



KLINIKEN

hohemark.de

Klinik Hohe Mark

Psychiatrie – Psychotherapie – Psychosomatik

fachlich kompetent – christlich engagiert

Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Essstörungen

Therapiekonzept der Abteilung
Psychotherapie und
Psychosomatik



Inhaltsverzeichnis

1. Institutionelle Einbindung der Klinik	04
2. Therapiekonzept für die Behandlung von Patientinnen mit Essstörungen	05
2.1 Indikation für eine stationäre Essstörungenbehandlung	05
2.2 Zugang zur stationären Behandlung	05
2.3 Allgemeine Grundlagen unserer Behandlung	06
3. Zur praktischen Durchführung der Therapie	07
3.1 Beginn der Behandlung	07
3.2 Störungsspezifische Therapie	07
3.2.1 Essvertrag	07
3.2.2 Mahlzeiten	07
3.2.3 Schöpftisch	07
3.2.4 Kochgruppe	08
3.3 Medizinische Betreuung	08
3.4 Einzeltherapie	08
3.5 Gruppentherapie	08
3.5.1 Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie	08
3.5.2 Basis-Essgruppe	08
3.5.3 Erlebnisorientierte Gruppentherapie mit Psychodrama-Elementen	09
3.5.4 Körper- und Bewegungstherapie	09
3.5.5 Tanztherapie	09
3.5.6 Maltherapie	09
3.5.7 Gestaltungstherapie	09
3.5.8 Achtsamkeitsgruppe	09
3.5.9 Selbstversorgungsgruppe	09
3.6 Weitere Therapieangebote	10
3.6.1 Sozialdienst	10
3.6.2 Familien- und Paargespräche	10
3.6.3 Seelsorgerliches Angebot	10
3.6.4 Freizeitgestaltung	10
4. Diagnostische / therapeutische Dokumentation	11
5. Therapieevaluation	11
Impressum	12

1. Institutionelle Einbindung der Klinik

Die Klinik Hohe Mark gehört zum Verbund der DGD-Kliniken. Träger ist die Krankenhaus-GmbH des Deutschen Gemeinschafts-Diakonieverbandes mit Sitz in Marburg. Gemeinsames Ziel der DGD-Kliniken ist, auf christlicher Grundlage den einzelnen Patienten* als Menschen in den Mittelpunkt des Handelns zu stellen und zugleich eine medizinische und pflegerische Versorgung auf höchstmöglichem Qualitätsniveau zu gewährleisten. Über den DGD ist die Klinik ebenfalls Mitglied im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland.

Die Klinik Hohe Mark hat am Standort Oberursel insgesamt 234 Betten. Neben der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik mit 101 Betten verfügt die Klinik über eine Allgemeinpsychiatrische Abteilung mit 97 Betten und einer Abteilung für Sozialpsychiatrie und Suchtmedizin mit 36 Betten. Zu dieser Abteilung gehören am Standort Frankfurt weiterhin eine große Psychiatrische Institutsambulanz, eine Tagesklinik mit 20 Plätzen sowie die Tages-Reha Frankfurt, eine Einrichtung der Tagesklinischen Suchtrehabilitation, mit ebenfalls 20 Plätzen.



*Aus Gründen der Lesbarkeit wird in diesem Text beide Geschlechter in der Regel die sprachlich kürzere Form aufgeführt, im folgenden Text allerdings meist die weibliche Form, um der statistischen Realität auch sprachlich entgegenzukommen.

2. Das Therapiekonzept für die Behandlung von Patientinnen mit Essstörungen

2.1 Indikatoren für eine stationäre Essstörungsbehandlung

Essstörungen beginnen meist schon im Jugendalter und betreffen am häufigsten junge Frauen. Sie ziehen sich oft über Jahre hin und können zu ausgeprägten körperlichen Folgeschäden führen. Dazu gehören massives Unter- und Übergewicht mit Schäden an Knochen und Gelenken, Hautveränderungen, Hormonstörungen (Verlust der Monatsblutung), Schäden an Speiseröhre und Zähnen infolge des selbstaugelösten Erbrechens. Essstörungen gehen mit einem hohen Leidensdruck bei den Betroffenen und auch bei deren Familien einher. Häufig wird die gesamte Lebensführung von der Essstörung bestimmt – bis hin zu finanziellen Schwierigkeiten infolge der Beschaffung großer Mengen von Nahrungsmitteln bei Bulimien –, sodass die Menschen mit einer Essstörung unter Umständen nicht mehr ihren Alltag und ihre beruflichen Aufgaben angemessen bewältigen können.

Die Ursachen sind komplex, lassen sich also nicht auf eine einzige Hauptursache (wie z. B. bestimmte familiäre Konstellationen) zurückführen. Auch sind Essstörungen oft mit anderen seelischen Störungen verbunden, insbesondere mit Depressionen, posttraumatischen Belastungsstörungen, Angst- und Zwangsstörungen oder Borderline-Störungen. Fast immer finden sich eine ausgeprägte Selbstwertproblematik, die sich mit der Essstörung im Sinne eines Teufelskreises wechselseitig verstärkt, und Störungen des Selbstbildes (sogenannte Körperschema-Störungen).

In unserer Klinik werden Patientinnen mit folgenden Störungsbildern behandelt:

- Anorexia nervosa
- Bulimia nervosa
- Binge-Eating-Störungen
- atypische Essstörungen und Essstörungen bei sonstigen psychischen Erkrankungen



Anorexien sind dadurch gekennzeichnet, dass durch Einschränkung des Essverhaltens und andere Maßnahmen (Erbrechen, vermehrter Sport, Gebrauch von Abführmitteln oder Appetitzüglern) ein Gewichtsverlust herbeigeführt wird, sodass das Körpergewicht deutlich unter der Norm liegt; der Body-Mass-Index (BMI; Körpergewicht in kg/Körpergröße in m²) liegt unter 17,5 kg/m². Bei extremen Formen kann es zu lebensbedrohlichen körperlichen Folgeschäden (z. B. Herzrhythmusstörungen) kommen.

Bei den Bulimien kommt es zu häufigen Essanfällen, bei denen große Mengen an Nahrungsmitteln aufgenommen und anschließend durch selbst herbeigeführtes Erbrechen wieder ausgebrochen werden. Auch hier beschäftigen sich die Betroffenen ständig mit dem Gewicht und dem Essen und empfinden sich als zu dick, obwohl sie meist eher schlank sind und versuchen, durch weitere Maßnahmen ihr Gewicht zu reduzieren.

Patientinnen mit Binge-Eating-Störungen berichten über häufige Essattacken, bei denen sie das Gefühl haben, ihr Essverhalten nicht kontrollieren zu können und die sich oft über einen längeren Zeitraum hinziehen. Sie setzen keine Kompensationsmechanismen wie Erbrechen ein. Dadurch entwickeln die Patientinnen oft ein erhebliches Übergewicht (BMI oft über 30 kg/m²), das zu einem zusätzlichen Leidensdruck und auch zu körperlichen Schäden wie Arthrose führt. Atypische Formen von Essstörungen, bei denen die Symptome nicht einer der bisher genannten Gruppe eindeutig zugeordnet werden, spielen im Alltag eine große Rolle. Essstörungen können auch im Rahmen z. B. von Depressionen auftreten und dabei eine erhebliche Eigendynamik entwickeln.

Stationäre Behandlung ist indiziert,

- wenn die Erkrankung soweit eskaliert ist, dass die Betroffenen ihr altes Essverhalten zwar aufgeben wollen, trotz ambulanter Behandlung aber immer wieder rückfällig werden.
- wenn sich der Selbsthass durch das Erleben fortgesetzten Scheiterns am Essproblem schließlich in suizidalen Fantasien oder anderem autodestruktivem Verhalten äußert.
- wenn die Essstörung zu erheblichen körperlichen Folgeschäden geführt hat, die eine stationäre Behandlung in einer dafür geeigneten Klinik erzwingen.
- wenn Begleiterkrankungen (z. B. schwere depressive Symptome, Zwänge, Störungen der Persönlichkeitsentwicklung) vorliegen.

2.2 Zugang zur stationären Behandlung

Wir behandeln Patientinnen ab der Vollendung des 18. Lebensjahres, die aus eigenem Entschluss ihr Essverhalten ändern wollen. Patientinnen, bei denen die Essstörung mit einer Psychose oder mit einer stoffgebundenen Sucht (legale und/oder illegale Suchtmittel) verbunden ist, benötigen in der Regel eine primär psychiatrisch ausgerichtete Behandlung; die Behandlung im psychotherapeutischen Setting kann unter Umständen die psychotische Symptomatik verschlechtern bzw. das Suchtverhalten verstärken. Wenn bei einer Anorexie-Patientin ein lebensbedrohliches Untergewicht besteht oder ausgeprägte körperliche Folgeschäden (z. B. Herzrhythmusstörungen) eingetreten sind, sollte zunächst eine Einweisung auf eine geeignete internistische Station erfolgen, bis die Patientin aus medizinischer Sicht ausreichend stabilisiert ist. Sondenernährungen werden bei uns grundsätzlich nicht durchgeführt.

Zur Behandlung in unserem stationären Essstörungs-Setting benötigen wir einen aussagekräftigen Bericht eines niedergelassenen Arztes. In der Regel ist es sinnvoll, schon vor der Klinikaufnahme eine ambulante psychotherapeutische und/oder psychiatrische Behandlung zu beginnen bzw. einen Behandlungsplatz zu suchen, da häufig längere Wartezeiten für einen Psychotherapieplatz bestehen und im Anschluss an den stationären Aufenthalt die Behandlung ohnehin ambulant fortgesetzt werden muss.

Wir führen mit allen essgestörten Patientinnen vor Beginn der stationären Behandlung ein Vorstellungsgespräch durch. Neben der Erstellung der Anamnese über das Essverhalten hat dieses Gespräch das Ziel, der Patientin eine Möglichkeit zu bieten, ihre Eigenmotivation einzuschätzen und zu fördern: Besteht eine Bereitschaft der Patientin, das Essverhalten zu verändern, oder möchten z. B. nur die Angehörigen, dass sie ihr krankhaftes Essverhalten aufgibt?

In dem ambulanten Gespräch können die Grundzüge eines Essvertrages thematisiert und vereinbart werden. Eine pflegerische Bezugstherapeutin bespricht mit der Patientin Einzelheiten des therapeutischen Settings; dabei können praktische Fragen zur Durchführung der Therapie besprochen werden.

Mit diesem Gespräch beginnt in gewisser Weise bereits unsere Therapie; es hilft, Fehlzuschreibungen zu vermeiden. Im Anschluss an das ambulante Gespräch ergibt sich wegen der Zahl der Anmeldungen in der Regel eine gewisse Wartezeit; wir versuchen, diese so kurz wie möglich zu halten. Diese Wartezeit kann aber auch dazu genutzt werden, einen ambulanten Therapieplatz für die erforderliche ambulante Weiterbehandlung zu suchen.

2.3 Allgemeine Grundlagen unserer Behandlung

Seit 2000 werden in der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik Menschen mit Essstörungen in einem eigenen Behandlungsrahmen („Essstörungs-Setting“) behandelt, der seither ständig ausdifferenziert wurde und durch eine Integration ärztlicher, psychologischer, pflegerischer, physiotherapeutischer und weiterer Therapieansätze geprägt ist. Die Behandlung gründet sich auf die Leitlinien und Therapieempfehlungen der entsprechenden deutschen Fachgesellschaften. Die Therapeuten der verschiedenen Berufsgruppen bilden sich durch regelmäßige interne und externe Maßnahmen fort und stehen in regelmäßigem Austausch (wöchentliche „Esskonferenz“, wöchentliche Therapeutenkonferenz, regelmäßige Nachbesprechungen aller Gruppentherapien und Visiten im Stationsteam). In diesen Besprechungen geht es darum, den aktuellen Stand der Behandlung an die Bedürfnisse und Grenzen der einzelnen Patientinnen anzupassen, zumal manche Patientinnen durch die erreichte Gewichtsveränderungen emotional stark belastet werden. Außerdem erfolgt eine ständige Optimierung des Behandlungsrahmens in Zusammenhang mit dem klinikweiten Qualitätsmanagement.

Gleichzeitig bestehende seelische Störbilder (z. B. Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen, Borderline-Störungen) werden in der Behandlung stets intensiv berücksichtigt, wobei jedoch die vorliegende Essstörung in der Regel im Vordergrund steht, sodass z. B. eine therapeutische Konfrontation mit traumatischen Erinnerungen nicht möglich ist, sondern einer späteren Behandlungsphase vorbehalten bleibt.

Unser Behandlungsansatz integriert tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Ansätze; ergänzend kommen auch schematherapeutische Interventionen zum Zuge. Einerseits werden, besonders in Einzelgesprächen und Gruppentherapien, psychogenetische Hintergründe der Essstörung und deren Zusammenhänge mit der Persönlichkeitsstruktur erarbeitet und die Eigenwahrnehmung und Artikulationsfähigkeit der Patientinnen verbessert. Andererseits fokussieren wir mit den verhaltenstherapeutischen Ansätzen (Arbeiten mit Verträgen, Esstagebuch, Therapiestufen) das zentrale Symptom der Essstörung, das keinesfalls aus dem Blick geraten darf, weil sonst die Krankheit zu chronifizieren droht. Außerdem ist – insbesondere bei Bulimien – das krankhafte Essverhalten hinter einer hohen Schamswelle verborgen. Eine gewissermaßen „geheime Absprache“ zwischen Therapeut und Patientin, das Schweigen nicht zu brechen, muss verhindert werden; deshalb muss das essgestörte Verhalten immer neu in den Gesprächen thematisiert werden.

Zu Beginn der Behandlung verordnen wir unseren Patientinnen eine dreiwöchige Kontaktperrre nach außen, um eine größtmögliche Konzentration auf die eigene Person und das eigene Erleben zu ermöglichen; dadurch soll auch das Ankommen in der Patientengemeinschaft und im therapeutischen Prozess intensiviert werden.

Zur Behandlung gehört (mindestens) eine Fahrt – in der Regel in der zweiten Therapiehälfte an einem Wochenende – nach Hause, um in der gewohnten Umgebung die neuen Verhaltensmuster zu erproben und dadurch ein gutes Maß an Sicherheit für die Zeit nach der Entlassung zu gewinnen. Die Belastungswochenenden werden mit dem therapeutischen Team abgesprochen und sorgfältig vorbereitet; insbesondere werden die Mahlzeiten genau geplant. „Misserfolge“ können in den anschließenden Therapiegesprächen besprochen werden und für weitere Veränderungsschritte motivieren.

Die Dauer der stationären Behandlung wird individuell in Absprache mit unseren Patientinnen festgelegt und beträgt in der Regel 7 bis 10 Wochen, in Einzelfällen auch länger.

Die Behandlung erfolgt für maximal 12 Patientinnen mit Essstörungen in einem modernen Gebäude auf einer gemischtgeschlechtlichen Station mit 17 Behandlungsplätzen. Auf der Station befindet sich auch der Speisesaal, in dem die Mahlzeiten gemeinsam eingenommen werden. Unsere Patientinnen sind in Einzel- und Doppelzimmern mit eigener Nasszelle untergebracht. Für Krisen ist 24 Stunden am Tag eine pflegerische Bezugstherapeutin bzw. ein pflegerischer Bezugstherapeut ansprechbar; für medizinische Notfälle ist ständig ein Arzt in der Klinik erreichbar.



3. Zur praktischen Durchführung der Therapie

3.1 Beginn der Behandlung

Die erste Zeit der Behandlung dient dem Aufbau einer therapeutischen Beziehung, die für jede psychotherapeutische Behandlung grundlegend ist. Nur so kann die oft vorhandene Schwelle überwunden werden, auch über schambesetzte Themen zu sprechen und die Heimlichkeiten aufzugeben, die oft mit Essstörungen verbunden sind. Wesentlicher Teil der Beziehung ist der Behandlungsvertrag (siehe unten), der auch die Funktion hat, die in der Essstörung enthaltenen destruktiven, beziehungsgefährdenden Tendenzen einzugrenzen.

In den ersten Tagen wird eine sorgfältige Diagnostik durchgeführt; dazu gehören eine körperliche Untersuchung inklusive des neurologischen Status, Laboruntersuchungen und gegebenenfalls ein EKG. Mitunter sind auch konsiliarische Untersuchungen bei auswärtigen Fachärzten erforderlich. Der psychopathologische Befund, der bei Aufnahme erhoben wird, wird gegebenenfalls durch testpsychologische Untersuchungen ergänzt. Besondere Beachtung schenken wir den speziellen Merkmalen im Denken, Erleben und Verhalten essgestörter Menschen:

- Zusammenhang zwischen Körpergewicht und Selbstwertgefühl
- Wahrnehmung des eigenen Körpers (Körperschemastörungen)
- Diäten, „verbotene“ Speisen
- Essanfälle
- gegensteuerndes Verhalten (Sport, Erbrechen, Laxantien usw.)

Bei der Behandlung der Essstörung spielt die Einschätzung und Bearbeitung sogenannter struktureller Ich-Störungen (nach OPD-2) eine wesentliche Rolle. Damit sind Beeinträchtigungen folgender Fähigkeiten gemeint:

- sich selbst reflexiv wahrzunehmen
- eigene Impulse und Affekte zu steuern und den Selbstwert zu regulieren
- mit sich selbst nach innen (und dementsprechend nach außen) zu kommunizieren
- Bilder und Erinnerungen wichtiger guter Bezugspersonen zu nutzen, um sich selbst zu steuern und zu regulieren.

3.2 Störungsspezifische Therapie

3.2.1 Essvertrag

Unser therapeutisches Vorgehen und die sich aus der Erkrankung ergebenden Therapieziele werden zu Beginn der Behandlung ausführlich dargestellt und erörtert, und es wird ein Therapievertrag (sogenannter „Essvertrag“) abgeschlossen. Dieser wird mit unseren Patientinnen detailliert besprochen. In diesen Vertrag wird die Überwindung der Symptome auf der körperlichen Ebene in Absprache mit den Patientinnen festgelegt, wie z. B. Gewichtszunahme bzw. -abnahme, der Verzicht auf Laxantien (Abführmittel), die Teilnahme an den Mahlzeiten (siehe unten), das Führen des Esstagebuchs, der Verzicht auf zusätzliche Nahrungsaufnahme außerhalb der festen Mahlzeiten und regelmäßige Gewichtskontrollen zweimal pro Woche.

Im Blick auf das jeweilige Störbild wird eine Gewichtszunahme oder -abnahme vereinbart, die besonders bei Patientinnen mit einer Anorexie auf das sogenannte „Basisgewicht“ bezogen wird. Bei allen Essstörungen dürfen die Veränderungen nicht so rapide erfolgen, auch im Blick darauf, dass die körperlichen Veränderungen seelisch verarbeitet werden müssen.

Bei anorektischen Essstörungen ergibt sich aus dem (zu niedrigen) Aufnahmegewicht eine Therapiestufe. Bei einer hohen Therapiestufe (entsprechend einem sehr niedrigen Ausgangsgewicht) kann die Patientin nur an bestimmten Therapieformen teilnehmen (also z. B. nicht an der Bewegungstherapie) und hat eingeschränkte Zeiten für den Ausgang von Station bzw. muss sich auf dem Zimmer aufhalten; mit zunehmendem Gewicht kommen weitere Therapieformen und längere Ausgangszeiten hinzu. Die Patientinnen haben auf diese Weise größere Chancen, an Gewicht zuzunehmen, weil sie weniger Kalorien verbrauchen; gleichzeitig bieten diese Zeiten die Gelegenheit, sich ihrer inneren Problematik intensiver zu stellen, anstatt davor „davonzurennen“ wie bisher. Dabei werden sie gegebenenfalls durch Einzelkontakte im Zimmer unterstützt.

Manchmal ist es erforderlich, entsprechend dem Essvertrag einen zusätzlichen Vertrag abzuschließen, in dem sich die Patientinnen verpflichten, sich nicht selbst zu schädigen und sich umgehend beim Pflorgeteam zu melden,

wenn Impulse auftreten, sich zu verletzen, oder wenn suizidale Gedanken andrängen.

3.2.2 Mahlzeiten

Zentrales Therapieelement ist die regelmäßige Teilnahme an den drei Hauptmahlzeiten, die im Speiseraum der Station gemeinsam mit den nicht essgestörten Patienten eingenommen werden. Zu Beginn der Behandlung erhalten die Patientinnen portionierte Kost; die Portionen werden gemeinsam mit der pflegerischen Bezugstherapeutin bzw. dem pflegerischen Bezugstherapeuten festgelegt und gegebenenfalls im Blick auf die Gewichtsentwicklung angepasst. Oft geraten die Patientinnen mit verbindlichen Gewichtsvorgaben bei den Mahlzeiten unter einen zunehmenden Druck, weil sie den Kontrollverlust beim Essen fürchten. Sie gewinnen jedoch Ich-Stärke zurück, wenn sie sich bei der zunächst portionierten Kost nicht mehr so stark durch den Kontrollverlust bedroht sehen.

Im Anschluss an die Mahlzeiten bleiben die Patientinnen 30 Minuten im Speiseraum und halten eine Zeit der Ruhe ein, in der sie ein Esstagebuch führen. Darin bringen sie ihre Eindrücke, Gedanken, Gefühle und Erinnerungen („so ging es mir zu Hause, wenn ich immer meinen Teller leer essen musste ...“) zum Ausdruck, die ihnen während des Essens gekommen sind. Dieses Esstagebuch wird jede Woche mit der pflegerischen Bezugstherapeutin / dem pflegerischen Bezugstherapeuten sorgfältig besprochen.

3.2.3 Schöpftisch

Etwa ab der zweiten Hälfte der stationären Behandlung üben die Patientinnen beim Mittagessen an einem eigenen Tisch das Portionieren der Speisen. Dadurch wird ein zunehmendes Maß an Eigenverantwortung eingeübt. Eine begleitende Person aus dem therapeutischen Team fragt am Ende nach der Zufriedenheit mit der selbstgewählten Portion, nach der erzielten Sättigung und dem aktuellen Befinden.



3.2.4 Kochgruppe

In einer der letzten Wochen der stationären Behandlung kochen die Patientinnen ihr Mittagessen in enger Absprache mit einer Therapeutin an drei Tagen selbst. Sie suchen ein passendes Rezept aus, setzen die erforderlichen Mengen ein und kaufen die Nahrungsmittel selbst ein. Mit dem selbstständigen Zubereiten der Speisen und dem Verzehr der Mahlzeit machen sie wichtige Erfahrungen im Sinne eines konditionierten Lernens.

3.3 Medizinische Betreuung

Während der stationären Behandlung ist ständige ärztliche Präsenz gewährleistet, sodass körperliche Begleiterkrankungen oder Komplikationen angemessen versorgt werden. Medikamente werden eventuell dann verordnet, wenn ausgeprägte depressive Symptome oder heftige, in Gesprächen nicht regulierbare Spannungszustände auftreten. Medikamente dienen nicht der Unterdrückung von Gefühlen, sondern machen eine Bearbeitung tiefer liegender Gefühle und Bewusstseinsinhalte oft erst möglich. Grundsätzlich vermeiden wir Medikamente, die zu einer Abhängigkeitsentwicklung führen können; sie kommen nur in Notfallsituationen zum Einsatz. Ist eine medikamentöse Behandlung erforderlich, führen wir Labor- und ggf. EKG-Kontrollen durch.

3.4 Einzeltherapie

Die Einzeltherapie erfolgt in der Regel in 50-minütigen Sitzungen, die bei Bedarf auch geteilt werden können. Generell stehen jeder Patientin zwei Personen zur Verfügung, die sie durch die ganze Therapiezeit begleiten: Es sind zum einen

der ärztliche oder psychologische Psychotherapeut und zum anderen die bzw. der Bezugstherapeut(in) aus der Pflege. Mit beiden findet jede Woche jeweils ein Gespräch statt, sodass sich zum Therapeuten/zur Therapeutin auch eine intensive Beziehung entwickeln kann mit der Möglichkeit, neue, korrigierende emotionale Beziehungserfahrungen zu machen, die dann auch in dem vorgesehenen zeitlichen Rahmen entsprechend thematisiert werden können. Die therapeutischen Beziehungen können den essgestörten Patientinnen eine emotionale Basis vermitteln, sodass sie in der oft als anstrengend erlebten stationären Behandlung „nicht verhungern“ müssen. In den Gesprächen mit den pflegerischen Bezugstherapeuten haben eher Beziehungsprobleme und Fragen der praktischen Lebensorganisation Raum. Im Rahmen dieser Gespräche wird auch das Essstagebuch besprochen. Bei Krisen, insbesondere bei innerem Druck, zu erbrechen, Essen außerhalb der Mahlzeiten zu sich zu nehmen oder sich selbst zu verletzen, erwarten wir, dass die Patientin sich umgehend beim Pflegeteam meldet und darüber spricht. In den pflegerischen Gesprächen wird eingeübt, innere Spannungszustände einzuschätzen, und es werden sogenannte „Skills“ erarbeitet, Mechanismen, die dabei helfen, unerträglichen inneren Druck auf verträgliche Weise zu verringern. In schwierigen Phasen der Behandlung kann es auch erforderlich sein, einen täglichen Kurzkontakt zu vereinbaren.

Das ärztliche bzw. psychologische Gespräch hat einen Schwerpunkt in der Arbeit an den inneren Konflikten und der Persönlichkeitsorganisation. Die vertiefte Innenwahrnehmung soll zu Verhaltensänderungen verhelfen und ermöglichen, die am Körper erlebten Veränderungen einzuordnen.

3.5 Gruppentherapien

3.5.1 Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie

Diese folgt dem Konzept der analytisch-interaktionellen Gruppe („Göttinger Modell“). Es geht darin um die Thematisierung der konkreten Probleme (z. B. bei der gemeinsamen Mahlzeit beobachtet zu werden, das individuelle Essverhalten einzelner Teilnehmer, die mit Angst erlebte Gewichtszunahme etc.) und um die Fokussierung der dem Symptom zugrunde liegenden psychodynamischen Hintergründe. Dazu gehören z. B. mangelnde Identifikation mit der Geschlechtsrolle oder die Fragen des Selbstbildes, die Tabuisierung von aggressiv getönten Abgrenzungen oder überhaupt von Gefühlen, die Auseinandersetzung mit tief verwurzelten Botschaften der Eltern und die Folgen psychischer Traumatisierungen (z. B. nach sexueller Ausbeutung).

*Rhythmus: 1 Mal pro Woche
Teilnehmerzahl: ca. 8*

3.5.2 Basis-Essgruppe

In dieser psychologisch geleiteten psychoedukativen Gruppe werden den Patientinnen detaillierte Informationen zu Mechanismen der Essstörung, zu ausgewogenem Essverhalten und zu den Zusammenhängen zwischen den Esssymptomen und psychischen Vorgängen vermittelt. Die Teilnehmerinnen erarbeiten sich in interaktiver Form neue Erkenntnisse, die sie in speziellen Hausaufgaben vertiefen sollen.

*Rhythmus: 1 Mal pro Woche
Teilnehmerzahl: ca. 8*

3.5.3 Erlebensorientierte Gruppentherapie mit Psychodrama-Elementen

Zu Beginn dieser therapeutisch geleiteten Gruppentherapie wird ein Interaktionsspiel durchgeführt, möglichst mit Beteiligung aller anwesenden Gruppenmitglieder. Dadurch übernimmt jede Teilnehmerin eine eigene, ihren bisherigen Verhaltensmustern entsprechende Rolle. In der folgenden Besprechung hat sie die Möglichkeit, sich mit dieser (bisher selbstverständlichen) Rolle bzw. dem zugehörigen Verhaltensmuster auseinanderzusetzen. Daraus entwickelt sich die Chance, mit neuen Verhaltensmöglichkeiten kreativ zu experimentieren und sie einzuüben, z. B. eine andere Position in der Gruppe einzunehmen.

*Rhythmus: 1 Mal pro Woche
Teilnehmerzahl: ca. 10–12*

3.5.4 Körper- und Bewegungstherapie

Körperschemastörungen engen die Wahrnehmung des eigenen Körpers der Patientinnen ein bzw. verfälschen sie. In einer Gruppe für Körperwahrnehmung mit essgestörten Patientinnen werden bewusste Körpererfahrungen vermittelt, z. B. durch das Berühren verschiedener Materialien oder durch das wechselseitige Nachbilden der Körperumrisse mit Seilen durch die Patientinnen und durch den Therapeuten. Unterstützt wird dieses Therapieangebot durch Beobachtungen vor dem Ganzkörperspiegel mit anschließendem Protokoll des eigenen emotionalen Betroffenseins und der konkreten Beschreibung wichtiger Eindrücke in der oft lange gemiedenen Begegnung mit dem eigenen Körper („Wiederannäherung an den Fremdkörper“ (Jakoby)). Zum Aufgabenspektrum weiterer Gruppenangebote unserer Körper- und Bewegungstherapie gehört neben der Erfahrung des eigenen Körpers auch die Beziehungsaufnahme zu anderen Gruppenmitgliedern und zur ganzen Gruppe.

3.5.5 Tanztherapie

Die eigentliche Therapiephase dient dann der Bearbeitung dieses zentralen Beziehungskonfliktes, wobei der Patient immer wieder die Möglichkeit hat, Gefühle und sein eigenes Verhalten in den therapeutischen Beziehungen und der Stationsgruppe zu erleben, Rückmeldungen zu bekommen und Neues auszuprobieren. Im Zuge der Therapie gewinnen Menschen immer mehr die Möglichkeit, reflektierend in den Abstand zu ihren spontanen Gefühlen und ihrem Verhalten zu gehen.

*Rhythmus: 1 Mal pro Woche
Teilnehmerzahl: max. 8*



3.5.6 Maltherapie

Einmal pro Woche treffen sich die Patientinnen zum Malen zu einem vorgegebenen Thema (z. B. „Vulkan“, wenn Aggressionen „unter der Decke schmoren“) unter der Leitung einer Kreativtherapeutin. Auf diese Weise erfahren die Patientinnen, wie sie durch Malen auch schwer erträgliche Gefühle ausdrücken und über den Ausdruck diese besser verarbeiten können, als eine gute Alternative zu krankhaftem Essverhalten. Eine besondere Verstärkung erfährt dieses Erleben der Patientinnen, wenn sie in der Gruppe ihre Bilder vorstellen, Rückmeldungen erfahren und dann selbst Stellung beziehen.

*Rhythmus: 1 Mal pro Woche
Teilnehmerzahl: ca. 8*

3.5.7 Gestaltungstherapie

In der Gestaltungstherapie können unter der Anleitung einer Kreativtherapeutin auf nonverbaler Ebene bei möglichst offenen oder fehlenden Vorgaben Erfahrungen mit dem eigenen Selbst gemacht werden, „begreiflich“ werden. In der Regel sind die Kreationen bei dem beschriebenen Setting ein deutliches Zeugnis der eigenen psychischen Situation. Die Charakteristika werden nicht nur mit der Persönlichkeit in Zusammenhang gebracht, sondern auch mit den psychodynamischen Voraussetzungen der speziellen Essstörung.

*Rhythmus: 1 Mal pro Woche
Teilnehmerzahl: max. 8*

3.5.8 Achtsamkeitsgruppe

In dieser pflegerisch geleiteten Gruppentherapie werden die Patientinnen in unterschiedlichen Übungen angeleitet, einen bewussteren Umgang mit eigenen Wahrnehmungen, Gefühlen, Gedanken, Handlungen und dem eigenen Körper zu erlernen. Dies hilft dazu, körperlichen und seelischen Stress zu vermindern.

*Rhythmus: 1 Mal pro Woche
Teilnehmerzahl: ca. 8*

3.5.9 Selbstversorgungsgruppe

Hier werden die Stationsdienste (Blumen-, Küchen- und Ordnungsdienst) und Fragen des Zusammenlebens auf Station besprochen. Die Stationsdienste bieten die Chance, dass sich Patientinnen in definierten Übungsfeldern und Verantwortungsbereichen ausprobieren und im Umgang mit sich selbst und mit anderen wahrnehmen können. In der Selbstversorgungsgruppe steht das Wahrnehmen, Ansprechen und Lösen aufgetretener Konflikte im Vordergrund, daneben das Entdecken und Nutzen von Alltagsressourcen. Auch kreative Ideen und Anregungen von Patientinnen zur Gestaltung von Abläufen und Stationseinrichtungen werden aufgegriffen, diskutiert und gegebenenfalls umgesetzt. Das ermöglicht ein Erleben von Selbstwirksamkeit.

*Rhythmus: 1 Mal pro Woche
Teilnehmerzahl: ca. 17*



3.6 Weitere Therapieangebote

3.6.1 Sozialdienst

Unser hausinterner Sozialdienst bietet bei therapeutischer Verordnung individuelle Beratung, besonders bei der Planung und Vorbereitung medizinischer oder beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen (z. B. Wiedereingliederung am Arbeitsplatz) oder bei der Beantragung Betreuten Wohnens, gibt Information über Wohngruppen für essgestörte Menschen und vermittelt Adressen von Beratungsstellen und wohnortnahen Einrichtungen für psychosoziale Hilfen. Manche Patientinnen benötigen im Anschluss an die vollstationäre Behandlung in unserer Klinik eine anschließende tagesklinische Stabilisierung, die in Wohnortnähe erfolgt. Unser Sozialdienst kann bei der Planung und Anmeldung in der zuständigen Tagesklinik behilflich sein.

3.6.2 Familien- und Paargespräche

In manchen Fällen ist es hilfreich, den Partner oder die Eltern in einem gemeinsamen Gespräch in die Therapie einzubeziehen. In den Familiengesprächen geht es darum, den Familienmitgliedern ihre Umgangsregeln, Verhaltensmuster etc. erfahrbar zu machen und Hilfen zur Veränderung zu geben, oft auch darum, sie von Schuldgefühlen bzw. gegenseitigen Schuldzuweisungen zu entlasten. So kann Raum zur emotionalen Verselbstständigung entstehen, zumal junge Patientinnen nach der stationären Therapie oft in das familiäre Umfeld zurückkehren. In den Gesprächen geht es auch um Psychoedukation zum Umgang mit dem jeweiligen Krankheitsbild und dessen Auswirkungen im Familienalltag.

3.6.3 Seelsorgerliches Angebot

Die Erfahrungen mit schwierigen Primärpersonen haben besonders bei essgestörten Patientinnen über Projektionen nicht nur zu schwierigen Beziehungen im familiären und beruflichen Bereich geführt, sondern bei gläubigen Patientinnen manchmal auch zu lebensfeindlichen Gottesbildern. Das auf Freiwilligkeit beruhende seelsorgerliche Angebot mit Gottesdiensten und der Möglichkeit von Seelsorgergesprächen trägt dazu bei, Elternerfahrung und spirituelles Erleben trennen zu können. Gerade auf dem Hintergrund früher Entbehrungen kann eine Gottesbeziehung zur Ressource werden, die Reifungsprozesse zulässt und fördert.

Als Ergänzung dieses Anliegens gibt es auch auf Abteilungsebene das „Forum für Lebens- und Glaubensfragen“, das von verschiedenen therapeutischen Mitarbeitern der Abteilung und des Seelsorgeteams gestaltet wird.

3.6.4 Freizeitgestaltung

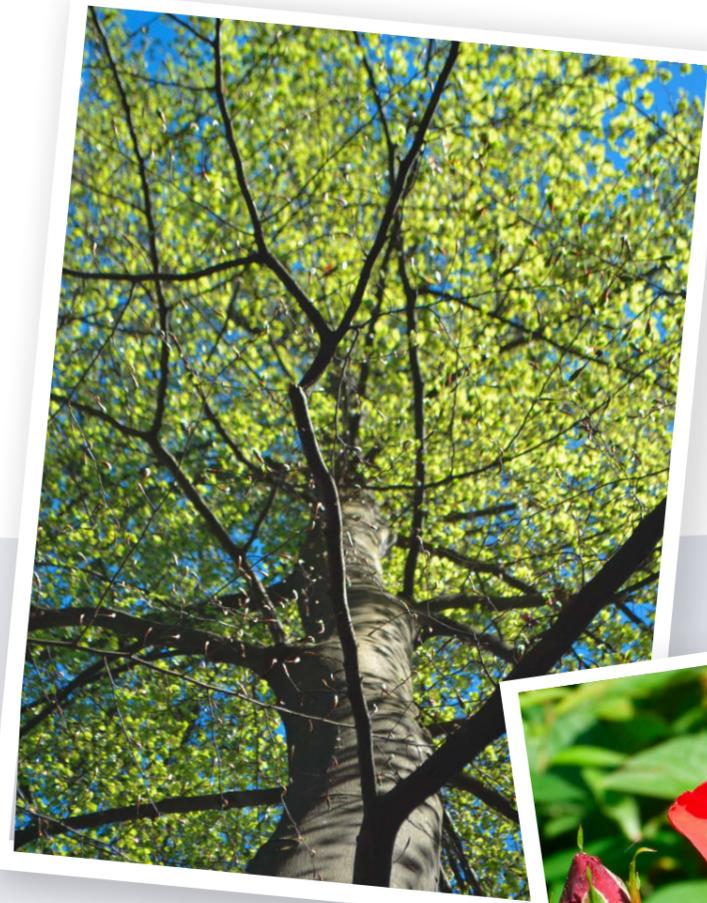
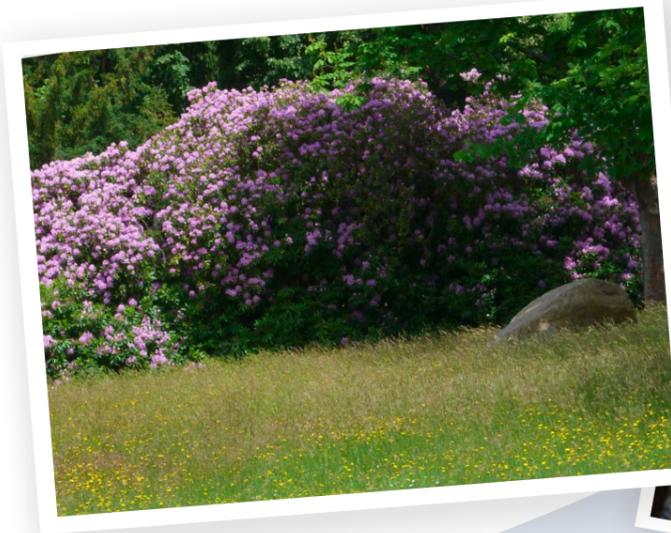
Freizeitmöglichkeiten, die vor allem am Wochenende wahrgenommen werden können, finden sich in reichem Maße in der näheren Umgebung von Oberursel, das am Südhang des Taunus mit optimaler Verkehrsanbindung an Frankfurt/M. gelegen ist. Ausflüge in den weiteren Umkreis müssen allerdings mit dem therapeutischen Team abgesprochen werden, insbesondere wenn Mahlzeiten dabei nicht in der Klinik wahrgenommen werden können. Zur Stimulierung kreativer Erfahrungen werden gelegentlich auch Gruppenangebote, z. B. Stationsausflüge mit dem therapeutischen Team, angeboten.

4. Diagnostische /therapeutische Dokumentation

Über alle Einzel- und Gruppengespräche, die Untersuchungsergebnisse einschließlich der Laboruntersuchungen und die Informationen aus den Spezialtherapien werden Protokolle erstellt, die in der elektronischen Patientenakte gespeichert werden. Dort findet sich auch die Dokumentation der Medikation und der gemessenen Vitalwerte wie Gewicht und Blutdruck. Diese Dokumentation dient der Vernetzung der verschiedenen Berufsgruppen untereinander und unterliegt selbstverständlich dem Datenschutz.

Nach Beendigung der stationären Behandlung wird ein ausführlicher Bericht an einweisende und weiterbehandelnde Therapeuten verfasst, wobei die Weitergabe nur bei ausdrücklicher Zustimmung der Patientin erfolgt. Dieser Bericht kann auf schriftliche Anfrage mit dem ausdrücklichen Einverständnis der Patientin an weitere Therapeuten übermittelt werden.

Der Datenschutz ist uns ein wichtiges Anliegen; auch in späteren Jahren werden patientenbezogene Daten nur mit ausdrücklicher schriftlicher Zustimmung der Patientinnen an Therapeuten oder Institutionen weitergegeben. Der Umgang mit Daten und deren Verarbeitung steht unter ständiger Aufsicht eines internen und eines regelmäßig berichtenden Datenschutzbeauftragten.



5. Therapieevaluation

Für jede Institution ist es wichtig, regelmäßige Rückmeldungen darüber zu erhalten, ob die geleistete Arbeit effektiv und erfolgreich ist. Ein wichtiger Maßstab ist dabei die Antwort unserer Patientinnen auf die Frage, ob sie eine Reduktion ihrer Symptome und eine Besserung ihrer Lebensqualität erlebt haben.

Zu diesem Zweck führen wir stichprobenartig in anonymisierter Form Patientenbefragungen zu Anfang und zu Ende der Therapie durch. Die Ergebnisse werden an die zuständigen Therapeuten zurückgemeldet und zusammenfassend in Abständen veröffentlicht.

Die bisherigen Ergebnisse sind sehr ermutigend und weisen darauf hin, dass die meisten Patienten aller Abteilungen stark von einer Behandlung in der Klinik Hohe Mark profitieren.





KLINIKEN

hohemark.de

Klinik Hohe Mark

Psychiatrie – Psychotherapie – Psychosomatik

fachlich kompetent – christlich engagiert

Telefon: 06171/204-0
Telefax: 06171/204-8000
E-Mail: linik@hohemark.de
www.hohemark.de

Chefarzt der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik:
Dr. med. Martin Grabe

Verantwortlich für den Inhalt dieses Konzeptes:
Dr. med. Dieter Schone, Oberarzt der Essstörungsstation (Hauptautor)
Dr. med. Martin Grabe

Stand Mai 2017