hohemark.de

KLINIKEN

Klinik Hohe Mark

Psychiatrie – Psychotherapie – Psychosomatik

fachlich kompetent – christlich engagiert

Psychotherapie

Therapiekonzept der Abteilung

Psychotherapie und Psychosomatik

Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband GmbH, Marburg

Inhaltsverzeichnis

1. Institutionelle Einbindung der Klinik 04

2. Das Therapiekonzept der Psychotherapeutisch-Psychosomatischen Abteilung im Überblick 05

3. Zur praktischen Durchführung der Therapie 06

3.1. Gruppentherapieverfahren 07

3.1.1. Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie 07

3.1.2. Maltherapiegruppen 07

3.1.3. Erlebnisorientiert-interaktionelle Gruppen 07

3.1.4. Selbstversorgungsgruppe und Stationsdienste 07

3.1.5. Achtsamkeitsgruppen 07

3.2. Einzeltherapie 08

3.3. Störungsspezifische Therapieansätze 08

3.3.1. Essstörungen 08

3.3.2. Traumafolgestörungen 08

3.3.3. Angst- und Panikstörungen, Zwangserkrankungen 08

3.3.4. Borderline-Störungen 09

3.3.5. Defizite in sozialer Kompetenz 09

3.4. Therapieverträge 09

4. Diagnostische / therapeutische Dokumentation 10

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 Hohe Mark ebenfalls Mitglied im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland. Die Klinik hat 234 Betten und 40 Plätze. Sie verfügt am Standort Oberursel über eine Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik, über eine Allgemeinpsychiatrische Abteilung sowie eine Abteilung für Sozialpsychiatrie und Suchtmedizin. Zu dieser Abteilung gehört am Standort Frankfurt weiterhin eine große Psychiatrische Institutsambulanz, eine Tagesklinik sowie die TagesReha Frankfurt, eine Einrichtung der tagesklinischen Suchtrehabilitation.

[1] Aus Gründen der Lesbarkeit wird in diesem Text für beide Geschlechter in der Regel die sprachlich kürzere Form aufgeführt.

2. Das Therapiekonzept der Psychotherapeutisch-Psychosomatischen Abteilung im Überblick

Die Abteilung verfügt über fünf Stationen in zwei modernen Gebäuden mit insgesamt 101 Behandlungsplätzen. Zwei der Stationen haben Spezialaufgaben: die Traumatherapiestation Herzberg 3, wo Frauen mit schweren Psychotraumata Therapie in besonders geschütztem Rahmen finden und die Essstörungsstation Herzberg 1, wo Essstörungen aller Art (Anorexie, Bulimie, Binge-Eating) bei Männern und Frauen behandelt werden.

Schwerpunktmäßig wird in unserer Abteilung tiefenpsychologisch fundierte Einzel- und Gruppentherapie durchgeführt. In dieser Kombination geht es uns darum, die spezifischen Möglichkeiten stationärer Psychotherapie so weit wie möglich zu nutzen.

Diese sehen wir zum einen, wie in der ambulanten Einzeltherapie, in der Bearbeitung der therapeutischen „Mikroszene“, die sich im Gegenüber von Patient und Therapeut[1] als Ausdruck von Übertragungen bei reiferen Patienten, von Spaltungen und projektiven Identifizierungen bei Patienten mit überwiegend Ichstrukturellen Störungsanteilen ereignet.

Hinzu kommt aber als „Makroszene“ die Station mit der dortigen Patientengruppe und dem therapeutischen Team als Inszenierungsbühne zentraler Beziehungskonflikte – ebenfalls auf unterschiedlichem Strukturniveau. In diesem Bereich hat sich eine ebenso intensive Arbeit als notwendig erwiesen wie in der Einzelsituation. Ziel ist, Abwehrformationen und Inszenierungen innerer Konflikte, Spaltungen und psychosoziale Kompromissbildungen frühzeitig in den Blick zu bekommen, um sie therapeutisch fruchtbar machen zu können. Hier hat sich die Schaffung übersichtlicher Beziehungsräume für die Patienten und die Einrichtung eines Bezugspflegesystems sehr bewährt. Viele der Schwestern und Pfleger haben therapeutische Zusatzausbildungen, die sie im Rahmen der Zusammenarbeit auf den Stationen einbringen. Unser Setting gewährleistet und fördert eine starke Vernetzung der Mitarbeitenden der verschiedenen Berufsgruppen wie Ärzte, Psychologen, Pflegende, Kreativtherapeuten, Sozialpädagogen und Physiotherapeuten. Zweimal pro Woche finden ausführlichere berufsgruppenübergreifende Besprechungen statt, täglich kürzere. Für unsere Patienten bringt das Zusammenleben und -arbeiten in der Gruppe auch den Gewinn, dass sie viel miteinander und voneinander lernen können. Jedes Ereignis oder Thema in der Gruppe bietet eine Vielzahl an Anregungen, Identifizierungs- und Abgrenzungsmöglichkeiten. Hinweise und Deutungen von Mitpatienten können oft besser angenommen werden als von den professionellen Gruppenleitern, die leicht in Übertragungsrollen gesehen werden.

Zu einem weiteren wichtigen Standbein unserer Arbeit ist bei zahlreichen Störungen die kognitive Verhaltenstherapie geworden. Diese findet ihren Einsatz insbesondere bei Angst- und Panikstörungen, Zwangserkrankungen, Essstörungen und posttraumatischen Belastungsstörungen. Dabei erscheint uns in jedem Fall wichtig, psychodynamische Gesichtspunkte weiter im Blick zu behalten, und parallel in der Therapie zu berücksichtigen.

Der historische Gegensatz zwischen verhaltenstherapeutischer und tiefenpsychologischer Therapeutenrolle („Trainer“ versus „Projektionswand“) zeigt sich in der Praxis als nur wenig relevant, da auch in der psychodynamisch orientierten Therapie unserer häufig Ich-strukturell gestörten Patienten die Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen oft entscheidend wichtig ist und andererseits Abstinenz, Betonung der Verantwortlichkeit des Patienten und therapeutische Distanz auch für die erfolgreiche Durchführung verhaltenstherapeutischer Übungsbehandlungen als Voraussetzung gelten kann.

Zunehmend kommen schematherapeutische Elemente zum Einsatz. Vom Ansatz her integriert die Schematherapie sowohl tiefenpsychologische (eine Dynamik nicht verarbeiteter frühkindlicher Erlebnisse und ihrer Auswirkungen im späteren Leben wird vorausgesetzt) als auch verhaltenstherapeutische Verstehensmodelle (Therapieziele und Therapiemodelle werden von Anfang an sehr offen verhandelt, in Rollenspielen und Imaginationen werden alternative Handlungsmöglichkeiten erlebt und geübt).

Ebenfalls mit imaginativen Verfahren arbeiten wir in der Behandlung von Traumafolgestörungen. Zur Stabilisierung werden schutzgebende Imaginationen entwickelt wie „sicherer Ort“ und „innere Helfer“, die Bearbeitung der traumatischen Szenen erfolgt über kognitive Verhaltenstherapie, über EMDR oder IRRT (s. Abschnitt 3.3.2.).

Hinzu kommen spezialtherapeutische Angebote wie Gestaltungstherapie, Musiktherapie, Tanztherapie, einzeln und in der Gruppe sowie verschiedene körpertherapeutische Gruppen. Je nach Indikation werden auch Einzelkörperselbsterfahrung und Entspannungsgruppen angeboten. Eine gut ausgebaute Arbeitstherapie steht für die Gesamtklinik zur Verfügung, die unsere Abteilung sowohl für arbeitsvorbereitendes Training bei entsprechender Indikation als auch als Übungsfeld bei arbeitsbezogenen Konflikten nutzt. Unser Sozialdienst führt Beratungen zu verschiedensten sozialen Fragen durch wie z. B. Orientierung in der Vielzahl möglicher rehabilitativer Maßnahmen und deren Finanzierung.

Ein besonderes Merkmal unserer Klinik insgesamt ist ihre überkonfessionell christliche Ausrichtung. Diese äußert sich in einem allen Patienten offenstehenden Angebot an Veranstaltungen und Seelsorge, das bei Interesse wahrgenommen werden kann und durch die Klinikseelsorge koordiniert wird. Dieses umfasst Gottesdienste, Gesprächsgruppen zu Lebens- und Glaubensfragen, Einzelseelsorge und tägliche Morgenandachten.

Die äußere Struktur der Abteilung spiegelt unser Konzept in sich funktionierender therapeutischer Gruppen. Die Patienten sind in zwei modernen Häusern auf insgesamt 5 Stationen mit 18 bis 23 Behandlungsplätzen untergebracht, wo es über gemeinsame Mahlzeiten und zahlreiche gemeinsame therapeutische Aktivitäten zu einer Vielfalt von Begegnungsmöglichkeiten kommt. Beziehungen ergeben sich auf diese Weise ganz überwiegend innerhalb dieser überschaubaren und geschützten Räume. Dadurch ergibt sich viel Gelegenheit, voneinander zu lernen, Teilnahme und emotionalen Rückhalt zu erleben und Erfahrungen zu sammeln mit bisher ungewohnten – aber wichtigen – Verhaltensweisen. Nicht zuletzt sind auch entstehende Konflikte ein dankbares Lernfeld. In ihrer Klärung und Bearbeitung bietet sich die Chance, viel über sich selbst, über unbewusste Wünsche und Sehnsüchte zu verstehen und auf einer Ebene größerer Bewusstheit einen besseren Umgang mit den eigenen Bedürfnissen einzuüben.

3. Zur praktischen Durchführung der Therapie

Die ersten ein bis zwei Wochen der Therapie bildet die Diagnostikphase. Hier geht es in erster Linie darum, den zentralen Beziehungskonflikt (Luborsky) eines Patienten zu verstehen, um auf dieser Grundlage für die bestehende begrenzte Zeit sinnvolle Therapieziele im Sinne einer Fokaltherapie festlegen zu können.

Zu diesem Zweck sammeln wir Informationen auf drei Ebenen:

Zum ersten wird eine gründliche biografische Anamnese erhoben. Wie waren die Entwicklungsbedingungen eines Menschen, insbesondere in seiner frühen Kindheit? Welche Beziehungserlebnisse prägten diese Zeit? Wie waren äußere und soziale Bedingungen?

Zum zweiten sind aber auch szenische Beobachtungen bedeutsam. In der Einzelbeziehung sind hier entstehende Gegenübertragungen ein wichtiges Messinstrument. Was zeigt sich in Einzelsituationen verschiedenen Menschen gegenüber, z. B. Männern und Frauen? In der Gruppe wiederum inszenieren sich oft ganz andere Anteile. Welche Rolle nimmt ein neuer Gast in der Gruppe ein? Wie tritt er einzelnen Mitgliedern des Teams gegenüber? An welchen Stellen entstehen Konflikte?

Und drittens ist natürlich auch der jetzige Auslöser der Krankheit bedeutsam. An welcher Stelle wurde der Druck so hoch, dass Symptome entstanden? Oft ist der auslösende Konflikt, das auslösende Ereignis nicht so bedeutend, dass es die Schwere der Symptome erklären könnte. Gleichzeitig hat es aber häufig große symbolische Bedeutung, ist als Re-Aktualisierung eines frühkindlichen Konfliktes erkennbar. Sehr oft wird auch deutlich, dass es schon vielfach im früheren Verlauf der Lebensgeschichte in ähnlichen Situationen zu Konflikten und Leid gekommen ist.

Die Aufgabe des verantwortlichen Therapeuten ist jetzt, aus all diesen Einzelheiten eine Theorie zur Erkrankung seines Patienten zu bilden – unter Einbezug möglichst aller wichtigen Fakten und mit möglichst großer Erklärungskraft. Das muss er nun allerdings nicht alleine, sondern gerade das ist eine der wichtigsten Aufgaben unserer Teamsitzungen und Supervisionen. Nur so kann auch gewährleistet werden, dass nicht ein entscheidender Aspekt unberücksichtigt bleibt, weil ihn zufällig eine völlig andere Person des Teams erlebt hat als der zuständige Therapeut.

Die Bedeutung dieses Vorgehens liegt darin, dass in einer solchen Theorie, einer psychodynamischen These, oft erstmals im Leben eines Menschen versucht wird, alle bedeutenden Faktoren zusammen wahrzunehmen, die dazu beitragen, immer wieder Leiden zu erzeugen.

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.

Diesen Aspekt besonders herauszustellen ist ein Verdienst der modernen Schematherapie. Niemand ist dazu verurteilt, sein Leben lang „automatisch“ zu reagieren: aufgrund bestimmter Außenreize starke (in der Regel unangenehme) Gefühle zu empfinden, unmittelbar und unreflektiert entsprechend zu handeln und wieder neues Leid zu erzeugen. Das Verständnis dieser Automatismen als frühkindlich bedingter unreifer Bewältigungsmechanismen kann ganz neue Freiräume für erwachsenes, selbstbestimmtes und langfristig erfreuliches Handeln eröffnen.

Nicht zuletzt muss gegen Ende der stationären Therapie auch die – vom Patienten oft vorübergehend verdrängte – Entlassung in Erinnerung gebracht werden. In dieser dritten Phase der Therapie soll eine gelungene Ablösung aus dem Therapiesetting ermöglicht werden, parallel aber auch eine Außenorientierung wiederhergestellt werden. Es sind die für die nächste Zeit anstehenden Fragen zu klären wie private Beziehungen, Wohnung, Arbeit und ambulante Anschlusstherapie.

Im Allgemeinen erhält jeder Patient pro Woche je eine Einzeltherapiesitzung bei seinem ärztlichen oder psychologischen Therapeuten und bei seiner pflegerischen Bezugstherapeutin, wobei allerdings je nach Indikation gelegentlich auch anders vorgegangen werden muss. So brauchen Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen zum Beispiel anfangs oft tägliche Kurzkontakte.

Ärztlich / psychologisch geleitete Gruppentherapiesitzungen mit unterschiedlichen Schwerpunkten (s. unter 3.1.) von einer Doppelstunde Dauer werden auf den Stationen mehrmals wöchentlich durchgeführt. Die Teilnahme der einzelnen Patienten bestimmt sich allerdings aus dem mitgebrachten Störungsbild und ihrer Stabilität. Zum Beispiel ist für die Teilnahme an der tiefenpsychologisch fundierten Kleingruppe in der Regel zunächst einmal Erfahrung mit mehr aktivitätsbetonten Gruppenformen ratsam.

Hinzu kommen für alle Patienten durch Physiotherapeuten durchgeführte Gymnastik- und Körperselbsterfahrungsgruppen, zwei Kleingruppentermine pro Woche in einer Kreativtherapie (Gestaltung, Musik, Tanzen) sowie, je nach Indikation, Teilnahme an Entspannungsgruppen (progressive Muskelrelaxation), Einzelkörperselbsterfahrung, Einzelgestaltungstherapie, anderen stationübergreifenden indikativen Gruppen (s. nächster Abschnitt 3.1.) oder Arbeitstherapie. Letztere kann – wenn es um eine Erprobung der berufsbezogenen Belastungsfähigkeit geht – auf bis zu 20 Wochenstunden gesteigert werden.

3.1. Gruppentherapieverfahren

3.1.1. Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie

Hier folgen wir in den meisten Gruppen aus Gründen der Indikation dem Konzept der analytisch-interaktionellen Gruppe nach dem „Göttinger Modell“. Dieses speziell für Personen mit frühen Ich-strukturellen Defiziten entwickelte Konzept eignet sich für die Mehrzahl unserer Patienten besonders gut. Es zeichnet sich dadurch aus, dass der Therapeut Hilfs-Ich-Funktionen übernimmt, „Antworten“ gibt und bei der Identifizierung und Kontextklarifizierung von Affekten hilft. Auf diese Weise fühlen sich Betroffene ausreichend wahrgenommen, validiert und gehalten, so dass Nachreifungsprozesse im Sinne einer Restitution der Ich-Organisation möglich werden.

Bei entsprechender Gruppenzusammensetzung sind aber auch fließende Übergänge zu einer tiefenpsychologisch fundierten Kleingruppe im engeren Sinne möglich. Hier wird dann unter Ermöglichung einer tieferen Regression mit Klarifikation, Konfrontation und Deutung als wesentliche Interventionen im Sinne der analytisch-orientierten Gruppentherapie gearbeitet.

Rhythmus 2-mal pro Woche,
Teilnehmerzahl 6–8

3.1.2. Maltherapiegruppen

Diese Gruppen gliedern sich in zwei Teile, die in der Regel an verschiedenen Tagen stattfinden. Zunächst werden spontane Bilder gestaltet. Die Gruppe trifft sich in einem Raum der Gestaltungstherapie und jeder malt mit Fingerfarben spontan zu einem erst direkt zu Beginn der Gruppe bekanntgegebenen Thema. Dieses ist in seiner offenen und anregenden Formulierung („Urwald“, „Rumpelkammer“, „Meine Zuflucht“ usw.) geeignet, die Projektion innerer Prozesse und Konstellationen anzuregen. Auch Gemeinschaftsbilder sind möglich. In der Malbesprechung werden diese Bilder dann gemeinsam angeschaut und besprochen. Dabei sammelt die Leiterin zunächst spontane Eindrücke und Einfälle der Gruppenmitglieder, bevor der „Maler“ seine ursprünglichen Intentionen und Gefühle äußert. Gemeinsam mit der Gruppe wird dann den geäußerten Ideen nachgegangen, idealerweise weniger als Diskussion, sondern eher als Möglichkeit, die eigene Wahrnehmung, die auch ihr Recht hat, zu erweitern. Von Seiten der Therapeuten werden zu weiterem Nachdenken anregende, nicht festlegende Deutungen im Sinne des Therapiefokus eingebracht.

Rhythmus 1-mal pro Woche,
Teilnehmer etwa 10–15 Personen

3.1.3. Erlebnisorientiert-interaktionelle Gruppen

Zu Beginn der Gruppe wird jeweils ein Interaktionsspiel oder eine Psychodramasequenz durchgeführt, und zwar jeweils möglichst mit Beteiligung aller anwesenden Gruppenmitglieder. Von diesen sieht sich dadurch jeder veranlaßt, im Spiel eine eigene Rolle einzunehmen. Anfangs geschieht dies meist unbewusst – jeder Mensch hat „seine“ gewohnten Rollen. Im Verlauf der Therapie bietet die erlebnisorientierte Gruppe die Chance, sich mit diesen soziodynamischen „Selbstverständlichkeiten“ auseinanderzusetzen. Teilnehmer können sich über den eigenen Standpunkt klarer werden, sich für eine von ihnen gewünschte Position in der Gruppe einsetzen und entscheiden, wie deutlich sie Gefühle zeigen möchten. Die Gruppe bietet sowohl den Rahmen für alle Interaktionen im Sinne eines Probehandelns als auch in den Reaktionen einen Spiegel. Das anschließende, meist sehr engagiert geführte, Gruppengespräch dient der weiteren Klärung der während des Spiels entstandenen Gefühle. Unzufriedenheit mit der eigenen Rolle wird hier trotz des spielerischen Charakters der Interaktionen zum Anlaß für konkrete Änderungen in der Realität.

Rhythmus 1-mal pro Woche,
Teilnehmer etwa 10–15 Personen

3.1.4. Selbstversorgungsgruppe und Stationsdienste

In der wöchentlichen Selbstversorgungsgruppe werden die Stationsdienste (z. B. Blumen-, Küchen- und Ordnungsdienst) und Fragen des Zusammenlebens auf der Station besprochen und koordiniert. Die Stationsdienste bieten die Chance, dass sich Patienten in definierten Übungsfeldern und Verantwortungsbereichen ausprobieren können. Hierbei können sie sich im Umgang mit sich selbst wahrnehmen, aber auch im Zusammenspiel mit anderen Stationsmitgliedern.

In der Selbstversorgungsgruppe steht das Wahrnehmen, Ansprechen und Lösen von aufgetretenen Konflikten im Vordergrund sowie das Entdecken und Nutzen von Alltagsressourcen. Auch kreative Ideen und Anregungen der Patienten zur Gestaltung von Abläufen und Stationseinrichtung werden aufgegriffen, diskutiert und gegebenenfalls umgesetzt. Das wiederum ermöglicht ein sehr direktes Erleben von Selbstwirksamkeit.

Die Gruppen laufen nach genau festgelegten Regeln ab, die eine Leitung der Selbstversorgungsgruppe durch Patienten ermöglichen. Insbesondere dieses Amt der Leitung und Moderation kann wiederum zu einer prägenden Erfahrung werden, die oft sehr sinnvoll in die therapeutische Arbeit eingebunden werden kann.

Rhythmus: 1-mal pro Woche,
Teilnehmer: alle Patienten der Station

3.1.5. Achtsamkeitsgruppen

Hier werden die Patienten in unterschiedlichen Übungen angeleitet und geschult, um einen bewussteren Umgang mit Gedanken, Gefühlen, Handlungen und dem eigenen Körper zu erlernen. Das Erlernte hilft dabei, körperlichen und seelischen Stress zu mindern sowie dysfunktionale Verhaltensweisen zu erkennen und zu ändern.

Innere Achtsamkeit wird dabei als Weg aufgezeigt, um Verstand und Gefühl in ein Gleichgewicht zu bringen. Entsprechend dem Modell der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) Marsha Linehans werden „Was-Fertigkeiten“ und „Wie-Fertigkeiten“ unterschieden. Zu den Was-Fertigkeiten gehören a) das Wahrnehmen der äußeren Umgebung, aber auch des eigenen Körpers, b) das Beschreiben, also Wahrnehmungen in dazu passende Worte zu fassen und c) das Teilnehmen: sich bewusst auf eine Situation einzulassen, dort gegenwärtig zu sein und sie ggfs. zu ändern. Zu den Wie-Fertigkeiten gehören folgende drei Aspekte: a) Nicht bewertend (Situationen als das stehen lassen, was sie sind, nicht gleich mit früheren Erfahrungen verknüpfen), b) konzentriert (nur eine Sache zur gleichen Zeit) und c) wirkungsvoll (wie erreiche ich das Ziel, zu dem ich möchte?). Diese Fertigkeiten werden in kleinen Gruppen auf der jeweiligen Station geübt. Anleiter sind im DBT-Verfahren geschulte Mitarbeitende.

3.2. Einzeltherapie

Die Einzeltherapie erfolgt in der Regel in 50-minütigen Sitzungen, die bei Bedarf auch geteilt werden können. In indizierten Einzelfällen erscheint in der Anfangsphase der Therapie bei manchen Patienten auch ein täglicher Kurzkontakt nötig. Wir führen tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapie im Sitzen durch, wobei je nach Strukturniveau der Patienten auch mehr oder weniger ausgeprägte Hilfs-Ich-Funktionen – vor allem am Anfang der Therapie – durch den Therapeuten übernommen werden müssen.

Falls bei einem Patienten ein verhaltenstherapeutisches Übungsprogramm durchgeführt wird, werden nach der störungsspezifischen Diagnostik- und Therapieplanungsphase im allgemeinen die ersten Minuten der Therapiesitzung für diesbezügliche Rückmeldungen verwendet, z. B., um ein Verhaltenstagebuch durchzusehen und eventuelle Probleme zu besprechen.

Generell stehen für jeden Patienten jeweils zwei Personen zur Verfügung, die ihn durch die gesamte Therapie begleiten. Es sind zum einen der eben genannte ärztlich-psychologische Psychotherapeut, zum anderen der Bezugstherapeut aus der Pflege. Mit beiden findet jede Woche ein Gespräch statt. Im bezugstherapeutischen Gespräch haben eher Beziehungsprobleme und Fragen der praktischen Lebensorganisation Raum, während das ärztlich-psychologische Gespräch einen Schwerpunkt in der Arbeit an inneren Konflikten und der Persönlichkeitsorganisation hat.

Rhythmus je einmal die Woche 50 Minuten/ bis 50 Minuten.

3.3. Störungsspezifische Therapieansätze

Bei folgenden Krankheitsbildern arbeiten wir mit störungsspezifischen Therapieansätzen:

3.3.1. Essstörungen

Für die Behandlung von Essstörungen gibt es in unserer Abteilung eine eigene Station (Herzberg 1). Für genauere Informationen sei auf unsere Broschüre „Therapiekonzept für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Essstörungen“ verwiesen.

Grundsätzlich führen wir bei Menschen mit Essstörungen ein ambulantes Vorgespräch durch. Das hat sich als entscheidend wichtig herausgestellt, weil eine Essstörungstherapie für Betroffene in jedem Fall sehr anstrengend und belastend wird. Nur wenn vorher die fachlich erforderlichen Rahmenbedingungen dieser hochspezialisierten Station erklärt und verständlich gemacht werden, kann es zu einem echten Therapiebündnis kommen. Klärung der Bedingungen gibt auch Gelegenheit, die eigene Motivation einzuschätzen. Eine Essstörungstherapie kann nur gelingen, wenn Betroffene und therapeutisches Team sich gemeinsam – und intensiv – mit der vorliegenden suchtartigen Erkrankung auseinandersetzen, gleichzeitig Betroffene aber auch immer wieder spüren, dass ein zuverlässiger Halt für sie da ist.

In der Gestaltung der Therapie hat die Station einen verhaltenstherapeutischen Rahmen (einschließlich psychoedukativer Gruppen, Ruhezeiten, Führen von Esstagebüchern und individueller Verträge), gleichzeitig ist uns aber auch eine tiefenpsychologisch-psychodynamische Betrachtungsweise der behandelten Störungen wichtig. Daran arbeiten wir in speziellen tiefenpsychologisch fundierten Gesprächsgruppen und den Einzelgesprächen.

3.3.2. Traumafolgestörungen

Die Klinik Hohe Mark ist bekannt für ihre Vorreiterrolle in moderner Traumatherapie. Viele der ärztlichen und psychologischen Mitarbeitenden haben umfangreiche Weiterbildungen absolviert in kognitiver Verhaltenstherapie, EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) und IRRT (Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy), so dass ein hoher Standard in der Behandlung sichergestellt werden kann.

In der Psychotherapie-Abteilung gibt es eine spezielle Traumatherapie-Station (Herzberg 3) für schwer traumatisierte Frauen. Diese Station bietet einen besonderen beschützenden Rahmen, der es Betroffenen erleichtert, sich in der Therapie zu öffnen. Hier werden sowohl Frauen mit Typ I-Traumata behandelt (Schädigungen aufgrund kurzzeitiger und plötzlicher psychischer Überforderungssituationen wie einem Verkehrsunfall oder Überfall), überwiegend aber Typ II-Traumata (psychische Schädigungen, die auf wiederholte Traumata, oft über lange Zeiträume hinweg, zurückgehen).

Viele der Patientinnen haben dissoziative Störungen unterschiedlicher Schweregrade bis hin zur Dissoziativen Identitätsstörung (DIS, früher Multiple Persönlichkeitsstörung). Für genauere Informationen sei auf unsere Broschüre „Therapiekonzept für die Behandlung von Patientinnen mit Traumafolgestörungen“ verwiesen. Traumatisierte Männer finden auf den anderen Psychotherapiestationen bei entsprechend erfahrenen Therapeuten Aufnahme. Die Behandlungsdauer ist je nach Art des Traumas unterschiedlich.

3.3.3. Angst- und Panikstörungen, Zwangserkrankungen

Bei beiden Störungen treten zur tiefenpsychologisch fundierten Einzel- und Gruppentherapie verhaltenstherapeutische Übungsprogramme unterstützend hinzu. Für Patienten mit Angst- und Panikstörungen gibt es stationsübergreifend zweimal wöchentlich eine indikative Gruppe. Betroffenen wird vorab schriftliches Informationsmaterial zur Verfügung gestellt. In der Gruppe werden neben psychoedukativen Anteilen mit weiterer Information individuelle Übungsprogramme entwickelt, die sich an einer vorher sorgfältig aufgestellten Angsthierarchie orientieren. In der Expositionsphase werden tägliche „Hausaufgaben“ durchgeführt, die die Patienten in einem Tagebuch dokumentieren. In der Gruppe werden diese dann gemeinsam besprochen. Jeder bekommt anfangs eine „Patin“ oder einen „Paten“ aus den Reihen der fortgeschrittenen Mitpatienten zur Seite gestellt.

Für Menschen mit Zwängen werden in der Einzeltherapie individuell abgestimmte Übungsprogramme erstellt, die dann auch dort nachbesprochen werden. Immer wieder lässt sich bei Angst- und Zwangsstörungen ein positiver Synergismus zwischen psychodynamischer und lerntheoretischer Betrachtungs- und Vorgehensweise beobachten.[2]

3.3.4. Borderline-Störungen

In der Behandlung von Borderline-Störungen verfügen wir über langjährige Erfahrung. Es hat sich in unserer Abteilung als förderlich für die Therapie erwiesen, Betroffene in die bestehenden Gruppen der Stationen zu integrieren. Gleichzeitig gibt es stationsübergreifend für Borderline-Patienten eine „Borderline-Info-Gruppe“, wo über Entstehung, intrapsychische und soziale Folgen der Störung informiert wird, gleichzeitig aber auch der Ausblick auf eine erfolgversprechende Therapiestrategie nicht zu kurz kommt. Gerade im Zusammenleben mit den anderen Patienten zeigen sich sehr schnell die spezifischen Beziehungsprobleme. Wir versuchen es Betroffenen dann zu ermöglichen, diese im Zusammenhang der Gruppe und deren Wahrnehmungen zu bearbeiten. Vertrauenspersonen sorgen dabei für den nötigen Halt und helfen absolute Sichtweisen, die das Fühlen und Handeln bestimmen, schrittweise zu überwinden. Zahlreiche Mitarbeitende sind in Dialektisch-Behavioraler Therapie (DBT) geschult. Module wie „Umgang mit Gefühlen“ und „Spannungsregulation“ werden in Einzel und Gruppentherapien vermittelt.

Wenn Spaltung der Hauptabwehrmechanismus ist, zerfällt die Welt in verschiedene Seiten wie Gut und Böse, Anwesend und Abwesend. Ziel der Therapie ist, beide Seiten miteinander in Kontakt zu bringen, um eine Integration und eine Konstanz in Beziehungen zu ermöglichen.

Oft ist die Therapie von heftigen Gefühlsschwankungen und -impulsen der Betroffenen gekennzeichnet, evtl. auch Selbstverletzungstendenzen. Hier arbeiten wir mit Therapieverträgen, die individuell mit unseren Patienten ausgehandelt und besprochen werden, um schützende Grenzen zu setzen. Wo Essstörungen oder Psychotraumata im Vordergrund stehen, erfolgt eine Aufnahme auf unsere entsprechende Station.

Die Behandlungsdauer beträgt ca. 8 Wochen, kann aber, wenn notwendig, auch verlängert werden.

3.3.5. Defizite in sozialer Kompetenz

Soziale Kompetenzen haben verschiedene Ebenen: Rechte durchsetzen, in Beziehungen Dinge aushandeln, Sympathien gewinnen. Auf jeder Ebene können Menschen Probleme haben, und zwar sowohl im Sinne des „Zu viel“ als auch des „Zu wenig“. Stationsübergreifend wird deshalb bei entsprechender Indikation wöchentlich einen Nachmittag lang das „Gruppentraining sozialer Kompetenzen“ nach Pfingsten und Hinsch (GSK) durchgeführt. In dieser sehr intensiven Gruppe wird mit Hilfe von Video-Feedback geübt, verschiedenste soziale Situationen besser zu meistern. Das GSK erscheint uns deshalb besonders geeignet, weil es die Fähigkeit, situationsadäquat und flexibel zu handeln, in den Vordergrund stellt und sozial kompetentes Verhalten vom langfristigen Erfolg her definiert. Die Teilnehmer können erlernen, durch die Unterscheidung von Kognitionen, Emotionen/Selbstverbalisationen und tatsächlichem Handeln Freiheitsgrade zu gewinnen. Ebenso wird trainiert, verschiedene Grundtypen sozialer Situationen zu unterscheiden und sich in diesen angemessen zu verhalten. Eine kontrollierte Evaluationsstudie zur Wirksamkeit des GSK, die wir in unserem stationären Setting durchführten, unterstrich die hohe Effektivität dieses Programms.

3.4. Therapieverträge

In der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung und dissoziativer Störungen, aber auch bei Defiziten sozialer Kompetenz haben sich Therapiekontrakte im Sinne eines schriftlich ausformulierten Vertrages sehr bewährt. Solch ein Vertrag dient dazu, Möglichkeiten und Grenzen des therapeutischen Settings für alle Beteiligten in eindeutiger Weise festzulegen.

Beispielsweise der Ausschluss selbstschädigenden Verhaltens oder die regelmäßige Teilnahme an Therapieveranstaltungen können hier aufgenommen werden einschließlich der Konsequenzen bei Nichteinhaltung des Vertrages. Erfahrungsgemäß gibt ein solcher Rahmen Sicherheit im therapeutischen Raum und trägt dazu bei, dass Menschen nicht mehr alte Bewältigungsmuster und lang eingeübte Verstrickungsangebote für andere immer wieder inszenieren müssen. Stattdessen entsteht Raum, um neue und konstruktivere Bewältigungsstrategien einüben zu können.

[2] So wird ein Agoraphobiker, bei dem psychodynamisch gesehen z. B. die Bedrohung einer dyadischen Beziehung vorliegt, aus dem Erleben, dass er im Rahmen eines Übungsprogramms selbst in der Lage ist, in Bezug auf eine jahrelang stark einschränkende Symptomatik gute Fortschritte zu machen, dadurch ein Stück der auch aus psychodynamischer Sicht notwendigen Verselbständigung und Autonomie gewinnen. Diese kommt ihm wiederum bei der nötigen Abgrenzung in abhängigen Beziehungen zugute. Andererseits wird eine tiefenpsychologisch orientierte Therapie, in der sich der Patient mit seinen Abhängigkeitswünschen auseinandersetzen kann, oft erst ein Zurücknehmen der Abwehr gegen die Änderung eines bis dahin auch psychodynamisch relevanten Symptoms ermöglichen.

4. Diagnostische / therapeutische Dokumentation

Über jedes Erstinterview, das im Rahmen unserer Institutsambulanz von Mitarbeitenden der Psychotherapeutisch-Psychosomatischen Abteilung erbracht wird, wird ein ausführliches Protokoll angefertigt. Falls es als Ergebnis dieses Gesprächs oder zu einem späteren Zeitpunkt zu einer stationären Aufnahme kommt, steht dieses dem zukünftigen Behandler und seinem Team zur Verfügung. Ebenfalls werden Aufnahmegesprächsprotokolle diktiert und die Anamnesen im weiteren Verlauf ergänzt.

Diese Protokolle sind Bestandteil unserer elektronischen Patientenakte, wo auch alle Einzelgespräche sowie die Entwicklung des Patienten in den verschiedenen Gruppentherapien dokumentiert werden. Jeder Patient erhält außerdem in der ersten Woche einen ausführlichen Anamnesefragebogen in Papierform, der beim Therapeuten aufbewahrt wird.

Um allen an der Therapie beteiligten Mitarbeitenden, auch z. B. Ärzten im Nachtdienst, eine rasche Orientierung zu ermöglichen, wird für das elektronische Klinikinformationssystem ein Therapeutischer Überblicksbogen angelegt. Dieser enthält im Überblick alle wesentlichen Daten wie Diagnose, bisherige Klinikaufenthalte, Informationen über Lebensgewohnheiten (insbes. ggfs. auch Suchtverhalten), soziale Situation, körperlicher Zustand, insbesondere aber auch die aktuelle Symptomatik sowie vermutete psychodynamische Zusammenhänge. Mit Hilfe dieses Überblicksbogens informieren sich ebenfalls alle Spezialtherapeuten aus der Gestaltungstherapie, Physiotherapie, Arbeits-, Musik- und Tanztherapie, wenn sie in die Behandlung eines Patienten einbezogen werden. Neben Dokumentation der Medikamente, Laborwerte und medizinischpflegerischer Maßnahmen enthält die elektronische Patientenakte auch Verlaufsfenster, wo die verschiedenen Berufsgruppen (Ärzte und Psychologen, Pflege, Spezialtherapeuten), Beobachtungen und Gespräche festhalten und wo spezielle Absprachen mit den Patienten sowie ggfs. ein formulierter Therapiefokus ihren besonderen Platz haben.

Nach Abschluß der Therapie wird ein ausführlicher Bericht an einweisende und weiterbehandelnde Therapeuten verfasst. Weitergabe erfolgt nur bei ausdrücklicher Zustimmung des Patienten. Wenn ein Patient der Weitergabe eines Berichtes nicht zustimmt, was in Einzelfällen vorkommt, speichern wir den Bericht als Katamnese ab und benachrichtigen den einweisenden Therapeuten kurz über diese Entscheidung des Patienten. Insgesamt ist uns Datenschutz ein wichtiges Anliegen. Auch in späteren Jahren werden patientenbezogene Daten nur mit deren ausdrücklicher schriftlicher Zustimmung an Therapeuten oder Institutionen weitergegeben. Der Umgang mit Daten und deren Verarbeitung steht unter ständiger Aufsicht eines internen und eines regelmäßig berichtenden externen Datenschutzbeauftragten.

5. Therapieevaluation

Für jede Institution ist es wichtig, regelmäßige Rückmeldungen darüber zu erhalten, ob die getane Arbeit effektiv und erfolgreich ist. Die gesetzten Ziele sind allerdings naturgemäß sehr verschieden.

Für uns als psychotherapeutisch-psychosomatische Abteilung ist die am meisten interessierende Frage, ob es für unsere Patienten durch die Behandlung zu einer Besserung der Lebensqualität gekommen ist. Wichtigste Messgröße ist hier eine nachweisbare Reduktion der anfangs beklagten Symptome – im besten Falle deren Verschwinden.

Zu diesem Zweck führen wir eine ständige Patientenbefragung zu Anfang und zu Ende der Therapie durch. Diese umfasst stichprobenartig jeweils eine bis zwei Stationen der Abteilung, die in einem Turnus wechseln. Ebenfalls nimmt jeweils eine Station der Abteilung Allgemeinpsychiatrie an dieser Befragung teil. Mit Hilfe des Hogrefe-Testsystems werden zu Anfang der Therapie eine Basisdokumentation mit vielen psychometrischen Daten erhoben sowie die Symptom-Checkliste nach Derogatis (SCL-90-R). Bei Entlassung füllt jeder Patient dieser Stationen einen Bogen zur Patientenzufriedenheit aus sowie erneut die SCL-90-R.

Die Ergebnisse werden laufend an die zuständigen Therapeuten zurückgemeldet und zusammenfassend in zweijährigem Abstand im „Therapeutischen Qualitätsbericht“ der Klinik Hohe Mark veröffentlicht. Die bisherigen Ergebnisse sind äußerst positiv und ermutigend. Im Durchschnitt profitieren Patienten stark von einer Behandlung in der Klinik Hohe Mark.

Den vollständigen aktuellen Therapeutischen Qualitätsbericht finden Sie unter www.hohemark.de, dort unter „Qualitätsmanagment“.

hohemark.de

KLINIKEN

Klinik Hohe Mark

Psychiatrie – Psychotherapie – Psychosomatik

fachlich kompetent – christlich engagiert

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

Rechtsträger der Klinik:
Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband GmbH, Marburg

Leitender Arzt der Psychotherapeutischen Abteilung:
Dr. med. Martin Grabe

Verantwortlich für den Inhalt dieses Konzepts:
Dr. med Martin Grabe

Konzeption und Gestaltung: www.gute-botschafter.de, Ident.-Nr. 032014/2003-2000a