wir das klinische Erscheinungsbild der Essstörungen *Magersucht* (Anorexia nervosa), *Ess-Brechsucht* (Bulimia nervosa) und *Esssucht* (Binge-Eating Störung) vorgestellt sowie das diagnostische Vorgehen dargelegt. Nun informieren wir Sie über Behandlungsmöglichkeiten.

Aufgrund des Umfangs dieses Themengebietes haben wir uns entschlossen *Therapie von Essstörungen* auf zwei Ausgaben aufzuteilen. Der aktuelle Artikel *Therapie von Essstörungen-Teil 1* beschreibt unterschiedliche Therapie-settings und bietet einen Überblick über mögliche Inter-

ventionsformen. In der nächsten Ausgabe werden wir uns der Darstellung der im Mini-Ambulatorium St. Veit angebotenen ambulanten Gruppenbehandlung für Jugendliche mit Essstörungen („trEATit“) widmen.

Christine Wernisch-Pozewaunig

Vorschau der nächsten drei Ausgaben

SID&T Nr. 13 April/Mai 2009:

Therapie von Essstörungen 2

SID&T Nr. 14 Juli/August 2009

Diagnostik von Autismus

SID&T Nr. 14 Oktober/November 2009:

Therapie von Autismus



Therapie von Essstörungen 1

P. Michler, E. Sadila-Plank

Die Therapie der Magersucht und Bulimie bei Kindern und Jugendlichen bedarf einer intensiven interdisziplinären und methodisch eklektischen Herangehensweise. Die Behandlung dauert meist 6 Monate bis über 1 Jahr. Die Säulen der Therapie sind psychotherapeutische Verfahren einzeln oder in der Gruppe, welche auch die Psychoedukation über die Essstörungen und ihre Folgen sowie kreative Therapieformen wie Kunst- und Bewegungstherapie beinhalten, Familientherapie, Ernährungstherapie, sowie die Überwachung und Behandlung der somatischen Symptome und Komplikationen. Therapeutische Ziele sind die Normalisierung des Körpergewichtes, des Essverhaltens, des gestörten Körperbildes und der Aufbau eines veränderten positiven Selbstbewusstseins, die Bearbeitung der zugrunde liegenden Konflikte und das Erreichen psychischen Wohlbefindens.

Für die Mädchen ist es beinahe unmöglich, die Erkrankung an einer schweren Essstörung aus eigener Kraft zu überwinden. Bestimmte Verhaltensmuster, wie z.B. zu wenig

zu essen, Mahlzeiten zu erbrechen oder in Stress- und Krisensituationen Essattacken zu erliegen, können nicht

mehr durchbrochen werden und nehmen in der Regel zu. Angehörige sind mit diesen Situationen meist hilflos überfordert und es wächst der Leidensdruck in der Familie.

Zeit spielt im Jugendalter eine wesentlich größere Rolle als im Erwachsenenleben. Während der oft Monate dauernden Behandlung der Magersucht oder Bulimie laufen der Alltag in Schule und Freizeit, sowie die körperliche, seelische und psychosexuelle Entwicklung weiter. Die Jugendlichen befinden sich in der Pubertät, in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter. Bei Beginn einer Magersucht im Kindes- oder frühen Jugendalters kann als somatische Komplikation ein Rückstand im Wachstum und in der Geschlechtsentwicklung auftreten. Durch die Erkrankung an einer schweren Essstörung und deren psychosoziale Folgen sind der Aufbau von Kontakten zu Gleichaltrigen und die Beziehungen zu wichtigen Identifikationsfiguren erschwert, manchmal unterbrochen und der Prozess der

Identitätsfindung empfindlich gestört. Der Ablösungsprozess vom Elternhaus und das Finden der sozialen, geschlechtlichen und beruflichen Rolle können durch eine Essstörung verhindert werden. Als Folge kann ein Verharren auf einer nicht altersangemessenen Entwicklungsstufe die Folge sein. Die schwerwiegenden primären und sekundären Folgen einer Essstörung für das Kind oder die Jugendliche, die Familie und die soziale Umwelt sprechen für die rechtzeitige und frühe Inanspruchnahme regionaler Versorgungseinrichtungen, welche sich mit ihren Therapieangeboten an den kinder- und jugendpsychiatrischen Leitlinien orientieren.

Stationäre, teilstationäre oder ambulante Behandlung?

Grundsätzlich sollte die Therapie bei einer Anorexie oder Bulimie so früh wie möglich beginnen. Das verbessert die Prognose, die bei chronifizierten Verläufen deutlich ungünstiger ist und verhindert das Entstehen zunehmender somatischer Komplikationen bei starker Auszehrung und/oder Stoffwechselstörungen. Die Therapiedauer beträgt in der Regel mindestens 6 bis 12 Monate. Sowohl ambulante, teilstationäre, als auch stationäre Behandlungsangebote können in Anspruch genommen werden.

Besteht in Wohnortnähe ein **ambulantes** Gruppenangebot, so kann diesem bei entsprechendem stabilem somatischem Zustandsbild der Vorrang gegeben werden. Für ein junges Mädchen kann eine lange stationäre Behandlung fernab vom vertrauten sozialen Umfeld eine zusätzliche Belastung bedeuten. Im Vergleich ist eine ambulante gegenüber einer stationären Behandlung deutlich kostengünstiger. Nach einer stationären Behandlung ist eine ambulante Nachsorge einzeln oder in einer entsprechenden Gruppe erforderlich, welche anschließend in eine angeleitete Selbsthilfegruppe übergehen kann.

Kriterien, die eine **stationäre** Behandlung bei Anorexie und Bulimie erforderlich machen sind kritisches Untergewicht oder rascher Gewichtsverlust, persistierendes Erbrechen, schwerer Missbrauch von Abführmitteln, ausgeprägte Dehydrierung, ausgeprägte Hypokaliämie oder sonstige vital bedrohliche somatische Komplikationen. Bestehen eine ausgeprägte Depression, Suizidalität, Zwangsstörungen, Erfolglosigkeit oder Undurchführbarkeit einer ambulanten Therapie, festgefahrene familiäre Konflikte, Hilflosigkeit oder soziale Isolation der Familie empfiehlt sich eine stationäre Aufnahme in eine Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Aufnahmekriterien für eine stationäre Therapie einer bulimischen Patientin sind bezüglich der psychosozialen Kriterien gleich. Zur Abwägung der angemessenen Behandlung werden die psychiatrische Komorbidität (z.B. Störungen der Impulskontrolle, selbstverletzendes Verhalten, Substanzmissbrauch und/oder das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung) neben der Häufigkeit der Ess- und Brechattacken und das klinische Zustandsbild herangezogen.

Während einer stationären und ambulanten Behandlung ist die Teilnahme an einer Gruppe ein therapeutisches Mittel an sich, in dem die Patientinnen sich gegenseitig unterstützen und Modellfunktion haben, was in einer Einzeltherapie nicht gegeben ist.

Die Patientinnen und Angehörigen müssen über die verschiedenen Therapieangebote informiert werden, ggf. wird eine Vereinbarung getroffen, unter welchen Umständen eine ambulante Therapie in eine stationäre oder teilstationäre Behandlung oder umgekehrt übergeleitet wird.

Die therapeutischen Elemente im Einzelnen

Psychotherapie

„Die eigentliche Aufgabe der Psychotherapie besteht darin, eine deutliche Veränderung in der Persönlichkeit zu bewirken, so dass ein konstruktives Leben möglich wird, ohne die Funktion der Nahrungsaufnahme auf so bizarre und irrationale Weise zu missbrauchen.“ (Hilde Bruch).

In diesem Sinne ist das Essstörungssymptom der Versuch einer ersten eigenen, wenn auch dysfunktionalen Lösung mit schwerwiegenden Folgen.

„Menschen mit Essstörungen halten nicht viel oder gar nichts von sich“ (Janet Treasure). Patientinnen mit einer Essstörung haben eine anlagebedingte hohe Einfühlsamkeit und Sensibilität mit der dadurch gegebenen Möglichkeit, ein besonders „vernünftiges“ und „pflegeleichtes“ Kind zu sein. Dies geht einher mit einer tiefverankerten Fremdbestimmtheit und einem Mangel an gesunder Aggressivität und Selbstbehauptung. Pflegeleicht sein ist aber nicht Starksein! Daher sind die Entfaltung der Persönlichkeit in ihren Beziehungen, in ihrem Zugang zur eigenen Gefühlswelt und die Entwicklung des meist sehr geringen Selbstwertgefühls wichtige Therapieziele. Die Jugendlichen sollen lernen, ihre Konflikte angemessen zu lösen und Eigenständigkeit im Umgang mit ihrer Erkrankung und der persönlichen Lebensgestaltung erlangen.

Die Belange der Mädchen betreffen sowohl die individuelle Entwicklung, die familiäre Situation, die Rollenfindung in der Schule und/oder im Beruf, die Beziehungen zu den Freundinnen, zum anderen Geschlecht. Themen der Therapie sind die individuelle und soziale Bedeutung des Körperbildes, das Essverhalten, Gewicht, Vorbilder und Schlankeitsideale. Ablösungskonflikte, Autonomiebestrebungen und vorhandene Ressourcen und Stärken werden angesprochen. Selbstbehauptung, Selbstwert, Selbstabwertung, Perfektionismus und Leistungsideal sind weitere wichtige Therapieinhalte

Die Ziele ändern sich phasenabhängig im fortschreitenden therapeutischen Prozess und fokussieren die Einsicht in die Kontextbedingungen des Essverhaltens, die Realitätsprüfung und Generalisierung des in der Therapie Erlernen in den Alltag und die Thematisierung der mit der Gewichtszunahme einhergehenden Ängste, sowie die Bearbeitung von Rückfällen. Zu Beginn der Behandlung nehmen psychoedukative Einheiten einen großen Raum ein, um die Betroffenen mit den psychischen und somatischen Folgen der Erkrankung bekannt zu machen und ihnen dadurch eine Krankheitseinsicht zu vermitteln. Ein weiteres zentrales Anliegen ist das Erreichen einer realistischen Körperwahrnehmung. Dazu werden unterschiedlichen Methoden aus der Kunst- und Gestaltungstherapie und der Tanz- und Bewegungstherapie angewandt. Kognitiv verhaltenstherapeutische Ansätze zielen darauf ab, die kognitiven Verzerrungen gegenüber dem eigenen Körper, dem äußeren Erscheinungsbild und von sich selbst wahrzunehmen und zu ändern.

Es wird mit der Patientin ein Protokoll erstellt, welches die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, gewichtsreduzierende Maßnahmen, begleitende Gedanken und Gefühle, sowie andere interessierende Verhaltensaspekte und Kontextbedingungen festhält. Zunächst steht der Aufbau der therapeutischen Beziehung im Mittelpunkt, die es dann ermöglicht das Alltagsverhalten und die emotionalen Probleme

und auslösenden Bedingungen des essgestörten Verhaltens gemeinsam zu beobachten und zu erkunden, um dann die notwendigen Änderungen umzusetzen. Bei schwer kranken, negativistischen, depressiven Patientinnen muss zunächst an der Therapiemotivation, die aufgrund der mangelnden Krankheitseinsicht selten gegeben ist, gearbeitet werden, ggf. im Einzelfall auch unterstützt durch eine antidepressive medikamentöse Behandlung. In einem Behandlungsvertrag werden das Zielgewicht, die wöchentliche Gewichtskontrolle und -zunahme, die Stufen der Behandlung festgeschrieben. Eine Tagesstruktur und bestimmte Aktivitäten werden gemeinsam festgelegt und die Konsequenzen bei Nichteinhaltung erarbeitet.

In der Therapiephase werden operante Verstärker (z.B. bestimmte Privilegien oder Teilnahme an sportlichen Aktivitäten, Tanzkurs, Gemeinschaftsunternehmungen etc.) eingesetzt, um eine vereinbarte Gewichtszunahme und Verhaltensnormalisierung zu belohnen. Mit fortschreitender Besserung der Essstörungssymptomatik werden innerpsychische Konflikte, Auslösebedingungen der Erkrankung und aktuelle Problemstellungen thematisiert und nach Lösungen gesucht. Nach erreichtem Zielgewicht bzw. dem Erreichen von anderen Zielvereinbarungen wird die Stabilisierung des Gewichts angestrebt und ein selbstverantwortliches Essverhalten geübt.

Während der stationären Behandlung steht in der Regel eine Sozialpädagogin zur Verfügung, die bei Bedarf Hilfestellung z.B. bei einer außerfamiliären Betreuung oder dem Übergang in ein betreutes Wohnen bietet. In der Phase der ambulanten Nachbehandlung erfolgen Kontrollen und Nachbesprechungen zur Rückfallprophylaxe und Sicherung des Therapieerfolges.

Es gibt keine klare Evidenz für die Überlegenheit einer der psychotherapeutischen „Schulen“ in der Essstörungstherapie. In der Praxis und aus methodischen Überlegungen sollte eine Kombination mit definierten „Werkzeugen“ zum Einsatz kommen, die verhaltens- und familientherapeutische, psychoedukative, und gesprächspsychotherapeutische Interventionen und Ansätze beinhaltet. Ergänzend sollten kreative Methoden aus der Bewegungs- und Gestalttherapie angewandt werden.

Familientherapie

Anders als bei Erwachsenen ist bei der Behandlung der Kinder und Jugendlichen mit Essstörungen die Einbeziehung der Eltern in aller Regel unverzichtbar. Die Familie braucht Unterstützung beim Verhaltensmanagement des Essens, im Umgang mit essstörungsbezogenen schwierigen Verhaltensweisen und konfliktreichen Interaktionen. Eine Familientherapie bietet den Rahmen zur Bearbeitung zugrunde liegender familiärer Konflikte. In ihrer Rolle als Eltern, Sorgeberechtigte und Versorger, bedarf es während der Therapie einer intensiven Zusammenarbeit zwischen Patientin, den wichtigen Bezugspersonen und der Therapeutin.

Da die jungen Patientinnen in der Regel weiterhin in der Familie leben oder dorthin zurückkehren, dient die Einbeziehung des unmittelbaren Umfeldes auch dem Transfer der in der Therapie erzielten Veränderungen in das Alltagsleben. Die Therapie muss ohne Schuldzuweisungen auskommen und lösungsorientiert arbeiten, auch wenn gestörte Interaktionen und Kommunikationsmuster, ungelöste Familienprobleme oder eine Paarproblematik der Eltern

erkennbar sind. Diese können in der Entstehung der Magersucht oder Bulimie verursachende oder auslösende Faktoren sein, ebenso jedoch auch als Folgen der Essstörung auftreten oder hinzukommen. In den Familien herrscht aufgrund der Erkrankung häufig ein hoher Leidensdruck, so dass Eltern und Geschwister selbst Beratung und Hilfe benötigen und durch die Auseinandersetzungen wegen des Essens, Kochens, der Lebensmittel und die Angst um die Gesundheit der Tochter oder des Sohnes belastet und hilflos sind. Die Beziehungsdynamik im Umgang mit einem an einer Essstörung erkrankten Kind/Jugendlichen nimmt nach längerem Verlauf einen solch schwierigen Charakter an, der ohne therapeutische Hilfe nur sehr schwer bzw. gar nicht zu auflösen ist. Die Familienangehörigen können durch das Angebot einer psychoedukativen Elterngruppe und Beratung zu neuen Erkenntnissen und Einstellungen kommen und in der Folge auf die Patientin anders und kompetenter zugehen, wodurch der Behandlungsplan und die Umsetzung der Therapieziele in den Alltag Unterstützung erfahren. Therapeutische Mittel sind die Unterstützung und Psychoedukation der betroffenen Familien in Angehörigengruppen oder durch die Teilnahme der Eltern an Gruppenaktivitäten mit den Patientinnen. In familientherapeutischen Sitzungen können innerfamiliäre Probleme und Verstrickungen aufgearbeitet und ein tieferes Verständnis der Krankheit und ihrer Ursachen und Auslöser vermittelt werden. Soziale Interaktionen können dadurch verändert und hilfreiche Konfliktlösungen erarbeitet werden, wodurch der Heilungsprozess maßgeblich unterstützt wird.

Ernährungstherapie

Die Wiederherstellung und Stabilisierung des Normalgewichtes und der körperlichen Gesundheit ist eines der vorrangigen Ziele. Es ist notwendig, ein Zielgewicht zu definieren, in der Regel die Normalisierung des BMI.

Ein fallspezifisch zusammengestellter Ernährungsplan soll möglichst eine stetige Gewichtszunahme von 0,5 bis (unter stationären Bedingungen) 1,5 kg pro Woche gewährleisten. Ausgehend von den vorigen Ernährungsgewohnheiten wird die Kalorienmenge allmählich von 30 bis 40 kcal/kg KG auf 70 bis 100 kcal/kg KG gesteigert, die „Haltekost“ liegt bei 40 bis 60 kcal/kg KG. Bei kritischem Untergewicht wird im stationären Rahmen die Kalorienzufuhr durch energiereiche Trinknahrung, ggf. Sondenernährung und nur im Notfall durch Infusionsbehandlung ergänzt. Zu rasche Steigerung der Kalorienzufuhr kann ein Refeeding-Syndrom verursachen.

Mit der Patientin wird ein Ernährungsprotokoll geführt, welches die allmähliche Anpassung an die Soll-Ernährung festhält. In der Ernährungsberatung erfahren die Patientinnen, wie eine für ihr Krankheitsbild geeignete Ernährung aussieht, und wie sie ihren Essensplan erstellen. Calciumreiche Nahrungsmittel (Milch und Milchprodukte), proteinhaltige Nahrungsmittel (Kartoffel-, Ei-, Getreide- und Hülsenfrucht-Kombinationen, Fleisch), Fette in normalen Mengen. Zucker und Kohlehydrate werden in angemessenem Ausmaß wieder in den Essensplan eingeführt. Vegetarische Ernährung darf weitergeführt werden. 5 bis 6 ausgewogene Mahlzeiten sollten eingehalten werden. Durch regelmäßige Gewichtskontrollen werden die Fortschritte überprüft. Auf die Einnahme von Abführmitteln und das „Antrinken“ von Gewicht muss geachtet werden. Die Eigenverantwortung wird durch aktive Beteiligung bei der

Essensplanung, –auswahl und –zubereitung gezielt gefördert. Die Mahlzeiten werden nach Möglichkeit in der Gruppe und gemeinsam mit BetreuerInnen eingenommen, um normales Essen und Trinken modellhaft zu erleben, seine soziale Bedeutung einzuüben und das Gelingen zu überprüfen. Bei starkem Untergewicht werden ein Bewegungsprotokoll erstellt und Energie konsumierende Betätigungen unterbunden.

Themen der Ernährungsberatung sind die Bedeutung von Proteinen, Kohlehydraten und Fetten, Vitaminen und Mineralstoffen, die Zusammensetzung ausgewogener Mahlzeiten, die Darstellung der Nahrungsmittelpyramide, das Vermeiden von Kalorienzählen. Sowohl unter stationären als auch unter ambulanten Bedingungen sind gemeinsame Einkäufe, praktische Kochübungen und Essen in einer Gemeinschaft im therapeutischen Angebot sinnvoll und wichtig.

Somatische Therapie bei Magersucht

Die meisten somatischen Störungen sind Folge der Mangelernährung, chronisch und damit selten akut bedrohlich. Die Laborwerte können grob auffällig sein, insbesondere Elektrolyte und der Säure-Basenhaushalt. Rasche Schwankungen, auch durch medizinische Maßnahmen, sind bedrohlicher als konstant pathologische Werte.

In der Phase des raschen „Auffütterns“, insbesondere bei parenteraler Ernährung, besteht das Risiko einer lebensbedrohlichen Hypokaliämie, Hypophosphatämie oder Hypomagnesiämie. Flüssigkeitsbilanz, Blutdruck und Puls, Elektrolyte einschließlich Phosphat, Chlorid und Magnesium und Blutzucker müssen engmaschig kontrolliert werden. Als tägliche Gewichtszunahme werden 130 bis 180 g in der lebensbedrohlichen Phase und 450 bis 900 g pro Woche in der ambulanten Phase empfohlen. Das Refeeding-Syndrom tritt seltener auf, wenn die Ernährung „soft“ begonnen wird mit geringeren Mengen und allmählicher Steigerung.

Häufigste Komplikation: Hypokaliämie – orale Substitution empfohlen.

Sonstige Interventionen nach Organsystemen:

Haut: Spontanremission bei Gewichtszunahme, selten Niacinmangel (Vitamin B3)

Zähne: (Bulimie) Zahnsanierung

Speicheldrüsen, Amylaseerhöhung: Meist keine Therapie, evtl. sympt. NSAR wie Diclofenac

Magen-Darm: Laxantien absetzen, Kalium substituieren, Magenentleerungsstörungen ggf. Metoclopramid oder Cisaprid. Spontanes Erbrechen: Ondansetron – nicht als Dauermedikation

Anämie: Ggf. Folsäure

Niere/Elektrolyte/Säuren/Basen: Chron. Hypokaliämische metabolische Alkalose: Reichlich Trinken, Kochsalz, ggf. KCl-Lösungen, nicht als Tabletten wg. Ulzera

Chron. Metabolische Azidose (Laxanzien): Kaliumcitrat, keine Chloridsalze wie NaCl, KCl. Hyperaldosteronismus, Pseudo-Bartter-Syndrom: K, ggf. Mg. substituieren, keine

Diuretika, keine Flüssigkeits- oder Kochsalzrestriktion wg. verzögerter Rückbildung. Nierenfunktionsstörung: Spontane Rückbildung

Herz-Kreislauf: Kardiomyopathie Spontanrückbildung, Hypokaliämie, meist ohne ausgeprägte EKG-Zeichen: Überwachung, oral K, Cl, Mg und Flüssigkeit substituieren

Neurologie: Meist Spontanremission, K, Ca symptomatisch und nach Labor, Wernicke-Enzephalopathie: Vitamin B1

Osteoporose: Kontrovers – einheitlich: Ca 1g/die, Osteomalazie Vitamin D und Sonne, Substitution von Östrogen-/Gestagenpräparaten in zyklischer Dosis nur dann, wenn sich gravierende Osteoporose abzeichnet

Endokrinologie: Spontanrückbildung von Low T3, basaler Cortisolserhöhung, niedrigen Gonadotropinspiegeln, STH- und Insulinspiegelerhöhung

Psychopharmaka haben keinen oder nur marginalen Einfluss auf die Basissymptome und die Gewichtszunahme. Im Rahmen eines ganzheitlichen Therapieansatzes muss ihr Einsatz abhängig vom klinischen Bild dennoch erwogen werden. Tranquilizer und Neuroleptika sind nur ausnahmsweise (z.B. bei schweren Zwängen, Impulsivität oder selbstverletzendem Verhalten) indiziert. Am ehesten sind SSRI's (Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer) bei schwerer Depression, Negativismus, oder bei Depressionen, die bei Gewichtszunahme persistieren, indiziert. Sie können das Gedankenkreisen und die ständige Beschäftigung mit dem Essen, das „Craving“, lindern. Auch können sie einen Beitrag zur Behandlungsmotivation leisten und die Abbruchrate vermindern. SSRI oder Clomipramin sind bei ausgeprägter Zwangsstörung, z.B. Wasch- oder Ordnungszwängen, eingeschränkt wirksam.

In der Behandlung der Bulimie sind SSRI's wirksam. Fluoxetin in hoher Dosis wirkt sich günstig auf das Essverhalten aus und verringert die Rückfallrate.

Speziell bei Hypokaliämie muss an arrhythmogene Nebenwirkungen gedacht werden. Aufgrund der unsicheren Datenlage sind an die Aufklärung der Patientinnen und Eltern besonders strenge Kriterien zu stellen, und die Erwägungen sind im Aufklärungsgespräch zu dokumentieren. Die Indikation besteht dann, wenn Gefahr besteht, die Patientin an ihre Krankheit zu verlieren und es anders nicht gelingt, mit der Patientin eine tragfähige therapeutische Beziehung einzugehen.

Mag. Petra Michler

Diplompsychologin
Psychotherapeutin

MINI AMBULATORIUM St. Veit/Glan

petra.michler@promente-kijufa.at

Dr. Eva Sadila-Plank

Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde, Neuropädiatrie,
Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ärztin für Psychotherapeutische
Medizin

MINI AMBULATORIUM St. Veit/Glan

eva.sadila@promente-kijufa.at

Impressum:

Herausgeber: Verein pro mente: kinder jugend familie, Gesellschaft für psychische und soziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in deren sozialen Kontext, **Büro:** 9020 Klagenfurt, Villacherstraße 161 **office@promente-kijufa.at**
Tel: (0463) 55112 **Fax:** (0463) 501256 **Druck/Versand:** pro mente: kinder jugend familie **Redaktion:** Fachbereich Ambulanz, Mag. Christine Wernisch-Pozewaunig, christine.wernisch@promente-kijufa.at **Abo-Kontakt:** Fr. Erika Gebauer office@promente-kijufa.at **Layout:** Mag. Joachim Petscharnig **Printabo:** 4x jährlich, Unkostenbeitrag Euro 12,-Zusendung per Post.