



Psychiatrie · Psychotherapie

Klinik Hohe Mark
100 Jahre 1904 - 2004

Klinik Hohe Mark
Abteilung Psychotherapie
Therapiekonzept für die
Behandlung von Patientin-
nen und Patienten mit
Ess-Störungen



Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband GmbH, Marburg

Inhalt	Seite
1 Voraussetzungen	4
2 Indikation und Aufnahmemodalitäten	4
2.1 Indikation	4
2.2 Vorstellungsgespräch	5
3 Therapie	5
3.1 Psychoanalytisch orientierte versus symptomorientierte Therapie ...	5
3.2 Therapieangebote	6
3.2.1 Medizinische Betreuung	6
3.2.2 Gruppentherapie	6
3.2.3 Einzelgespräche	6
3.2.4 Arbeit mit Essverträgen	7
3.2.5 Teamkontakte	7
3.2.6 Familientherapie	7
3.2.7 Erlebnisorientierte Gruppe mit Psychodrama-Elementen	7
3.2.8 Körper- und Bewegungstherapie	7
3.2.9 Malgruppe	8
3.2.10 Ergotherapie	8
3.2.11 Musiktherapie	8
3.2.12 Sozialarbeit	8
3.2.13 Gruppe für Aktivitäten des täglichen Lebens	8
3.2.14 Seelsorgerliches Angebot	8
3.2.15 Freizeitgestaltung	9
3.2.16 Forum	9
4 Das Team	9
Literatur	9
Impressum	10



Voraussetzungen

In der psychotherapeutischen Abteilung der Klinik Hohe Mark entstand schon vor Jahren die Idee, die Therapie essgestörter Patientinnen¹ schwerpunktmäßig zu bündeln. Hintergrund für diese Überlegungen ist der Wunsch, den essgestörten Patientinnen mit einem speziellen Setting besser gerecht zu werden. Essgestörte hindert in inhomogenen Gruppen eine relativ hohe Schamswelle daran, sich konkret zu ihren Essstörungen zu äußern. Andere Psychotherapie-Patientinnen fühlen sich recht schnell überfordert, wenn sie mit „süchtigem“ Essverhalten konfrontiert werden. Andererseits tragen gerade die kritischen Rückmeldungen zum Essverhalten bei den gemeinsamen Mahlzeiten und das Zusammengehörigkeitsgefühl einer homogenen Gruppe von Patientinnen mit Essstörungen ganz wesentlich zum Gelingen der Therapie bei. Die Station ist im neueröffneten Haus Herzberg untergebracht, wo ein eigener Speisesaal und großzügige Räume zur Verfügung stehen.

¹ In der Folge wurde bewußt von der Patientin, der Anorektikerin etc. gesprochen, weil mehr als 90% unserer Klientel weiblich ist und weil wir nicht beide Geschlechtsformen auführen wollten, um das Lesen dieser Konzeption zu erleichtern.

Stationäre Therapie essgestörter Patientinnen ist wichtig,

- wenn die Erkrankung so weit eskaliert ist, dass die Patientinnen ihr altes Essverhalten zwar aufgeben wollen, in der ambulanten Situation aber immer wieder rückfällig werden,
- wenn bei den Patientinnen bei fortgesetztem Scheitern am Essproblem sich der Selbsthass schließlich in suizidalen Phantasien äußert,
- wenn gar eine vitale Indikation, z. B. bei lebensbedrohlichem Untergewicht, eine stationäre Therapie in einer dafür geeigneten Klinik erzwingt.

Andererseits kann die stationäre Behandlung bei den stationär eingewiesenen Patientinnen nur ein – wenn auch sehr wichtiges – Segment sein, wenn von einem durchschnittlichen Heilungsverlauf von ca. 2–5 Jahren² auszugehen ist.

Die stationäre Therapie wird von uns gleichzeitig auch als ein Mosaikstein im Therapieverbund von ambulanter Therapie, von Selbsthilfegruppen für Essgestörte, von therapeutischen Wohngemeinschaften und von Reha-Kliniken angesehen. Deshalb bemühen wir uns um eine gute Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern im Therapieverbund, um für die Patientinnen Beziehungskontinuität zu gewährleisten.

Indikation und Aufnahme-modalitäten

2.1 Indikation

Aufgenommen werden alle Patientinnen ab dem 18. Lebensjahr, die an einer

- Anorexie
- Bulimie
- psychogenen Adipositas (binge eating disorder)

² Etliche Patientinnen leiden lebenslang an ihrer Erkrankung besonders dann, wenn sich die Essstörung über viele Jahre chronifiziert hat, wenn sie mit einer stoffgebundenen Abhängigkeit vergesellschaftet ist und wenn gleichzeitig die Patientinnen sich nicht wirklich auf eine Therapie einlassen wollen.

3 Therapie

leiden und die aus eigenem Entschluss ihr Essverhalten ändern wollen.

Patientinnen, deren Ess-Störung mit einer Psychose oder mit einer stoffgebundenen Sucht (legale und/oder illegale Suchtmittel) verbunden ist, können Aufnahme in einer der beiden psychiatrischen Abteilungen der Klinik Hohe Mark finden. Wenn bei einer Anorexie-Patientin das Untergewicht lebensbedrohlich unterschritten wird, sollte zunächst eine Einweisung auf eine geeignete internistische Station erfolgen, bis die Patientin aus somatischer Sicht psychotherapiefähig übernommen werden kann.

Die Dauer der stationären Therapie beträgt 8–12 Wochen.

2.2 Vorstellungsgespräch

In der Regel führen wir mit allen essgestörten Patientinnen vor Beginn der stationären Therapie 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: Besteht eine Bereitschaft der Patientin, das Essverhalten zu verändern oder möchten z. B. nur die Angehörigen, dass die Patientin ihr süchtiges Essverhalten aufgibt?

Mit Einzelnen können je nach individuellen Voraussetzungen Grundzüge eines Essvertrages thematisiert und vereinbart werden. Aus einer anderen Perspektive betrachtet, beginnt unsere Therapie bereits im vorstationären Vorstellungsgespräch und hilft, Fehlzusweisungen zu vermeiden.

3.1 Psychoanalytisch orientierte versus symptomorientierte Therapie

Das Setting unserer Therapie ist psychoanalytisch orientiert. Es enthält aber auch Elemente anderer Therapierichtungen, vor allem verhaltenstherapeutischer Art. Eine Therapie essgestörter Patientinnen, die das Symptom wenig beachtet bzw. nicht bewusst fokussiert, mag zwar zu Fortschritten der Innenwahrnehmung führen, zu Einsichten für psychogenetische Hintergründe und zu einer besseren Fähigkeit der Patientinnen, sich zu artikulieren. Sie beeinflusst aber wenig die Symptomatik, läuft Gefahr, die Erkrankung zu chronifizieren und ist aus psychoanalytischer Sicht als Verstärkung der rationalisierenden Abwehr zu verstehen (Schors und Huber). Bei den Anorektikerinnen ist ein Großteil der Folgen des Untergewichts sekundär emotional positiv besetzt. Bei Bulimikerinnen ist das krankhafte Essverhalten unter einer hohen Schamschwelle verborgen. Es darf nicht zu einer gewissermaßen „geheimen Absprache“ zwischen Therapeut und Patientin kommen, das Schweigen nicht zu brechen, indem das Symptom letztlich nicht fokussiert wird.

Positiv gewendet kommt durch „den Druck auf das Symptom“ der „unbewusste Gegenwille“ (Freud) in das Bewusstsein der essgestörten Patientinnen und eröffnet den Zugang zu den psychodynamischen Hintergründen, die nun mit einem deutli-

chen existentiellen Bezug der Patientinnen durchgearbeitet werden können (Schors und Huber). In der Regel korreliert das Ausmaß der körperlichen Symptomatik mit der Schwere der seelischen Schädigung. Im Zusammenhang mit einer symptomorientierten Therapie hat sich die suchtttherapeutische Einschätzung des jeweiligen Symptoms der Ess-Störung als sehr hilfreich erwiesen. Die anorektische Patientin kann mit dem Fasten nicht mehr aufhören, die Bulimikerin nicht mehr mit dem Sich-Überessen und dem anschließenden Erbrechen. Der Rauschzustand wird als „High-Gefühl“, als Betäubung mit der anschließenden Katerstimmung, erlebt. Das Symptom der Ess-Störung selbst bekommt die Funktion der Ersatzbefriedigung, der Gefühlsdämpfung, der Lebensbewältigung (Wardetzki). Diese Suchtmechanismen gehen mit sekundären Ich-Funktionsstörungen und einer Ich-Schwäche einher, die unter Einführung klinischer Parameter (Kernberg), das heißt also durch ein Setting mit entsprechenden Verträgen, je nach therapeutischem Erfolg rückläufig sind. Z. B. 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 einer zunächst portionierten Kost nicht mehr so stark durch den Kontrollverlust bedroht sehen. So sehr diese symptomorientierte Therapie besonders am Anfang der Therapie von Bedeutung sein mag,

um die Patientinnen zur Aufgabe ihres Symptoms zu bewegen, so kann auf eine Ausheilung der Essstörung doch nur dann gehofft werden, wenn gleichzeitig die zugrunde liegende Persönlichkeitsstörung ins Blickfeld der Therapie³ gerät. In der Bearbeitung der Hintergründe süchtigen Essverhaltens und in der Behandlung von zugrunde liegenden Persönlichkeitsstörungen liegt die Domäne psychoanalytisch orientierter Therapie, um den Patientinnen eine Chance zu geben, „krisenfest“ zu werden.

3.2 Therapieangebote

Bis auf einige Ausnahmen stehen den essgestörten Patientinnen alle therapeutischen Angebote erst dann zur Verfügung, wenn sie zu Beginn der stationären Therapie einen Prozess der Klärung durchlaufen haben. Ausführlich werden unser therapeutisches Vorgehen und die sich aus der Erkrankung ergebenden Therapieziele dargestellt und mit ihnen erörtert, um schließlich in einem Therapie- bzw. Essvertrag konkretisiert zu werden. Dieser Prozeß vollzieht sich in einem zeitlichen Rahmen von 1–2 Wochen, der den Patientinnen Raum für Fragen und Bedenken, für Ängste und Widerstände lässt. Sie erhalten die Möglichkeit, genau zu erfahren, auf was sie sich in der Therapie einlassen, ohne Gefahr zu laufen, vorschnell zu Einzelheiten unseres Settings „Ja“ zu sagen. Diese Zeit soll einer Behandlung im Sinne einer für viele Essgestörte bekannte und oft geübte Anpassungsleistung vorbeugen und soll der Förderung der Krankheits-

einsicht und der Eigenmotivation dienen. Wenngleich den Patientinnen formal nur wenige Therapieangebote wie Einzeltherapie, Teamkontakte und die medizinische Betreuung offeriert werden, so bedeutet diese Zeit doch in hohem Maße Therapie. Der schließlich unterschriebene Vertrag ist dann so etwas wie eine Eintrittskarte, z. B. für die Essgruppe, die Gruppe für Körperwahrnehmung, die Malgruppe, die Gestaltungstherapie etc.

Nach Bemerkungen zu therapeutischen Zielsetzungen, zum Therapieverständnis und zum therapeutischen Setting sollen nun die konkreten Therapieangebote dargestellt werden.

3.2.1 Medizinische Betreuung

Die Patientinnen werden einer somatischen Diagnostik unterzogen, die sowohl eine körperliche Untersuchung, das Erheben eines neurologischen Status und des psychischen Aufnahmebefundes als auch das Erfassen von laborchemischen Daten einschließlich einer Blutbild- und Urinuntersuchung beinhaltet. Pathologische Ergebnisse führen zur Veranlassung weiterer konsiliarischer Untersuchungen.

3.2.2 Gruppentherapie

In der Essgruppe, die dreimal pro Woche stattfindet, bemüht sich der Therapeut um eine Balance zwischen der Thematisierung der konkreten Probleme, (z. B. bei der gemeinsamen Mahlzeit beobachtet zu werden, dem individuellen Essverhalten einzelner Teilnehmer, der mit Angst erlebten Gewichtszunahme etc.) und der

Fokussierung der dem Symptom zugrunde liegenden psychodynamischen Hintergründe. Dazu gehören z. B. mangelnde Identifikation mit der Geschlechtsrolle oder mit dem „wahren“ Selbst, die Tabuisierung von aggressiv getönten Abgrenzungen oder überhaupt von Gefühlen sowie die Folgen von psychischen Traumatisierungen (z. B. nach sexueller Ausbeutung).

Wichtig ist uns eine gewisse Inhomogenität der Gruppe, so dass Spannungsfelder genutzt werden können zwischen eher jugendlichen bulimischen Frauen und häufig etwas älteren Patientinnen mit psychogener Esssucht, zwischen vordergründigen Anorektikerinnen, kontaktfreudigeren und impulsiveren Bulimikerinnen und häufig eher resignierteren übergewichtigen Esssüchtigen.

3.2.3 Einzelgespräche

Einzelgespräche werden nicht nur fakultativ sondern obligat 30 bzw. 50 Minuten pro Woche angeboten, so dass sich zum Einzeltherapeuten auch eine Übertragung entwickeln kann mit der Möglichkeit neuer korrigierender emotionaler Beziehungserfahrungen, die dann auch in dem vorgesehenen zeitlichen Rahmen entsprechend thematisiert werden können. Die Basis ist eine tragende Beziehung mit sowohl interaktionellen als auch deutenden Interventionen, so dass die essgestörten Patientinnen nicht „verhuntern“ (Jakoby), andererseits aber auch durch eine vertiefte Innenwahrnehmung zu Verhaltensänderungen fähig werden.

³ Wardetzki hat diese Zusammenhänge z. B. zwischen Persönlichkeitsstörung und Bulimie in einer Monographie über den weiblichen Narzissmus dargelegt.



3.2.4 Arbeit mit Essverträgen

Zentrale Methode einer symptomorientierten Therapie mit essgestörten Patientinnen ist die Arbeit mit Essverträgen. In diesen Verträgen wird die Überwindung der Symptome auf der körperlichen Ebene in Absprache mit den Patientinnen festgelegt, wie z. B. Gewichtszu- bzw. -abnahme, der Verzicht auf Laxanzien, der Aufenthalt im Ruheraum jeweils während einer halben Stunde nach den Mahlzeiten.

Bei Anorektikerinnen werden die Ausgangsregelung und die Co-Therapien außerhalb der Stationen, insbesondere die sportlichen Aktivitäten innerhalb der Physiotherapie, dem aktuellen Gewicht, d. h. der Minusabweichung vom vereinbarten Basisgewicht⁴, angepasst.

Körperlicher Zustand und gesundheitliche Gefährdung können auch Bettruhe notwendig werden lassen. Vordergründig haben die Patientinnen auf diese Weise größere Chancen, an Gewicht zuzunehmen, weil sie weniger Kalorien verbrauchen. Die eigentlichen Hintergründe ihrer Erkrankung werden den Patientinnen aber in erstaunlicher Weise gerade erst bei „körperlicher Ruhigstellung“ deutlich, wenn sie bei besseren Möglichkeiten zur Regression Anregungen und wesentlichen Ein-

sichten aus der Therapie nicht mehr „davonrennen“ können.

An diesem Beispiel wird deutlich, wie verhaltenstherapeutische Konstellationen den Patientinnen Einblicke in psychodynamische Vorgänge mit entsprechenden Veränderungen der Wahrnehmung, z. B. des auf den Körper bezogenen Größenselbst und schließlich des Verhaltens, ermöglichen.

3.2.5 Teamkontakte

Eine ganz wichtige Rolle spielen Kurzkontakte zu den Bezugsschwestern/-pflegern, die 24 Stunden am Tag oder ggf. mit Terminabsprache möglich sind: Wenn Patientinnen unter Druck geraten bis hin zur Suizidalität, wenn sie eine konkrete Rückmeldung wünschen, wenn sie das Esstagebuch mit entsprechenden Erfahrungen thematisieren, wenn sie neue Beziehungserfahrungen wagen möchten etc. Wichtige Mitteilungen werden im Team mündlich als auch schriftlich (Optiplan) ausgetauscht.

3.2.6 Familientherapie

Über Introjektionen von und Identifikationen mit Personen aus der Primärfamilie hinaus hat die Familienatmosphäre mit Tabuisierungen von z. B. „weichen“ oder aggressi-

ven Gefühlen, mit Geboten, z. B.: „Nur Leistung zählt!“, mit Verboten, z. B.: „Sei nicht ... !“, mit Projektionen und mit einem besonderen Umgang mit Grenzen etc. zur Symptomentstehung und deren Aufrechterhaltung beigetragen. In den Familiengesprächen geht es uns nicht um Schuldzuweisungen, sondern darum, den Familienmitgliedern ihre Umgangsregeln und Verhaltensmuster etc. erfahrbar zu machen. So kann Raum zur emotionalen Verselbständigung entstehen, zumal junge Patientinnen oft nach der stationären Therapie in das familiäre Umfeld wieder zurückkehren. Ähnliches gilt auch für Paargespräche mit in festen Beziehungen lebenden Patientinnen.

3.2.7 Erlebnisorientierte Gruppe mit Psychodrama-Elementen

Diese Gruppe findet wöchentlich einmal statt. Sie enthält einerseits einen großen Anteil Selbsterfahrung besonders von eigenem Rollenverhalten. Andererseits besteht bei dieser Gruppentherapie die Chance, mit neuen Möglichkeiten kreativ zu experimentieren und sie einzuüben.

3.2.8 Körper- und Bewegungstherapie

Überwertige Ideen bis hin zu Körperschema-Störungen von Anorektikerinnen engen die Wahrnehmung des eigenen Körpers der Patientinnen ein bzw. verfälschen sie. In einer Gruppe für Körperwahrnehmung mit ausschließlich essgestörten Patientinnen werden bewusste Körpererfahrungen, z. B. durch das Berühren von verschiedenen Materialien oder durch das wechselseitige Nachbilden

⁴ Definitionsgemäß liegt bei einer Anorexie der Quetelets-Index nach der ICD10 bei 17,5 und weniger.

Quetelets-Index = Körpergewicht in kg ÷ (Körpergröße in m)²

Als Basisgewicht wird je nach Alter, Dauer der Erkrankung etc. ein Gewicht bei einem Quetelets-Index zwischen 18 und 19 vereinbart. Prognostisch hat sich vor allem in der später sich anschließenden ambulanten Therapie eine langsame Steigerung – in Beziehung mit der „inneren Erlaubnis“ – über das Basisgewicht hinaus bewährt.

der Körperumrisse mit Seilen durch die Patientinnen und durch den Therapeuten, vermittelt. Unterstützt wird dieses Therapieangebot durch Beobachtungen vor dem Ganzkörperspiegel mit anschließendem Protokoll des eigenen emotionalen Betroffen-seins und der konkreten Beschreibung wichtiger Eindrücke in der oft so lange gemiedenen Begegnung mit dem eigenen Körper, in der „Wiederannäherung“ an den „Fremdkörper“ (Jakoby).

Aber nicht nur in der Erfahrung des eigenen Körpers sondern auch in der Beziehungsaufnahme zu anderen Gruppenmitgliedern und zur ganzen Gruppe liegt das Aufgabenspektrum weiterer Gruppenangebote unserer Körper- und Bewegungstherapie.

3.2.9 Malgruppe

Einmal pro Woche treffen sich die Patientinnen zum Malen zu einem vorgegebenen Thema, das das Team entsprechend dem aktuellen Gruppenprozess auswählt, z. B. „Vulkan“, wenn Aggressionen „unter der Decke schmoren“. Auf diese Weise erfahren die Patientinnen, wie sie durch Malen auch schwer erträgliche Gefühle ausdrücken und wie sie sich ihrer dann auch entledigen können, als eine gute Alternative zu süchtigem Essverhalten. Eine besondere Verstärkung erfährt dieses Erleben der Patientinnen, wenn sie in einer Gruppe ihre Bilder vorstellen, Rückmeldungen erfahren und dann selbst Stellung beziehen.

3.2.10 Ergotherapie

In der Gestaltungs- bzw. Ergotherapie, die wöchentlich zweimal statt-

findet und die in bestimmten Fällen von Arbeitsstörungen eine arbeits-therapeutische Spezifizierung erfährt, können 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 sehr eindeutiges Zeugnis über die eigene psychische Situation. Die Charakteristika werden nicht nur mit der Persönlichkeit in Zusammenhang gebracht, sondern auch mit den psychodynamischen Voraussetzungen der speziellen Ess-Störung. Dazu bietet z. B. die einmal wöchentlich stattfindende Konferenz aus Team-Mitgliedern und Co-Therapeuten (z. B. Ergo-, Musik-, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter) einen geeigneten Rahmen.

In den letzten Wochen der stationären Behandlungen kochen die Patientinnen ihr Mittagessen in Absprache mit einer Ergotherapeutin an zwei Tagen in der Woche selbst. Vom Einkauf der Nahrungsmittel mit Einschätzung der Mengen über das Kochen selbst bis hin zum Verzehr der Mahlzeit machen die Patientinnen im Sinne eines konditionierten Lernens wichtige Erfahrungen; z. B. können Anorektikerinnen oft hervorragend kochen, ohne jemals die Speisen selbst gegessen zu haben.

3.2.11 Musiktherapie

In den Fällen, in denen besonders die verbale und emotionale Kontaktfähigkeit wenig ausgeprägt und/oder sehr gestört ist, wird die Indikation für eine Musiktherapie gestellt. Sie

kann heilsam dazu beitragen, aus der Sackgasse einer ambivalenten Beziehung nur noch zu Nahrungsmitteln herauszufinden. Musiktherapie wird einzeln oder in der Gruppe angeboten.

3.2.12 Sozialarbeit

Natürlich spielen im Therapieverlauf soziale Fragestellungen oft eine wichtige Rolle und erfordern vielfältigen Beratungsbedarf, z. B. bei der Finanzierung einer aufwendigen Esssucht bis hin zu kriminellen Delikten. Manchmal müssen Wege für therapeutisch begleitete Wohngemeinschaften, für Reha-Verfahren gefunden werden, um den Prozess der Verselbständigung und um eine Distanzierung vom pathogenen Milieu zu ermöglichen.

3.2.13 Gruppe für Aktivitäten des täglichen Lebens

Das Erledigen von „Aktivitäten des täglichen Lebens“ gehört zum stationären Setting. Zu diesen Tätigkeiten zählen auch Arbeiten in der Küche und im Speiseraum. Die genannten Tätigkeitsgebiete bzw. -räume gehören für die essgestörten Patientinnen zum pathogenen aber nicht vermeidbaren Umfeld. Gruppenangebote in dieser Umgebung lösen therapeutisch sehr fruchtbare Gruppenprozesse aus.

3.2.14 Seelsorgerliches Angebot

Die Introjektion von problematischen Primärpersonen hat besonders bei essgestörten Patientinnen über Projektionen nicht nur zu schwierigen Beziehungen z. B. im familiären und beruflichen Bereich geführt, sondern

auch zu lebensfeindlichen Gottesbildern. Ein seelsorgerliches Angebot mit Gottesdiensten und morgentlichen Andachten trägt auf der Basis eines freiwilligen Angebotes dazu bei, dem Gottesbild lebensfreundlichere Züge zu vermitteln, das Reifungsprozesse zulässt und fördert.

3.2.15 Freizeitgestaltung

Freizeitmöglichkeiten, die vor allem am Wochenende wahrgenommen werden, finden sich in reichem Maße in der näheren Umgebung von Oberursel, das am Südhang des Taunus mit optimaler Verkehrsanbindung an Frankfurt gelegen ist. Zur Stimulierung kreativer Erfahrungen werden in ca. achtwöchigem Abstand auch Gruppenangebote, z. B. Stationsausflüge, mit dem therapeutischen Team angeboten.



3.2.16 Forum

Um den Prozess der Individuation zu fördern, findet in monatlichem Rhythmus ein Forum, eine Vollversammlung aller Patientinnen mit dem gesamten Team, statt. Die Gesprächsführung und das Protokoll liegen in der Hand der Patientinnen, ebenso wie die Aufstellung der Tagesordnung. Das Forum vermittelt Modelle reifen Zusammenlebens in einer Gemeinschaft und

ist schon oft ein effektives Instrument für das „coming out“ von essgestörten Patientinnen gewesen.

4 Das Team

Im Team sind in der Regel vertreten: Ärzte, Krankenschwestern, ein Krankenpfleger, eine Angestellte in der Küche, Psychologen sowie stationsübergreifend eine Gestaltungstherapeutin, eine Musiktherapeutin, zwei Physiotherapeutinnen und ein Sozialtherapeut.

Wir sind im Team sowohl um gegenseitige Wertschätzung als auch um Offenheit bemüht, ohne die wir emotionale Prozesse nicht frühzeitig wahrnehmen und besprechen könnten. Notwendige Korrekturen müssen immer wieder eingeleitet werden, um Spaltungsprozesse früh gestörter Patientinnen mit unterschiedlichen Partialobjektbeziehungen, interpersonellem Agieren etc. wahrzunehmen und aufzufangen und um einen Weg zwischen Rigidität und „sich um den Finger wickeln lassen“ zu finden. Ziel ist, die Therapie in einen für die Patientinnen fruchtbaren Prozess und für das Team in ein befriedigendes Erleben münden zu lassen.

Literatur

1. Bruch, H. (1978) *Der goldene Käfig*, Frankfurt a. M. (Fischer Taschenbuch) 1982
2. Bruch, H. (1988) *Das verhungerte Selbst*, Frankfurt a. M. (Fischer) 1990
3. Bruch, H. (1973) *Eßstörungen*, Frankfurt a. M. (Fischer) 1997
4. Feiereis, F. (1989) *Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie*, München/Marseille
5. Habermas, T. (1990) *Heißhunger*, Frankfurt a. M. (Fischer)
6. Haßfeld, W. und Denecke, D. (1996) *Suchttherapie* In: Herzog, W., Munz, D.
7. Kächele, H. *Analytische Therapie bei Eßstörungen*, Stuttgart, New York (Schattauer) 1996
8. Jacoby, G. E. *Zentralthema Hunger* psycho, 18, 112–120 (1992)
9. Meermann, R. und Vandereycken, W. (1986) *Therapie der Magersucht und Bulimia nervosa*, Berlin, New York (de Gruyter) 1987
10. Schors, R. und Huber, D. *Symptomorientierte Therapie der Anorexie und Bulimie* In: Herzog, W., Munz, D.
11. Palazzoli, M. S. (1963) *Magersucht*, Stuttgart (Klett Kotta) 1984
12. Schulte, M. J. und Böhme-Bloem, C. (1990) *Bulimie*, Stuttgart, New York (Georg Thieme)
13. Wardetzki, B. (1991) *Weiblicher Narzißmus*, München (Kösel) 1994

*fachlich kompetent –
christlich engagiert*

**Verantwortlich
für dieses Konzept:**

Dr. med. W. Haßfeld
Facharzt für Innere Medizin,
Psychotherapie, Psycho-
analyse (Autor)

Dr. med. M. Grabe
Arzt für Psychiatrie und
Psychotherapie, Arzt für
Psychotherapeutische
Medizin, Chefarzt der
Abteilung Psychotherapie

Klinik Hohe Mark

des Deutschen Gemeinschafts-
Diakonieverbandes GmbH, Marburg
Psychiatrie, Psychotherapie
Friedländerstraße 2
61440 Oberursel
Telefon (0,12€/Min.)
0 18 05 / HOHE MARK
0 18 05 / 4 6 4 3 6 2 7 5
Fax (0,12€/Min.)
0 18 05 / FAX HOHE MARK
0 18 05 / 3 2 9 4 6 4 3 6 2 7 5
klinik@hohemark.de
www.hohemark.de



