KLINIK LÜNEBURGER HEIDE

KOMPETENZZENTRUM FÜR DIE
BEHANDLUNG VON ESSSTÖRUNGEN
& ADHS

KLINIK LÜNEBURGER HEIDE

KOMPETENZZENTRUM FÜR DIE
BEHANDLUNG VON ESSSTÖRUNGEN
& ADHS

Am Klaubusch 21
29549 Bad Bevensen
Tel. 05821.960-0
Fax. 05821.960-180

KOMPETENZ & KONTAKT

rayber@klinik-lueneburger-heide.de
www.klink-lueneburger-heide.de

Dr. med. Wally Wünsch-Leiteritz
Leitende Oberärztin für Innere Medizin/
Ernährungsmedizin / Psychotherapie /
Essstörungstherapie

Chefarzt Dr. med. Andreas Leiteritz
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Facharzt für Innere Medizin
Psychotherapie / Rehabilitationswesen

INHALT

nr i

nr i

Inhalt 05

Vorwort 07

nr 01

Krankheitsbild 09

Anorexia nervosa 11

Bulimia nervosa 19

nr 02

Unsere Klinik 23

Haus & Hof 25

Patientinnen & Patienten 29

Besucherregeln 33

nr 03

Therapie 49

Therapieprinzipien 50

Therapieziele 64

Therapieprogramm 70

Anhang 96

VORWORT

Diese Broschüre richtet sich an alle unsere Patientinnen und Patienten mit einer Essstörung vom Typ der Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa und soll Ihnen unser Therapieprogramm mit seinem Regelwerk nahe bringen. Wir verwenden in diesem Text ausschließlich die weibliche Form Patientinnen, da der Großteil der Betroffenen, die zur Klinikaufnahme kommen, weiblich ist. Alles was wir beschreiben, trifft aber genauso für männliche Patienten zu, sie sind hier miteingeschlossen.

Diese Broschüre ist auch für Eltern und andere wichtige Angehörige oder Freunde gedacht, um auch ihnen das Wesen der Essstörungserkrankung und deren Behandlung in kurzer Form verständlich zu machen. Wir möchten damit die gute und offene Zusammenarbeit, die es in unserem Haus bereits gibt, aufrechterhalten und vielleicht noch manches leichter machen, wenn es von Anfang an – oder schon anlässlich eines Vorgespräches in unserer Klinik – nachgelesen werden kann.

nri

KRANKHEITSBILD

nr 01

Anorexia nervosa

Was ist Anorexie, welche Spuren hinterlässt sie und was sind ihre Diagnosekriterien?

Bulimia nervosa

Hier ist beschrieben, was Bulimie bedeutet und welche Diagnosekriterien es gibt.

Klinik Lüneburger Heide

KRANKHEITSBILD

ANOREXIA NERVOSA

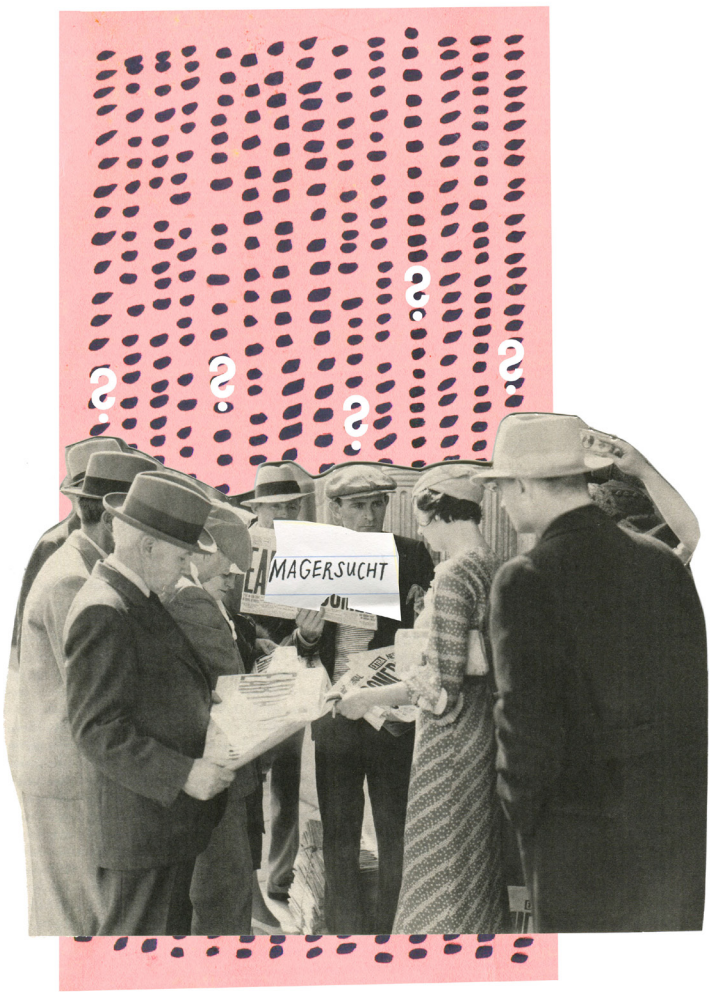
BEGRIFF UND BEGREIFEN

Beides ist ein und dieselbe Krankheit und vor allem ist sie eine Erkrankung, keine Laune und auch nicht nur eine Diät. Bei der Anorexie führen die Betroffenen durch ein sehr beschränktes Essverhalten einen oft immensen Gewichtsverlust herbei. So drastisch und dogmatisch, dass es schließlich lebensbedrohlich werden kann. In Relation zu Alter und Größe der Erkrankten liegt das Gewicht deutlich unter dem Normalbereich. Trotz ihres erniedrigten Gewichts und der entsprechend abgemagerten Körper, haben Anorexiekranke eine quälende Angst vor dem Zunehmen, streben übermäßig danach, besonders dünn zu bleiben und wirken einer Gewichtszunahme entgegen. Sie können sich auch noch in sehr niedrigen Gewichtsbereichen erstaunlich leistungsfähig erleben. Auf Essen zu verzichten, macht sie (vermeintlich) stark und sie können damit stolz auf sich sein. Das unterscheidet sie von anderen Hungernden, denen es damit schlecht geht und die nichts dadurch gewinnen; sie brauchen Hungern nicht zur Selbstwertstärkung.

WENIGER IST MEHR

Damit das Gewicht so niedrig wie möglich bleibt oder noch niedriger wird, schränken Anorexiekranke ihre Essgewohnheiten so extrem ein, dass sie beinahe alle relevanten Nahrungsmittelgruppen vom Speiseplan verbannen. Süßigkeiten kommen sowieso nicht in Frage und wenn, dann nur in kleinen Mengen und mit Schuldgefühlen. Klar, dass auch die vermeintlichen „Killer", Fett und Kohlehydrate weggelassen werden. Was bleibt, ist Gemüse, ein bisschen Obst und allerhöchstens ein fett- und geschmacksreduzierter, zucker- und laktosefreier Magermilchjoghurt ohne Frucht oder Genuss.

KRANKHEITSBILD



Dazu kommen oft übertriebene sportliche Aktivitäten, selbst herbeigeführtes Erbrechen oder der Missbrauch von Abführmitteln. Die meisten Patientinnen eignen sich Essrituale an, um noch mehr Kontrolle über das kontrollierte Nahrungsangebot zu bekommen - zum Beispiel essen sie absichtlich langsam und in kleinen Happen. Sie verschmieren das Essen auf dem Teller, schneiden es in viele kleine Stückchen und essen diese sehr langsam, manchmal auch mit übertrieben viel Kauen. Oft trinken Betroffene auch zu wenig, um darüber nicht auch noch zuzunehmen oder sie trinken zu viel anstelle von essen. Auch übermäßiges Kaugummikauen kann eine Folge des Hungerns sein.

SPURENSUCHE

Die Diagnose einer Anorexia nervosa kann in den allermeisten Fällen direkt im persönlichen Gespräch von einer/m erfahrenen Essstörungstherapeutin/Therapeuten gestellt werden und erfordert üblicherweise keine medizinische Ausschlussdiagnostik. Eine medizinische Diagnostik ist aber erforderlich, um die Folgen des Hungers oder eines begleitenden Erbrechens oder Auslebens des Bewegungsdranges zu erfassen.

Der Körper sowie die Seele und das Verhalten von Anorexiekranken zeigen meist längst eindeutige Spuren der Krankheit. Zu den eindeutigen Zeichen des „krassen" Hungerns zählen Blutbildveränderungen, Leberwerterhöhungen, Knochenabbau, verlangsamte Herzfrequenz, niedriger Blutdruck, erniedrigte Körpertemperatur, kalte und blau verfärbte Finger und Zehen, Haarausfall und anderes mehr. Oft schlafen die Betroffenen schlecht oder absichtlich zu wenig und zeigen ein auffälliges Bewegungsverhalten.

Psychisch kann das Leben „leichter werden, wenn man leichter wird", wie es eine Patientin formuliert hat, aber das ist - wenn überhaupt - dann nur anfänglich der Fall. Dann folgen Reizbarkeit, die Betroffenen werden emotional labiler, depressiv und durch rigide-zwanghafte Verhaltensweisen wirken sie immer weniger erreichbar und verhalten sich stur und unnachgiebig.

In der psychologischen Diagnostik ist der Einsatz von Fragebögen zum Erfassen der Essstörungssymptomtik hilfreich. Eine solche ausführliche Fragebogendiagnostik erfolgt immer im stationären Rahmen – bei Aufnahme, zur Verlaufsmessung und bei Entlassung.

» BMI-Formel & Tabelle siehe Anhang

DIE DIAGNOSEKRITERIEN DER ANOREXIA NERVOSA:

- Das Körpergewicht liegt unter einem BMI von 17,5 kg/m² bzw. unter der 10. Altersperzentile (PZ) bei den unter 16 Jährigen durch eine Gewichtabnahme oder es wird das zu erwartende Gewicht – bezogen auf Alter, Größe und Geschlecht – nicht erreicht.

- Der Gewichtsverlust (oder Stillstand, wenn noch Wachstumsphase) ist selbst herbeigeführt entweder durch Diäthalten, Erbrechen, Abführmittelmissbrauch, übertriebene körperliche Betätigung und sehr selten durch die Einnahme von Schilddrüsenhormonen oder Appetitzüglern. Einer Gewichtszunahme wird trotz offensichtlich niedrigem Gewicht entgegengewirkt.

- Der Körper wird trotz anorektischem Gewicht als normal oder zu dick erlebt (Körperbildstörung); Gewichtsgrenzen werden kleinlich und streng gesetzt und auf deren Einhaltung wird übertrieben geachtet, da dies zentral für die Selbstbewertung ist.

- Es treten endokrine Störungen verschiedenster Art in Folge des (Ver-)Hungerns auf, wie das Wegbleiben der Monatsblutung oder das Nachlassen des sexuellen Interesses.

- Es kommt bei jungen Patientinnen zu einer Verzögerung oder Hemmung der Entwicklungsschritte der Pubertät, was bei einem frühen Erkrankungsbeginn mit dem Risiko eines Wachstumsstopps verbunden sein kann. Das kann besonders für junge Männer mit einer Anorexie sehr relevant sein.

KLASSIKER UND ALTBEWÄHRTES

Wenn bei einer jungen Frau mit niedrigem Körpergewicht die spontane Regelblutung ausbleibt, dann ist das zumindest in der westlichen Welt ein ziemlich häufiges Indiz für eine Essstörung. Bei den von einer Anorexiebetroffenen handelt es sich in ihrem Wesen und ihrem Auftreten nach typischerweise um besonders zarte und sensible Personen, die meist nur sehr zurückhaltend Auskunft geben, im Gespräch aber gleichzeitig spürbar krampfhaft auf ihrer Essstörungsposition bestehen.

„Samthandschuhe herausholen, aber bloß nicht lockerlassen."

Das macht einen einfachen, näheren Kontakt nicht gerade leicht. Dennoch ist es so, dass die Betroffene rationalen, neutral und zugewandt hervorgebrachten Argumenten zugänglich sein wird, auch wenn sie erst einmal nicht so reagiert. Dies vor allem dann, wenn diese wiederholt und von Personen, die ihr wichtig sind, an sie herangetragen werden, ohne dass dabei vorwürflich oder moralisierend auf sie eingewirkt wird.

Klinik Lüneburger Heide

KRANKHEITSBILD

BEGRIFFLICHKEITEN

Die Bulimia nervosa ist eine noch relativ junge, aber deshalb nicht weniger wichtige Erkrankung im Pool der Essstörungen. Gerald Russel, ein englischer Psychiater und Essstörungstherapeut, hatte Ende der 1970iger die Idee, die Bulimie von der Anorexie als eigenständige Erkrankung abzugrenzen. Im Gegensatz zur Anorexie sieht man den Betroffenen ihre Erkrankung nicht auf den ersten Blick an. Bulimiekranke haben meistens Normalgewicht. Sie „können" ihre Krankheit also im Verborgenen ausleben. Das klingt nach Abenteuer, ist es aber nicht.

Die Abgrenzung zur Anorexia nervosa erfolgt hauptsächlich über das Gewicht, da Patientinnen mit einer Bulimia nervosa keine Gewichtsreduktion unter die Anorexiegrenze (BMI < 17,5 kg/m²) herbeiführen. Sie fühlen sich außerdem noch mehr als die Anorexien vom gesellschaftlichen Schlankheitsideal beeinflusst. Betroffene haben sowohl ein Gewichts- als auch ein Emotionsproblem, wobei dies individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt sein kann. Wir befragen deshalb unsere Patientinnen wie sie es selbst einschätzen. Wie steht es mit den Gewichtssorgen? Wieviel Prozent des bulimischen Verhaltens machen diese aus? Und wieviel Prozent gehen auf das Regulieren negativer Emotionen und zur Spannungsreduktion zurück? Wir erhalten Einschätzungen wie 50:50 aber auch in der Spannbreite von 10:90 bis 90:10.

RÜCKWÄRTSESSEN

Die Betroffenen führen zum Teil ausgedehnte Essanfälle durch und setzen danach gegensteuernde Maßnahmen – zumeist willentliches Erbrechen und / oder exzessiven Sport - ein, um die überschüssigen Kalorien wieder loszuwerden. Unter einem Essanfall versteht man eine Essmenge, die deutlich größer ist, als sie eine andere Person in der gleichen Zeit und Situation essen würde. Betroffene tun dies zumeist, wenn sie Heißhunger erleben und dies ist wiederum zumeist Folge von zu wenig Essen oder Auslassen von Mahlzeiten: damit lassen sich Essanfälle für den nächsten Tag quasi schon vorhersagen.

Essanfälle können aber auch eine Reaktion auf unangenehme Gefühle, emotionale Rückschläge oder auch umgeleitete Aggressionen sein und somit nicht nur durch ein körperlich begründetes Hungergefühl bedingt (letzteres könnte durch das Essen z.B. einer Banane einfach geklärt werden, was wir unseren Patientinnen immer wieder vorschlagen).

So seltsam das für Außenstehende auch klingen mag, Betroffene erfahren durch die bulimischen Verhaltensweisen Entlastung. Sie müssen sich so mit niemandem auseinandersetzen oder streiten, bleiben für sich alleine mit ihrem Innenleben. Sie entwickeln sich aber im Umgang damit nicht weiter. Scham- und Schuldgefühle wegen des abnormen Verhaltens tragen auch noch dazu bei, dass es heimlich gelebt wird, worüber sich dieser unglückliche und einsame Kreislauf noch einmal verstärkt.

Häufiges Erbrechen kann körperliche Auswirkungen, wie Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt und damit auch das Risiko von Herzrhythmusstörungen bergen und Gewichtssprünge, Periodenstörungen, Sodbrennen und vor allem über die Jahre Zahnschäden hervorrufen.

DIE DIAGNOSEKRITERIEN DER BULIMIA NERVOSA:

- Andauernde Beschäftigung mit Essen, Figur und Gewicht, unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln, Essanfälle (große Mengen in kurzer Zeit)

- Korrektur des dickmachenden Effekts der Nahrung durch selbst induziertes Erbrechen

- Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Einnahme von Appetitzüglern, Schilddrüsenhormonpräparaten oder Diuretika (bei Diabetikern Vernachlässigung einer Insulinbehandlung)

- Krankhafte Überbeschäftigung mit dem eigenen Gewicht, das sie als zu viel ansehen Furcht davor dick zu werden mit kleinlichen, unphysiologischen Gewichtsgrenzen

- Bei einem Teil der Patientinnen mit Bulimia nervosa ging eine Anorexia nervosa voraus

Klinik Lüneburger Heide

UNSERE KLINIK

nr 02

Haus & Hof

Über die Geschichte der Rehabilitationsklinik, den Aufbau des Hauses & über die Philosophie der Behandlung von Anorexien & Bulimien.

Patientinnen & Patienten

Über Patientinnen & Patienten, die Bedingungen & Regeln & über die Struktur.

Besucherregeln

Regeln, die helfen sollen, sich richtig in der Klinik zu verhalten und auch um bei Besuchen Konflikte zu vermeiden.

UNSERE KLINIK

HAUS & HOF

Wenn wir davon ausgehen, dass unsere gemeinsame Reise als Gruppe durch die Wüste der Essstörungen einer Karawane gleicht, dann ist in diesem Bild unsere Klinik die Oase. Hier gibt es eine informierte Gemeinschaft, einen Platz zum Übernachten, zu Essen und zu Trinken. Ob man nun will oder nicht, dies ist zu einem bedeutenden Teil maßgeblich für ein Überleben in der Wüste bzw. auch zum Überwinden der Essstörung.

Passend zur heutigen Funktion der Klinik als Oase in der Essgestörtenwüste war sie auch früher – allerdings nannte man sie damals noch „Haus Waldburg" - bereits ein Erholungsheim für Kriegsveteranen. Die „Klinik Lüneburger Heide" ist heute eine psychosomatische Klinik mit dem Schwerpunkt Essstörungen und ADHS – eine Fachklinik in privater Hand - eröffnet und erfolgreich geführt seit Mai 2006. Sie liegt idyllisch im Grünen, genauer in Bad Bevensen in der Lüneburger Heide. Das Haus kann heute 80 Personen zur Behandlung von Essstörungen oder ADHS beherbergen.

ZIMMER & ZAHLEN WEIBLICH & MÄNNLICH

Die allermeisten der 80 Plätze nehmen die zur Behandlung von Essstörungen ein – jährlich sind das etwa 350 Patientinnen. Davon haben die meisten eine Anorexia nervosa – also Magersucht. Ungefähr 60 Patientinnen behandeln wir pro Jahr mit der Diagnose Bulimia nervosa – auch Ess-Brech-Sucht – und die restlichen 40 verbleiben dann mit zumeist Essstörungen im Sinne einer Binge-Eating Störung mit Adipositas. Die allermeisten unserer Patienten mit den Essstörungen Anorexie oder Bulimie (97%) sind weiblich. Essstörungen sind aber keine Frauenkrankheiten, denn Essen ist nicht nur weiblich. Allerdings wird diskutiert, dass Testosteron eine schützende Wirkung hinsichtlich der Entwicklung einer Essstörung haben soll, was die auffällige Häufung bei Mädchen und Frauen zumindest miterklären könnte.

Patienten mit einer Binge-Eating Störung sind zu ca. 60% weiblich. Die Binge-Eating Störung ist quasi die Krankheit am anderen Ende der Essstörungsfahnenstange – es handelt sich um Essanfälle ohne relevante Gegenregulation, die dazu führen, dass die Betroffenen dick werden. Essstörungen gibt es kulturunabhängig, v.a. aber in den sog. westlichen Ländern. In unserer Klinik behandeln wir auch Betroffene aus dem deutschsprachigen Ausland, hauptsächlich aus Österreich und Luxemburg.

GARTEN & GEMEINSCHAFT

Alle Ebenen des Hauses sind mit Fahrstühlen erreichbar und haben Zugang zu Garten und Terrassen. Die Cafeteria hat jeden Tag von 8:00 Uhr bis 22:00 Uhr geöffnet und bietet Kaffee, Kuchen und Getränke sowie in der Mitte unseres Hauses viel Platz für Gemeinschaft. Dies ist besonders auch zum gemeinsamen Essen der Zwischenmahlzeit gedacht, wenn diese nicht mehr in der direkten Betreuung der Ernährungsfachkräfte gegessen werden muss. Unsere Klinik hat einen Innenhof, der von der Cafeteria einsehbar ist und bei gutem Wetter auch zum Essen genutzt werden kann.

nr 02

UNSERE KLINIK

MEHRGENERATIONENHAUS

Die Altersverteilung liegt bei den Anorexie Patientinnen inzwischen bei 11 bis 60 Jahren, im Durchschnitt bei 21 Jahren. Bei den an einer Bulimie Erkrankten liegt das Aufnahmealter nur selten unter 15 Jahren und durchschnittlich bei 22 Jahren. Die Altersverteilung bei den Essstörungen sieht auch allgemein so aus, dass die jüngsten Essstörungspatientinnen die Anorexien sind, dann kommen die Bulimien im jüngeren Erwachsenenalter und die Binge Eating Störung ist eher eine Erkrankung bei Erwachsenen.

GEWICHTSSTUDIEN

Der durchschnittliche BMI unserer Patientinnen liegt bei der Aufnahme in unsere Klinik um 15kg/m², allerdings kann er auch bis zu BMI Werten um 10 kg/m² und darunter gehen. Das ist sehr wenig und auch wenn es eine positive Entwicklung im Hinblick auf den Aufnahme-BMI der vergangenen Jahre gibt, so ist es für die allermeisten Patientinnen, die aufgenommen werden, höchste Zeit zu kommen. Trotzdem ist dieser durchschnittliche Aufnahme-BMI um 15 kg/m² ein Erfolg – denn wir sind froh, wenn unsere Patientinnen schneller aktiv werden, wenn sie merken, dass es so nicht weiter gehen kann und sie - zuhause oder wo sie immer sind - nicht erfolgreich sind im Aufgeben der Essstörung.
Das ist sicher auch eine Folge unserer Haltung, die Patientinnen – im Falle eines trotz ambulanter Psychotherapie rückläufigen Gewichts – zu ermutigen, möglichst früh wieder in die Klinik zu

kommen – um dann auch nicht so lange bleiben zu müssen, weil wir ja weniger verlorenes Gewicht wieder aufzuholen haben. Bei vermehrten Problemen zuhause mit dem Essen sollte eher rasch gehandelt werden; es sollte in der ambulanten Psychotherapie angesprochen und die Rückkehr in die Klinik geplant werden, falls sich nach 4 bis 6 Wochen keine eindeutige Gewichtszunahme bzw. Besserung essgestörter Symptome abzeichnet.
Der Anteil derer, die mit einem BMI unter 14 kg/m^2 (also bereits in einem kritisch niedrigen Gewichtsbereich) zu uns kommen, hat sich über die Jahre kaum verändert und liegt bei ungefähr 30%.

ZUSAMMEN STARK

Bei uns spielen Gruppen und generell Gemeinschaft eine tragende Rolle – wir integrieren dazu alle unsere Patientinnen mit einer Anorexie oder Bulimie mit der stationären Aufnahme in Gruppen von möglichst Gleichaltrigen. Diese nennen wir „Basisgruppen – oder Bezugstherapiegruppen". Insgesamt gibt es sieben verschiedene solcher Gruppen für essgestörte Patientinnen (genannt B1 – B7). Nach dem Alter eingeteilt, werden die <15 jährigen, die 15 bis 17 jährigen, die 17 bis 19 jährigen, usw. bis zu den über 30 Jährigen jeweils in eine Gruppe aufgenommen. Patientinnen mit einer Binge-Eating Störung werden in einer separaten Gruppe behandelt.

Damit wird der so wichtige soziale Bezug unter den Gleichaltrigen während der Bezugsgruppentherapiezeit (viermal wöchentlich für eine Doppelstunde) ganz automatisch hergestellt und dem typischen sozialen Rückzug entgegengewirkt. Wir verstehen das auch als soziales Kompetenztraining „in vivo", da dies zumindest ein Stück weit das reale Leben darstellt (Lightvariante). Einerseits sind die „Mitspielerinnen" auch besonders empfindsam und vorsichtig, wodurch Patientinnen nicht sofort mit sozialen Anforderungen überfordert werden. Andererseits stellt die psychotherapeutische

Gruppe von Anfang an – psychologisch unterstützt – ein soziales Übungsfeld dar.

Übertritte zwischen den Gruppen sind zwar möglich, kommen aber eher selten vor. Allerdings ist die Tatsache, dass dies möglich wäre, besonders für solche Patientinnen wichtig, die einen Therapieprozess bei einer vertrauten Therapeutin/Therapeuten fortsetzen bzw. wieder aufnehmen wollen, wenn sie zurück in die Klinik kommen müssen.

UNSERE KLINIK

BESUCHERREGELN

Besuche sind sehr wichtig für unsere Patientinnen, geben Hoffnung, heitern auf und erinnern an die Welt draußen und abseits der Klinik, in der nicht alle Gedanken ums Essen kreisen. Angehörige, die in die Klinik kommen, sollten sich ein wenig vorbereiten und gewisse Regeln einhalten, um die sowieso sehr empfindsame, hoch beeindruckbare und übergenaue Patientin nicht zu überfordern und damit den Therapieverlauf ungewollt ungünstig zu beeinflussen. Gut ist es, sich an das Personal zu wenden und zu erfragen, worauf man achten sollte. Im Folgenden aber ein paar Grundregeln:

• Mahlzeiten

Alle Mahlzeiten sollen während der stationären Essstörungstherapie von den Patientinnen in der Klinik eingenommen werden und nicht zusammen mit der Familie (in- und außerhalb der Klinik). Grundsatz dabei ist: „Erst kommt die Pflicht und dann die Kür". Pflicht bedeutet hier alles zu essen und Gewicht zunehmen ohne Gegenregulationen, Kür wäre das Essen im sozialen Miteinander, in einer anderen Umgebung und Essen genießen können.

Wir verstehen konkret darunter, dass erst der Wiederernährungsprozess in der Klinik gut angelaufen sein muss und wir vorsichtig umgehen wollen mit möglichen Belastungen, die sich beim Essen ergeben können. Um mit Besuchern zusammen zu essen, dürfen keine gestörten Essverhaltensweisen mehr gezeigt werden und die Gewichtszunahme sollte in Gang gekommen oder der Essplan zumindest schon so weit kalorisch angepasst sein, dass diese zu erwarten ist. Um was es hier geht wissen unsere Patientinnen sehr gut, da dies täglich in der Mittagsgruppe thematisiert wird. Bei Unklarheiten sollten die Ernährungsfachkräfte gefragt werden.

Als erster Schritt kann innerhalb der Klinik – also in unserer Cafeteria oder im Sommer auch im Innenhof - zusammen mit der Familie gegessen werden oder im späteren Verlauf (Gewicht bereits oberhalb der Anorexiegrenze) eine Abmeldung zum Essen außer Haus nach Vorbereitung mit der Ernährungsfachkraft erfolgen. Diese Regeln haben damit zu tun, dass wir davon ausgehen, dass vor allem die Eltern zumeist genügend gestörtes Essverhalten zuhause mitbekommen haben und die Belastungen damit in der Klinik nicht reaktiviert werden sollten. Aber auch Angehörige sollten beachten, dass sie sich zurückhalten mit Diskussionen über das Essen und deshalb über harmlosere Dinge bei Tisch reden. Die Lebensmittelauswahl (nur für Zwischenmahlzeiten) kann im Zusammenhang mit Familienbesuchen aber auch vergrößert werden (z.B. kann Eis oder Kuchen mit in die Klinik gebracht

werden zu deren Austausch); das muss aber zuvor mit den Ernährungsfachkräften abgesprochen werden.

Wir weisen alle unsere Patientinnen aber auch immer wieder darauf hin, dass sie das Recht haben, so lange nicht wieder mit der Familie zusammen zu essen, bis sie ihr Normalgewicht erreicht haben, denn sie sind bis dahin im Krankenstand. Das Recht krank zu sein, sollten sie sich unbedingt nehmen, wenn es für sie Entlastung bedeutet. Familie kann auch beim Zusammensein außerhalb der Mahlzeiten erlebt werden. Und nicht vergessen: dieses Vorgehen kann auch für die Familie entlastend sein.

- Gemeinsame Besuchszeit

Wir schlagen vor, die gemeinsame Zeit in der Klinik zu verbringen und auch hier den Kaffeeklatsch zu halten, anstatt die Betroffenen aus ihrem sicheren Umfeld zu reißen. Die Frage „Was unternehmen wir?" kann Leistungsdruck erzeugen oder bei den Patientinnen das Gefühl, dass es ihren Angehörigen schwer fällt sie in der Klink zu besuchen, bzw. hier in der Klinik bei ihnen zu sein. Und sie könnten daraus auch folgern, dass sie etwas für die Angehörigen tun müssen, ihnen die Zeit in der Klinik so unterhaltsam wie möglich zu gestalten, was sie sehr unter Druck setzen kann. Es ist nicht ihr Job, sich um die Besucher zu kümmern als seien sie deren Animateure.

Wir befürworten es, gemeinsam in der Klink zu bleiben, hier Kaffee zu trinken, gemeinsam zu spielen, unkomplizierte Geschichten vom Leben zu Hause zu erzählen und die Patientinnen daran weiter teilhaben zu lassen oder auch Schulunterlagen mitzubringen, damit der Schulstoff hier nachgearbeitet werden kann; auch Vokabeln abfragen kann in Ordnung sein, wenn kein anderer Gesprächsstoff aufkommen will. Und natürlich kann der Besuch des Familienhundes, der leider nicht mit ins Klinikgebäude hinein darf, aufheitern.

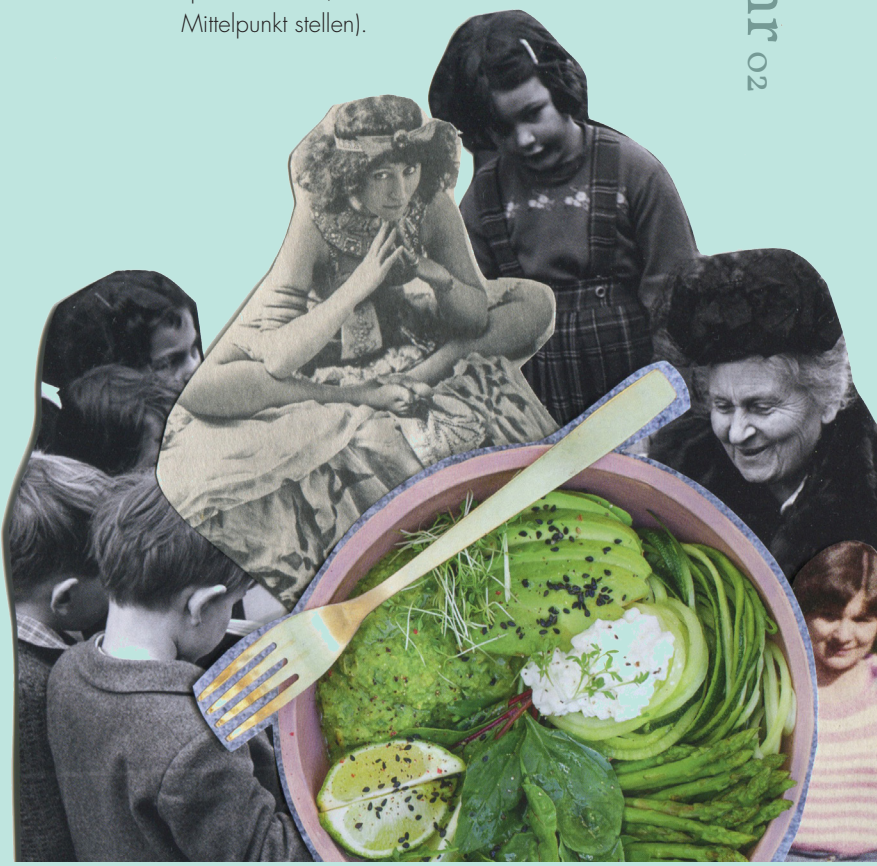
Wir raten unseren Patientinnen, ebenso wie den Besuchern, wenn sie sich gerade in einem schwierigen Kontakt miteinander befinden, es zu Streitereien oder Belastungen kommt, dass sie als erstes ein Eltern- bzw. Familiengespräch (zusammen mit der Therapeutin/dem Therapeuten) führen, bevor Besuche stattfinden.

• Geschwister/Großeltern mitbringen

Geschwister mitzubringen kann für die Patientin belastend sein; sie wird es sich aber wenig erlauben dies den Eltern mitzuteilen. Es ist aber so, dass sie es häufig besser finden wird, wenn die Eltern erst einmal ohne Geschwister zu Besuch kommen. Vor allem trifft dies auf jüngere Geschwister zu, wenn diese noch viel Aufmerksamkeit der Eltern einfordern, die aber die Patientin selbst benötigt. Wir gehen auch davon aus, dass die Patientin es gerne erleben will, einmal alle Aufmerksamkeit alleine zu bekommen, die sie selbst so wenig für sich einfordern kann. Sie will auch erfahren, dass ihr Klinikaufenthalt die Familie entlastet und es allen nun besser geht. Wir raten dazu, das auch deutlich zu zeigen, damit sich der für die Betroffenen oft schwierige Klinikaufenthalt nicht nur für sie selbst, sondern eben auch für die Familie zuhause lohnt.

Großeltern können für eine Patientin ebenfalls ein Stressor sein, indem sie sich von Besuchsanfragen bedrängt fühlt. Dies vor allem dann, wenn Eltern nachfragen, wann denn nun die Großeltern auch endlich einmal zu Besuch kommen dürfen. Wir schlagen vor das zu vermeiden und abzuwarten bis die Patientin selbst danach fragt. Im Großen und Ganzen sollten nur Besucher kommen, die die Patientin beruhigen und ihr eine schöne gemeinsame Zeit bescheren können, ohne irgendwelche Anforderungen. Stress, Anspannung und Leistungsdruck sollten durch Besuche nicht erhöht werden, das erleben die Betroffenen schon genug mit sich alleine. Wir raten, die Entscheidung über den Ablauf und die Dauer des Besuchs, aber auch die Anzahl der Kommenden nicht der Betroffenen alleine zu überlassen, sondern sich an die üblichen Besuchsregeln zu halten (kurze Dauer, wenige Personen, vorsichtig sein und nur harmlose Gespräche führen, kranke Person aufheitern und in den Mittelpunkt stellen).

nr 02



UNSERE KLINIK

• Telefonate / Gespräche

Telefonate sollten auf eine ¼ Stunde maximal gekürzt werden, bei älteren Patientinnen z.B. zweimal wöchentlich, und es sollte kein stundenlanges abendliches Telefonieren bei Heimwehszenarien geben. Die Eltern sollten lieber am nächsten Tag, im Verlauf der Woche oder am Wochenende in die Klinik - gerne auch zu gemeinsamen Gesprächen mit der Therapeutin / dem Therapeuten – kommen; ggf. führen wir auch gemeinsame Telefonate. Der essgestörte Familienangehörige soll nicht während des Klinikaufenthaltes zuhause noch so stark präsent sein und damit alles dominieren. Patientinnen sagen uns manchmal, dass sich der Klinikaufenthalt nicht lohnen würde, da es zuhause genauso belastet weitergehe als wären sie noch zuhause mit ihrer Essstörung – diesem Eindruck kann gut entgegengetreten werden.

Auch laute Diskussionen, Anschreien und Vorwürfe sollten unterbleiben, dies besonders auch bei Telefonaten, da dies nur Schuldgefühle auf beiden Seiten verursacht. Wir raten dazu, Probleme in Eltern- oder Familiengesprächen zusammen mit uns Therapeuten anzusprechen, damit wir Schuldgefühle auf beiden Seiten reduzieren und familiären Ärger im Zusammenhang mit der Essstörung auflösen helfen.

Unsere Telefonanlage wird ab 22 Uhr umgestellt, so dass unsere Patientinnen darüber nicht mehr erreichbar sind. Die Anrufe kommen dann in unserer medizinischen Zentrale bei der Nachtschwester an. Wenn Eltern sich Sorgen machen, dürfen sie jederzeit (Tag und Nacht) dort anrufen und nachfragen oder uns besondere Schwierigkeiten ihrer Kinder melden (05821 / 9600 oder 960 116).

• Gesprächsthema Gewicht

Aussagen, wie „man sieht dir die Zunahme schon richtig an" oder „du siehst aber schon wieder gut/normal aus", sollten nicht getroffen werden. Betroffene fühlen sich dadurch rasch überfordert, da sie mit dem „normal Aussehen" ihre Überforderung vor Krankheitsbeginn in Zusammenhang bringen und wenn sie schon gut oder normal aussehen, dann müssten sie ja auch nicht mehr zunehmen. Generell ist bei den Themen Gewicht / Figur / Essen Zurückhaltung angezeigt. Auch Aussagen wie „so viel wie du hier isst, könnte ich nicht essen" oder „ich habe heute bisher sehr wenig gegessen" sollten vermieden werden, da sie die Betroffenen irritieren können, die hier real selber oft einen hohen Essplan haben. Wir empfehlen auf Erzählungen der Betroffenen zum Therapieverlauf oder der Gewichtszunahme zurückhaltend zu reagieren und wenig nachzufragen. Ein „aha" oder „da sieh mal einer an" oder auch ein „mhm" kann ausreichend sein und ist zumeist harmloser als Nachhaken. Die Betroffenen erzählen zu lassen ist in Ordnung. Anorexiepatientinnen, die typischerweise sehr detailgenau sind, müssen oft alles sehr genau und ausführlich erzählen, da sie ja ehrlich sein wollen ohne Rücksicht darauf, ob sie das auch so vorhatten und im Nachhinein auch noch dazu stehen können. Deshalb können Angehörige in einer solchen Situation durchaus auch einmal das Thema aktiv wechseln und die Aufmerksamkeit auf etwas Neutrales lenken. Auch sollten sich die Besucher bewusst machen, dass sie keine Essstörungstherapeuten sind und nicht anfangen über beispielsweise ein Stück Kuchen essen zu diskutieren. Wir empfehlen immer lösungsorientiert zu reagieren und z.B. bei einem Ausflug mit Cafebesuch und auftretenden Schwierigkeiten bei der Einnahme der Zwischenmahlzeit zu reagieren: „du kannst also jetzt nicht im Café etwas essen, dann fahren wir eben zurück in die Klink, damit du dort essen kannst, das ist in Ordnung so."

• Bewegungskontrolle

Ein Großteil der Patientinnen mit einer Anorexie und auch ein Teil der Patientinnen mit einer Bulimie („Sportbulimie") neigen dazu, sich übertrieben viel zu bewegen und sinnlose Wege zu gehen. Wir empfehlen nicht nur dies fortlaufend zu unterbinden, sondern wir fordern es. Wer zunehmen muss, sollte sich so wenig wie möglich bewegen, da auch dies Kalorien verbraucht, die wieder gegessen werden müssen. Wir machen seit vielen Jahren die Erfahrung, dass es nicht ausreicht nur die tägliche Kaloriendosis immer weiter zu erhöhen, sondern wir müssen auch gleichzeitig die Bewegung reduzieren.

Um eine kontinuierliche wöchentliche Gewichtszunahme mit unserer berechneten Kaloriendosis zu erreichen, ist es erforderlich das Ausleben eines Bewegungsdranges einzugrenzen. Hier können Familienangehörige mithelfen, indem sie bei Besuchen in der Klinik am liebsten etwas im Sitzen machen wollen und auch keine Spaziergänge oder ausgedehnte Ausflüge mit viel Laufen vorschlagen. Auch sollten sie aufspringen und den Betroffenen z.B. etwas zum Trinken oder ein Spiel an der Rezeption holen und die Patientinnen zum Sitzenbleiben anhalten. Dies ist auch in einer gemeinsamen Wartesituation auf ein Gespräch angebracht (typisches Bild: Eltern sitzen, Patientin steht).

Bei Patientinnen mit einer Bulimia nervosa und erniedrigtem Gewicht gilt dasselbe. Bei normal oder selten übergewichtigen Bulimiepatientinnen fordern wir über eine Woche eine stabile (d.h. komplette) bulimische Symptomaufgabe, normali-sierte Elektrolytwerte (hier ist v.a. das Kalium relevant), um dann nach ärztlicher Verordnung in unser angeleitetes Bewegungsprogramm aufgenommen zu werden.

Die Teilnahme an der Tanztherapie (Mittwochabend um 19 Uhr und Samstag, Uhrzeit siehe schwarzes Brett) ist ab Stufe 2 möglich und muss in der Mittagsgruppe am Tag davor angesprochen werden. Ggf. muss bei einem Teilnahmewunsch ein „Tanzriegel" dazu gegessen werden, wenn der Gewichtszuwachs im Durchschnitt von mindestens 500g pro Woche noch nicht erreicht wurde.

• Selbstverletzungen

Wir halten alle Patientinnen, die selbstverletzendes Verhalten zeigen, dazu an, sichtbare Wunden und Narben zu verdecken. Dies ist uns wichtig sowohl zum eigenen Schutz als auch zum Schutz anderer. Selbstverletzendes Verhalten ist auf der einen Seite etwas Persönliches, das deshalb auch nicht jeder sofort mitbekommen muss, aber dinglich der therapeutischen Bearbeitung bedarf – auf der anderen Seite kann es andere labile Personen triggern es auch zu tun, was wir verhindern müssen. Bei neu aufgetretenen Selbstverletzungen führen wir in unserer Klinik sogenannte Körpervisiten von mehrmals täglich bis alle paar Tage oder nur einmal wöchentlich durch, um über die Abheilung auf dem Laufenden zu bleiben. Zudem werden den Betroffenen Analysebögen ausgehändigt mit Fragen zur Entwicklung der Selbstschädigung. Selbstverletzungen werden emotional von den Krankenschwestern und Ärzten so behandelt, als hätte man sich aus anderen Gründen – also unabsichtlich – das angetan, aber später psychotherapeutisch aufgearbeitet. Wir gehen davon aus, dass auch die Doppelzimmer-Situation in unserer Klinik mit dazu beiträgt, dass unter Selbstverletzungsdruck stehende Patientinnen dies durch das Teilen eines Badezimmers mit einer Mitpatientin unterlassen, da sie einen blutigen Anblick ihrer Mitbewohnerin nicht zumuten wollen.

• Zimmersituation

Vor allem alle unsere jüngeren Patientinnen sind in Doppelzimmern untergebracht. Besuche auf diesen Privatzimmern sollten kurz gehalten werden. Die Mitbewohnerin wird sich vermutlich während dieser Zeit zurückziehen und das Zimmer meiden, obwohl sie ein Vorrecht hat dort zu sein. Deshalb sollte die Zeit eines Besuchers auf dem Zimmer kurz sein – das Zimmer ist für beide Patientinnen Privatbereich.

• Keine Lebensmittel oder Geschirr mitbringen / schicken

Es sollen keine Lebensmittel mit in die Klinik gebracht werden, auch nicht zu Weihnachten oder Ostern. Die Betroffenen haben eine Essstörung, da ändern auch Feiertage nichts daran. Dies gilt auch für Geschirr (Tassen/Becher, Schalen, Besteck, etc.). Außerdem gilt: keine Pakete mit Lebensmitteln schicken, selbst wenn die Betroffenen dazu auffordern zum Austausch von Zwischenmahlzeiten der Klinik oder bei Bulimikerinnen für einen Essanfall. Bei bekannter bulimischer Symptomatik kontrollieren wir eingehende Pakete – selbstverständlich gemeinsam mit der Patientin.

• Körperkontakt

Der körperliche Kontakt zwischen Eltern und Kindern sollte immer, egal wie schwer die Patientin von der Magersucht gezeichnet ist und dementsprechend kindlich aussehen mag, dem Alter angemessen sein. Das bedeutet, dass z.B. eine 20 jährige Patientin – vor allem in der Öffentlichkeit – nicht auf den Schoss eines Elternteils genommen oder händchenhaltend mit ihr durch die Klinik gegangen wird. Aber auch auf ein betont abwehrendes Verhalten, mit dem sich Eltern zurückgewiesen fühlen können, wie z. B. zur Begrüßung „nicht kurz in den Arm genommen werden wollen" achten wir.

• Kleidung

Eltern sollten, ebenso wie wir als Personal, darauf achten, dass ihre kranken Kinder/unsere Patientinnen eine gestörte Temperaturregulation haben können und deshalb nicht angemessen gekleidet sind (am häufigsten zu leicht angezogen bezogen auf die Jahreszeit, die Raumtemperatur und die Gesamtumstände). Jungen mit Anorexie fallen z.B. dadurch auf, dass sie immer – auch im Winter – dazu neigen kurze Hosen zu tragen. Ursächlich für falsche Kleidung können aber auch essgestörte Ideen sein, wie durch zu leichte Kleidung Frieren auszulösen und dadurch vermehrt Kalorien zu verbrauchen. Besonders während der Mahlzeiten sollten Patientinnen nicht nur Trägerhemdchen, die die Magerkeit des Körpers betonen, oder ein besonders tiefes Decolleté tragen und lange Haare zusammenbinden, damit sie nicht in das Essen fallen.

•Fotografieren

- Besondere Regeln für unter 16-jährige
- Besondere Vorsicht sollte aus Datenschutzgründen dem Fotografieren innerhalb der Klinik gelten. Wir wünschen uns, dass in der Klinik nicht fotografiert wird und möchten auch nicht, dass Klinikfotos jeglicher Art ins Internet gestellt bzw. undereinander verschickt werden.

Unter 16 Jährige sollten sich beim Verlassen der Klinik immer in der medizinischen Zentrale, kurz MZ (also bei den Schwestern) persönlich an- und abmelden und auch sagen, wohin sie gehen. Unter 14 Jährige sollten nur mit einer Begleitperson das Haus verlassen. Nach Einbruch der Dunkelheit sollten alle unter 16 Jährigen – wenn überhaupt – nur in Begleitung das Haus verlassen, wobei jeglicher Ausgang nach 20 Uhr nur nach Absprache mit den Therapeuten oder dem Dienstarzt erlaubt ist.

Bei allen unter 16 Jährigen möchten wir, dass sie sich zur Nacht, also beim Zubettgehen, bei der Nachtschwester „in die Nacht" abmelden (abgestuft bis spätestens 22:30 Uhr, der allgemeinen Nachtruhezeit der Klinik). Wenn sich danach

noch jemand auf einem anderen Zimmer verabreden will, muss der Nachtschwester Bescheid gesagt werden, damit keine unnötigen Suchaktionen ausgelöst werden.

• Ausflüge/Beurlaubungen/Belastungserprobungen

Ausflüge am Wochenende – zu denen wir nicht stimulieren, da sie das Aufgeben der Essstörungssymptomatik erschweren und verzögern können - müssen am Freitag davor in der Therapiegruppe und immer mit den Ernährungsfachkräften besprochen werden. Sie können nur erlaubt werden, wenn Anorexie Patientinnen die Stufe 3 erreicht haben und der Zunahmeprozess erfolgreich ist bzw. davon nicht beeinträchtigt wird. Das bedeutet auch, dass ein Bewegungsdrang gut begrenzbar ist. Bei Bulimiepatientinnen sollte eine komplette Symptomabstinenz erreicht worden sein – mindestens über eine Woche – und Symptomdruck deutlich reduziert, bzw. durch zeitnahes Offenlegen schon diskutiert und beruhigt worden sein. Auch essbezogene Sorgen sollten durch den hiesigen Essplan, der eine Tagesstruktur vorgibt, bereits eingegrenzt sein.
Beurlaubungen befördern wir ebenfalls nicht, da sie den Genesungsverlauf verzögern können. Wir würden sie mit erreichtem Normalgewicht für sinnvoll halten und dann Probebeurlaubungen zur Belastungserprobung zuhause durchführen, wozu aber oft die stationäre Behandlungszeit nicht mehr ausreicht. Über eine Wochenendbeurlaubung kann oft nicht allzu viel erfahren werden über die nachstationäre Zeit. Die Beurlaubung müsste schon eher über eine Woche andauern. Wir raten allen Patientinnen deshalb zügig den Normalgewichtsbereich zu erreichen und erst damit entlassen zu werden und ggf. in einem kürzeren Intervall dann noch einmal zu einem kurzen stationären Aufenthalt zur Stabilisierung zurückzukommen und besprechen das auch schon vorab mit den Kostenträgern. Beurlaubungen kommen bei uns wenn dann am häufigsten zu notwendigen Besuchen/Besichtigungsterminen von betreuten Wohneinrichtungen für Essstörungen vor, die wir aber auch möglichst kurz halten wollen.

- Literatur

Wir empfehlen unseren Patientinnen hier vor allem das Lesen der „Patientenleitlinie“.

nr 02

THERAPIE

nr 03

Therapieprinzipien
Behandlungskredo, Erfahrungen und bewährte Herangehensweisen im Therapiealltag

Therapieziele
Unsere drei großen Goals und der Weg dorthin

nr 03

THERAPIEPRINZIPIEN

DAS BEHANDLUNGSKREDO

Unser Behandlungskonzept basiert auf einem mehrdimensional angelegten, strukturierten Therapieprogramm für alle Formen und Schweregrade von Essstörungserkrankungen. Wir setzen keine Sondenernährung ein, auch nicht bei Patientinnen mit extrem niedrigen BMI-Werten und verlangen auch keinen Mindest-BMI zur Aufnahme bei uns. Damit können auch schwerst Erkrankte von Anfang an in ein spezialisiertes psychosomatisches Therapiekonzept eingebunden werden. Auch skeletthaft Abgemagerte brauchen, wie alle Anorexie-Patientinnen, das essstörungsspezialisierte klinische Know-how und ein „antianorektisches Klima" um sich herum, um einen Einstieg in die Überwindung der Erkrankung zu finden und im Verlauf auch dabei zu bleiben.

So schwer die medizinischen Folgen und Komplikationen des Verhungerns in der Anorexie auch sein mögen, sie sind doch nur ein Begleitphänomen einer psychischen Störung. Und diese müssen neben den medizinisch notwendigen Maßnahmen auch in die psychotherapeutische Behandlung mit einbezogen werden. Es geht uns darum, dass Patientinnen möglichst frühzeitig in ein spezialisiertes Behandlungsprogramm kommen. Die Basis dafür, dass wir auch besonders niedrig gewichtige Anorexien in unserer Klinik aufnehmen können, stellt die Kombination aus einer internistischen, ernährungsmedizinischen und psychothe-

rapeutischen Kompetenz der Klinik auch mit krankenhaustypischen Heilmethoden dar. Wir haben dafür einen medizinischen Überwachungsbereich. Dies ist eine sehr gute Grundlage für die Durchführung einer dosierten Wiederernährung in einer für die Patientin körperlich sehr geschwächten und gleichzeitig hoch angst- bzw. aversiv besetzten Situation.

Bulimische Patientinnen kommen seltener zur stationären Aufnahme in unsere Klinik, da sie zumeist ambulant behandelt werden. Wenn dies aber scheitert, integrieren wir sie in das Essstörungs-Therapieprogramm zusammen mit den Anorexien. Viele Themen sind ähnlich, zumal Patientinnen mit einer Bulimia nervosa auch ein erniedrigtes Gewicht haben können und wenn sie Normalgewicht haben, sie dies oft weiter senken wollen und mindestens so viele essbezogene Sorgen haben wie die Anorexien.

KONZEPT: ZUSAMMEN STÄRKER

Die vielfältigen und oft komplexen Essstörungserkrankungen brauchen eine umfassende, sozusagen „ganzheitliche" Behandlung und ein sicheres, strukturiertes Umfeld, was einen Schutzraum vor den Anforderungen draußen beinhaltet. Dabei hilft es den Patientinnen, wenn sie es ermöglicht bekommen, ein Teil einer Gruppe (auch mit derselben Erkrankung) zu werden, die durch klare Regeln und Abläufe strukturiert ist, zusammenwächst, damit Kontakt und Sicherheit, aber auch Offenheit und Transparenz vermittelt.

Klinik Lüneburger Heide

DIE KARAWANE

Die Aufnahme in unser Therapieprogramm für eine Essstörungsbehandlung verstehen wir in etwa wie das Durchqueren einer Wüste – eingebunden in eine Karawane. In der Karawane wird etwas möglich, das alleine marschierend, auf sich selbst gestellt, auch mit der gleichen Ausrüstung, sehr schwierig, wenn nicht gänzlich unmöglich wäre.

In der Karawane gibt es eine klare, sichere Struktur die vorgibt, wann marschiert, wann gegessen und getrunken und wann sich ausgeruht wird. Vieles fällt leichter oder wird überhaupt erst möglich, wenn den Weg jemand vorgibt, der sich in der Wüste zurechtfindet, den Weg also oft gegangen ist. So wird vom Karawanenführer für alle der Tagesablauf bestimmt und Entscheidungen werden eben nicht nach dem eigenen Empfinden bzw. Ängsten getroffen, sondern nach den jeweiligen Erfordernissen in einem eher menschenfeindlichen unwirtlichen Umfeld. Wenn ein Sandsturm aufkommt, ist jemand präsent, der Sicherheit ausstrahlt und weiß, wie man sich zu verhalten hat, um diesen unbeschadet zu überstehen.

So sehen wir auch die Essstörungstherapie in der Klinik wie das Reisen in einer Karawane zum Durchqueren der Wüste: Wir geben als klinische Karawanenführer vor, wie man sich am besten zur Überwindung der Erkrankung verhalten soll: was, wann und wie viel gegessen und getrunken werden soll und wie viel sich bewegt werden darf. Und wir müssen auch immer wieder Einfluss nehmen, viel Motivieren und Mut machen zum Weitergehen, wenn es beschwerlich wird. Wie eben in der Wüste auch. So kommen wir am Ende eines oft langen und auch mühsamen Weges doch gemeinsam dem Ziel näher. Wichtig ist es zu verstehen, dass Karawanenführer nicht über ihre Mitreisenden bestimmen wollen, obwohl sie es in einer bestimmten Situation für eine bestimmte Zeit intensiv tun, sie tun nur ihren Job – genauso ist das bei uns Essstörungstherapeuten und dem gesamten Personal der Klinik für eine bestimmte Zeit eines besonderen gemeinsamen Weges.

DAS AUFNAHMEALTER & DIE ALTERSSPANNE DER PATIENTENTINNEN

Das Aufnahmealter unserer Patientinnen ist in den letzten Jahren gesunken: es gibt immer mehr, immer jüngere Patientinnen und am anderen Ende der Altersskala immer älter werdende Patientinnen. Dies trifft v.a. für die Anorexia nervosa zu.

Als Aufnahmebedingung für unter 14 Jährige (unsere eigentliche untere Altersgrenze) verlangen wir ein Vorgespräch zusammen mit den Eltern mit Klinikbesichtigung oder zumindest eine ausführliche telefonische Vorabklärung zur Frage, ob die Betroffenen nicht zu jung für unserer Therapieprogramm sind und eher eine Aufnahme in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Kinderpsychosomatik sinnvoller ist. Solch ein gemeinsames Gespräch ist auch kurzfristig planbar. Wir erklären dabei ausführlich unser Therapieprogramm und beantworten die drängenden Fragen. Auch kann dabei direkt ein Essplan zum mit nach Hause nehmen erstellt und damit mit der dosierten Wiederernährung schon einmal begonnen werden, wenn Betroffene drängen es noch einmal „alleine schaffen zu wollen".

BEGLEITUNG VON SEHR JUNGEN PATIENTINNEN

Unsere Entwicklung zur Aufnahme jüngerer Patientinnen (< 14 Jahre) wurde durch Aufnahmeanfragen aus Kinder- und Jugendpsychiatrien und durch die jungen Betroffenen selbst gefördert, die sich heute oft im Internet ihre Klinik aussuchen. Wir halten es bei den jüngeren Patientinnen auch für sinnvoll und günstig, dass ein Elternteil als Begleitperson zumindest in der Anfangsphase vor Ort bleibt, wobei wir die Unterbringung aus Platzgründen nicht in der Klinik, sondern in einem nahegelegenen Hotel vorschlagen müssen. In Ausnahmefällen würden wir ein Elternteil auch in ein gemeinsames Zimmer zusammen mit dem essgestörten Kind aufnehmen, besonders um die Integration einer unwilligen (besonders

Therapie unmotivierten oder ängstlichen Betroffenen) darüber zu erleichtern. Wir können uns damit auch in ungünstiges Verhalten zwischen Eltern und Kind einmischen, um damit die vielen Auseinandersetzungenund infolge von Schuldgefühlen auf beiden Seiten zu reduzieren.

DIE UNTERBRINGUNG VON PATIENTINNEN & DER UMGANG IN SONDERFÄLLEN

Bei allen Essstörungspatientinnen, vor allem den jüngeren, erfolgt die anfängliche Aufnahme in ein Doppelzimmer. Ab der Altersgruppe der Mitzwanziger kann – abhängig vom Symptomverhalten – auch die Aufnahme oder der rasche Übergang in ein Einzelzimmer erfolgen. Hier gibt es eine Warteliste. Wer von Anfang an eine Aufnahme in ein Einzelzimmer will, sollte in diesem Alter sein und auffällige essgestörte Verhaltensweisen, wie viel Herumlaufen, immer Stehen statt Sitzen und Gymnastik betreiben auf dem Zimmer oder das Zimmer immer unterkühlt haben wollen, bereits beendet haben, ebenso wie selbst induziertes Erbrechen oder Selbstverletzungen. In solchen Fällen kann dies schon vorab mit unserer Rezeption vereinbart werden.

Gleichzeitig wollen wir aber auch vermeiden, dass durch die Doppelzimmersituation eine Überforderung für eine Patientin entsteht. Eine solche könnte sich ergeben, wenn eine essgestörte Patientin ihre Symptomatik noch ungebremst auslebt und die Zimmernachbarin unter Druck setzt, nichts weiter zu sagen. Auch nächtliches bzw. frühmorgendliches Aufstehen (um den Energieverbrauch zu erhöhen) kann sehr störend für die Zimmernachbarin sein. Oft ist es jedoch so, dass ein solches Verhalten den typischerweise hoch sensiblen, an den anderen orientierten, essgestörten Patientinnen schwerer fällt, wenn sie eine Zimmernachbarin haben, die sie dadurch stören oder belasten könnten. Wir erwarten deshalb von der gemeinsamen Zimmersituation, dass selbstschädigendes Verhalten früher offenkundig wird indem sich Mitbewohnerinnen an das Personal oder an Mitpatientinnen wenden.

Wir treten mit der Doppelzimmersituation auch dem häufigen sozialen Rückzug unserer Patientinnen von Anfang an entgegen und sehen das Teilen eines Zimmers als Basis für viel Gemeinschaft und auch als ein soziales Kompetenztraining an. Dies hat sich über die Jahre als gut funktionierend erwie-

sen – auch hinsichtlich der Symptomaufgabe.
Mitbedingt wird dies sicherlich auch durch unsere Haltung, dass eine Zimmersituation jederzeit gewechselt werden kann. Dem Fördern des sozialen Miteinanders sind da Grenzen gesetzt, wo die „Chemie" zwischen zwei Patientinnen nicht stimmt, denn dann kann eine gemeinsame Zimmersituation anstrengend werden. Wir sehen einen Umzug in ein anderes Zimmer nicht als Weglaufen vor Anforderungen oder Konflikten an, sondern als gesunde Selbstbehauptung, denn gearbeitet wird in der Therapiezeit und das Zimmer ist ein Rückzugsort und damit ein Ort zum Ausruhen, Entspannen und sich Wohlfühlen. Warum es nicht geklappt hat mit der Zimmergemeinschaft, kann nach der Trennung bei Bedarf weiter bearbeitet werden, wozu wir auch Extratermine mit den Beteiligten vereinbaren.

Besondere Hilfestellungen brauchen gelegentlich Patientinnen, die die Erfahrung machen, dass ihre Zimmernachbarinnen nach kurzer Zeit wechseln, also die gemeinsame Zimmersituation einseitig oder unangekündigt auflösen. Die Gründe hierfür können vielschichtig sein. Sie beziehen sich oft auf noch niedrig gewichtige Patientinnen, wenn sie den Überwachungsbereich verlassen dürfen und einem freien Platz in einem Doppelzimmer, möglichst noch in der Nähe des Überwachungsbereichs, zugeordnet werden und noch in die Essstörung verstrickt sind. Es kann sich aber auch um Patientinnen handeln, die besondere Nähe-Distanz-Probleme haben, z.B. besonders eifersüchtig sind, wenn die Zimmernachbarin etwas ohne sie unternimmt, da sie eine intensive und ausschließliche Zweierbeziehung wollen. Auch das sich Vergleichen, wenig Gespür für die Privatsphäre der Zimmernachbarin haben oder sich so abweisend verhalten, dass die Mitbewohnerin sich einsam oder zurückgewiesen fühlt, können Gründe dafür sein. Es kann aber auch nur sein, dass die Mitpatientin mit einer anderen Patientin zusammenziehen will, die sie schon länger kennt, mit der sie sich angefreundet hat und auf deren Zimmer nun ein Platz frei geworden ist.

Wichtig ist es uns hier aus Selbstwert steigernden Gründen für die Zurückbleibende zu betonen, dass „für jemand anderes sein" nicht gleichzeitig „gegen mich sein" bedeutet.

KONTAKT ZU FAMILIE & FREUNDEN

In unserer Klinik gibt es kein Kontaktverbot zwischen Patientinnen und Eltern, Angehörigen oder Freunden und auch kein Handy- oder generelles Kontaktverbot „in die Welt draußen". Aber wir stimulieren Patientinnen dazu, ihre Sorgen oder Belastungen, die sich aus den Kontakten sowohl innerhalb als auch außerhalb der Klinik ergeben können, uns gegenüber möglichst rasch offenzulegen. Wir als Klinikpersonal sind dazu da uns darum zu kümmern.

UMGANG MIT KONFLIKTSITUATIONEN

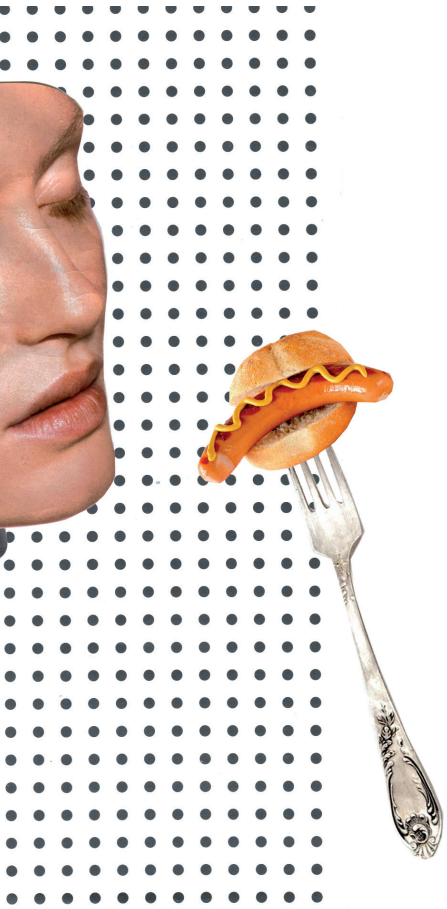
In unserem gruppendominierten Therapiesetting mit begleitenden Einzelterminen regen wir deshalb fortlaufend alle Patientinnen an, auch alle essgestörten Vorkommnisse bei sich und bei anderen – deretwegen sie ja nun einmal in der Klinik sind und die nicht automatisch beim Eintritt in die Klinik an der Rezeption abgegeben werden - zeitnah offenzulegen. Diese Art des Hilfesuchens ist die Voraussetzung für Veränderung und ein Zeichen sozialer Kompetenz und nicht etwa von „Petzen" oder „Verrat". Petzen ist nur etwas für kleine Kinder und nichts für Jugendliche oder Erwachsene: sie petzen nicht, sie zeigen Zivilcourage bzw. soziale Kompetenz, wenn sie ihr eigenes (ess)gestörtes Verhalten oder das von anderen ansprechen oder melden. Denn alle Patientinnen, die in die Klinik kommen, wollen ihre Essstörung loswerden: Je früher desto besser. Davor steht aber das darüber ins Gespräch kommen und gemeinsam heraus finden, wofür die Essstörung steht.

Konflikte, die sich mit noch schwer in die Essstörung verstrickten Mitpatientinnen ergeben, die in der Therapie fortgeschrittene Patientinnen auch einmal nerven können, gehören in die Hände des Personals. Wenn vor den Augen der anderen in der gemeinsamen Zimmersituation oder auf dem Balkon Gymnastik getrieben oder anderes Therapie schädigendes Verhalten ausgeführt wird, dann gehört das innerhalb der Klinik angesprochen – auch in der nächsten Therapiesitzung – denn diese Betroffene braucht dringend Hilfe, auch im Sinne von Begrenzung. Wir werden dann gemeinsam Lösungen finden – ohne Gewinner oder Verlierer zu hinterlassen und v.a. die Mitpatientinnen entlasten, wenn wir als Personal uns darum kümmern.

nr 03

Gleichzeitig würden wir auch darauf drängen, dass die Verursacherin eines Problems auf einem Doppelzimmer (ggf. auch die davon belastete Zimmernachbarin, wenn sie das lieber will) das Zimmer wechselt. Das Prinzip Doppelzimmer ist dann nicht wirksam genug, um gestörtes Verhalten und Selbstbeschädigung zu unterbinden. In den meisten Fällen sind die Zimmernachbarn dankbar für diese Maßnahme.

Durch einen Neuanfang erfahren auch die Betroffenen selbst eine Erleichterung, auch wenn der erste Schritt zunächst über eine Phase ihrer Unterbringung in unserem medizinischen Überwachungsbereich sein kann. Damit lässt sich das soziale Miteinander weniger schuldbehaftet gestalten. Der therapeutisch geführte Umgang mit Problemen und Konflikten – auf der Basis der vorgegebenen Klinikregeln – ermöglicht den Betroffenen gleichzeitig einen Einstieg in ihre ty-



nr 03

pischerweise von der Essstörung gedeckelte Aggressionsproblematik zu finden, die einer Aggressionshemmung entspricht. Gemeint ist hier, dass Patientinnen in ihren Lebensbezügen zu wenig gesund aggressiv auftreten und nicht genug aktiv für sich einstehen können, wenn sie angegriffen werden. Wir gehen davon aus, dass dies in ihrem Naturell begründet liegt und sie zu vorsichtig und zurückhaltend sind. Aggressive Impulse nehmen sie zu wenig und wenn, dann erst verzögert wahr und können damit auch zu wenig auf das reagieren, was sie von außen trifft. Sie fragen sich viel mehr, was andere von ihnen erwarten und viel zu wenig, was erwarte ich denn von den anderen. Günstig wäre hier ein 50:50 Verhältnis, was es zu entwickeln gilt.

DIE ZWEI SÄULEN DER ESS-STÖRUNGSTHERAPIE

Die Essstörungstherapie ruht heute auf zwei Säulen:

- die eine zentrale Säule ist die Wiederernährung zur Gewichtsrestitution und der Normalisierung des Essverhaltens,

- die andere Säule ist der störungsspezifische Psychotherapieprozess mit der Auseinandersetzung und infolge Veränderung der Faktoren, die die Essstörung verursachen und aufrechterhalten.

Beide Therapieprinzipien setzen wir von Anfang an und parallel ein. Sie sind als gleich wertig und gleich wichtig anzusehen, sind miteinander verwoben und beeinflussen sich gegenseitig. Wir Therapeuten sind uns darüber im Klaren, dass die Wiederernährung bzw. Symptomaufgabe oft auch gegen den zumindest anfänglichen Widerstand der Patientinnen durchgesetzt werden muss, es aber gleichzeitig ohne die Entwicklung einer Zusammenarbeit mit ihr auch nicht geht. Deshalb treten von Anfang an Konflikte und Auseinandersetzungen zwischen Patientinnen und Personal auf, die konstruktiv und die Betroffene schützend ausgetragen werden müssen. Das Verständnis für diese Abläufe und der professionelle Umgang damit (ohne dass wir uns in Machtkämpfen aufreiben und die Patientin aus dem Kontakt verlieren) sind wiederum Teil des störungsspezifischen Psychotherapieprozesses, der viel Kontakt, Transparenz und Offenheit braucht. Wesentlich wird dabei für alle Beteiligten sein, dass sie unterscheiden zwischen Patientin und Problem.

»DIE PATIENTIN HAT EIN PROBLEM UND NICHT DIE PATIENTIN IST DAS PROBLEM.«

nr 03

nr 03

THERAPIEZIELE

GEWICHTSERHÖHUNG

In der stationären Behandlungszeit ist bei Anorexia nervosa Patientinnen eines der wichtigen Therapieziele die Gewichtszunahme. Wir folgen dabei wissenschaftlichen Empfehlungen (der Deutschen S3 Leitlinie Essstörungen), wonach eine wöchentliche Gewichtszunahme von 500 - 1000g angestrebt wird. International gibt es aber inzwischen Empfehlungen, auch über ein Kilogramm (z.B. 1,5kg) pro Woche zuzunehmen. Körperlich ist das unschädlich, im Gegenteil sogar hilfreich, wenn schneller ein gesünderes Gewicht und damit die Überwindung des Hungerzustandes – einer mehr oder weniger ausgeprägten Hormon- und Stoffwechselkrankheit - stattfindet. Dabei ist die Anorexiegrenze (BMI 17,5kg/m^2 oder die 10. PZ) das Mindestziel, besser noch ist es aber direkt und ohne Unterbrechung bis zum Normalgewicht (BMI >18,5 kg/m^2 oder > 25. PZ) zuzunehmen. Damit sind die Chancen zum Überwinden der Essstörungserkrankung am größten.

»DIE GEWICHTSZUNAHME IST NICHT ALLES, ABER OHNE DIE GEWICHTSZUNAHME IST ALLES NICHTS!«

BULIMISCHE SYMPTOMAUFGABE

Liegt eine begleitende bulimische Symptomatik bei Anorexia nervosa Patientinnen vor, wie Erbrechen nach Essanfällen oder auch nur nach normalen Mahlzeiten oder ein Abführmittelmissbrauch, steht dies einer Gewichtszunahme grundsätzlich im Weg, ebenso wie ein übertriebenes Bewegen und Sporttreiben zum Kalorienverbrennen. Deshalb fördern wir das Aufgeben einer solchen begleitenden Symptomatik von Anfang an intensiv.

Bei Patientinnen mit einer Bulimia nervosa ist das Wiedereinführen des regelmäßigen Essens, also einer angemessenen Essmenge und Essstruktur eine wichtige Voraussetzung für das Aufgeben der bulimischen Symptomatik, da Heißhungererleben häufig bulimische Symptomatik auslöst. Bei den zumeist normalgewichtigen Bulimie-Patientinnen steht erst einmal die Gewichtsstabilisierung im Vordergrund, wobei es oft auch darum geht, ein höheres als das gewünschte Gewicht (im Normalbereich) zu tolerieren.

NORMALISIERUNG DES ESSVERHALTENS

Zur Normalisierung des Essverhaltens zählen wir das Wiederherstellen einer normalen Essstruktur und Esskultur, aber auch das Akzeptieren einer Essmenge, die zu einer notwendigen Gewichtszunahme oder zum Gewicht halten gebraucht wird. Normalisierung bedeutet hier das Wiederaufnehmen einer Regelmäßigkeit und damit Häufigkeit des täglichen Essens, aber auch einer gesunden Art und Weise des Essens, wozu das Aufgeben von Ritualen, Zwängen oder anderen gestörten Essverhaltensweisen zählt. Ein weiterer Schritt ist dann das Reduzieren der Überbeschäftigung mit den Themen Essen und Gewicht – gemeint ist hier auch gedanklich – was durch einen Essplan unterstützt wird, den wir gemeinsam erstellen, dann ausdrucken und auch den Betroffenen aushändigen und immer wieder gemeinsam den Erfor-

dernissen anpassen. Wenn wir uns von professioneller Seite her um die Ernährung gut kümmern, dabei Sicherheit und Halt vermitteln, müssen es die Betroffenen immer weniger tun, so wie es bei Menschen ohne eine Essstörung auch ist. Eine gesunde Selbstfürsorge aufbauen, bedeutet dann zu akzeptieren, dass das tägliche angemessene Essen zum normalen Leben gehört, den Tagesablauf angenehm immer wieder unterbricht, sich dadurch „Pausen" ergeben und Essen nicht nur den Hunger stillt, sondern auch gemocht und immer mehr auch ein bisschen „zelebriert" wird. Essen ist eine einfach und häufig erreichbare, kleine und dazu auch noch gesunde Möglichkeit der „Selbstberuhigung und Selbstbefriedigung", und aus sozialer Sicht noch gesellig dazu, da Kontakt fördernd und Familie wie auch Freundschaft beim Essen erlebt werden können.

ENTWICKLUNG EINES STÖRUNGSMODELLS

Zur Entwicklung eines Störungsmodells gehört am Beginn die Aufklärung über das Wesen der Essstörungserkrankung - über das was man heute über Ursachen und Auslöser weiß: zur Genetik, zu Persönlichkeitsfaktoren, zu familiären und Umweltfaktoren. Dies zieht sich neben einer kontinuierlichen „Motivationsarbeit" durch den gesamten Therapieprozess. Das bedeutet, dass die Betroffenen fortlaufend zum Überwinden der Erkrankung angeregt und deren Vor- und Nachteile diskutiert werden. Die Erarbeitung der individuellen Hintergründe und die aufrechterhaltenden Faktoren der Erkrankung sind weiteres großes Thema, dessen Bearbeitung in der Gemeinschaft der Mitpatientinnen, aber auch unter Miteinbezug der Familie, erfolgt. Persönliche Hintergründe werden auch über einen Zeitstrahl, die sog. „Lebenslinie" dargestellt, indem wichtige Lebensereignisse dem Verlauf der Essstörungserkrankung zugeordnet werden. Damit verbunden ist – und im Gesamttherapieprozess verankert - die Auseinandersetzung mit einer gesünderen Gefühlsregulation und

Selbstbehauptung.
Eigene und v.a. negative Gefühlsregungen sollen besser und früher erfasst und dann differenziert werden (bin ich traurig oder eher ärgerlich?), um sie anders als essgestört oder anderweitig selbstschädigend zu regulieren. „Nicht, ich bin zu dick, sondern was ist zu dick im Sinne von zu viel für mich?" wäre so eine typische Diskussionsbasis.

Wir sprechen hier auch von einer Verbesserung der Mentalisierung, was meint, sich im Denken breiter aufzustellen und nicht zu eingeengt und auf Details focussiert zu sein, da man damit zu wenig Überblick hat. Insgesamt geht es um den Aufbau einer gesunden Selbst- und infolge auch Körperakzeptanz: mich selbst und meinen Körper in normalem Maß zu mögen. Das Resultat davon wäre, den Körper im gesunden Sinn in Ruhe zu lassen und das Selbstwertgefühl durch andere persönliche Eigenschaften zu stärken, die man an sich wertschätzt und nicht nur durch ein niedriges Gewicht.

RÜCKFALLPROPHYLAXE UND DAMIT TRANSFER DES ERREICHTEN IN DEN ALLTAG

Patientinnen machen sich oft Sorgen, dass Angehörige und Freunde meinen, dass mit der Gewichtserhöhung oder Aufgabe des essgestörten Verhaltens oder anderer Selbstbeschädigungen alles wieder gut ist und sie ein normales Leben – was immer das für den Einzelnen bedeutet – wieder aufnehmen können. Dem ist nicht so. Betroffene müssen das, was sie in der Klinik an Neuem gelernt haben, zuhause auch umsetzen, was Übung braucht. Das wird leichter gehen, wenn sie sich dabei unterstützt erleben in allen ihren Lebensbereichen. Ihre hohe Sensibilität und übermäßige Genauigkeit, ihre Leistungsorientierung und ihr Perfektionsstreben – also ihr anorexietypisches Naturell – bleibt ja bestehen. Sie brauchen aber einen anderen Umgang damit, um sich in unserer doch recht komplexen Welt zurechtzufinden.

Auch Rückfälle in die Essstörung sind dabei zu erwarten, was nicht gleichgesetzt werden muss mit wieder in das Vollbild der Erkrankung zurückzufallen. Das wird davon abhängen, wie damit umgegangen wird. Vor allem sollten Angehörige oder Freunde nicht darüber enttäuscht reagieren; das würde eher zur Verstärkung beitragen. Am besten ist es, gelassen und mit Verständnis, aber auch konstruktiv kritisch zu reagieren, was meint, essgestörtes Verhalten nicht zu übersehen oder einfach nur weiterlaufen zu lassen, sondern zu versuchen, die Betroffenen wohlwollend, gerne auch mit Humor zu begrenzen und zur Intensivierung der therapeutischen Behandlung zu stimulieren. Die Betroffenen berichten auch gute Erfahrungen mit nur kurzen – sozusagen zum Gesundwerden zwischengeschalteten – Klinikaufenthalten, was wir in den Entlassungsgesprächen ansprechen und sehr zur Beruhigung der Entlasssituation beitragen kann.

ABBRÜCHE

Auch wenn Betroffene einen Klinikaufenthalt abbrechen, können sie ihn bei uns wieder aufnehmen und weiterführen; sie brauchen sich dafür nicht zu schämen. Wir wollen einen Therapieabbruch aber immer verhindern, da dieser einer Chronifizierung der Erkrankung weiter Vorschub leisten kann, wozu es bei diesen Erkrankungen sowieso schon häufig kommt. Falls es dennoch zum Abbruch kommen sollte, sehen wir das oft damit verbunden, dass die psychischen Folgen des Hungerns die Mitarbeit in der Therapie so beeinträchtigen, dass es sich für die Betroffenen so anfühlen kann, als müssten sie sich zwischen zwei gleich schweren Wegen entscheiden.

IN DER ESSSTÖRUNG BLEIBEN ODER DIE ESSSTÖRUNG ÜBERWINDEN

Wir verstehen das, raten aber zu dem Weg, auf dem "Licht am Ende des Tunnels" ist und das ist das Überwinden der Erkrankung!

MITBEHANDLUNG VON BEGLEITERKRANKUNGEN

Sofern Begleiterkrankungen die Zunahme- oder den Gewichthalteprozess behindern, müssen wir sie mitbehandeln. Dabei können diese durch die Essstörung selbst bedingt sein (Depressionen, Ängste oder Zwänge) und sich alleine durch die Gewichtszunahme oder die bulimische Symptomaufgabe und die wieder regelmäßige und angemessene Ernährung bessern oder sogar verschwinden. Deshalb muss das Erreichen einer Gewichtszunahme bzw. das Aufgeben einer bulimischen Symptomatik und angemessenen (Wieder) Ernährung immer im Vordergrund stehen, da sich damit Vieles erledigen kann.

Es kann aber Störungen geben, bei denen das nicht so ist (z.B. Selbstverletzungen, Persönlichkeitsstörungen) und auch eine nicht bekannte ADHS(Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung) kann die Überwindung der Essstörungserkrankung erschweren, so dass wir diese mitbehandeln. Wichtig zu wissen ist auch, dass solche Begleiterkrankungen die typische Symptomatik einer Essstörung in ihrem Erscheinungsbild nach außen verändern kann. Bei einer medikamentösen-Mitbehandlung der ADHS brauchen wir aber als Vorbedingung die stabile Aufgabe einer bulimischen Symptomatik, ansonsten wäre die Medikamentenaufnahme zu unsicher.

Auch bei einer schwereren depressiven oder Angststörung kann eine medikamentöse Mitbehandlung hilfreich sein. Für die Betroffenen kann sich der Therapiefortschritt verbessern und auch das alltägliche Leben in der Klinik leichter werden. Dies gilt auch für schwerere Zwänge, Schlafstörungen, Albträume und Traumafolgestörungen, wobei es für letztere bei uns spezielle Traumatherapieverfahren gibt.

nr 03

THERAPIEPROGRAMM

DIE THERAPIEBAUSTEINE

Wir definieren fünf Therapiebausteine in unserem mehrgleisigen Therapieprogramm:

1. MEDIZINISCHES MONITORING
Bestandsaufnahme / Medizinische Behandlung / Überwachung im Verlauf

2. ESS-PSYCHO-THERAPIE
Essplan gestützte (Wieder)Ernährung / Essprotokoll mit individueller Anpassung nach vordefinierten Wiegeterminen / Nachbetreuung von Mahlzeten / Symptomdruckbetreuung / Symptomanalysen (auch schriftlich durch die Patientinnen selbst mit einem Vordruck, den die MZ ausgibt)

3. STÖRUNGSORIENTIERTER PSYCHOTHERAPIEPROZESS
Gruppendominiert in den sogenannten Basisgruppen / begleitende Einzel / Symptomgruppen (Anorexie / Bulimie); Kunst- und Körperbildtherapie (in derselben Zusammensetzung wie die Basistherapiegruppe) / Eltern-, Familien- und Paar-Therapie bzw. Trainung / Skillsgruppe / Soziales Kompetenztraining / CRT (Kognitives Flexibiliätstraining) / Entspannungs-, Physio- und Bewegungstherapie

4. UNTERSTÜTZUNGSSYSTEM

Unterstützungssystem durch essgestörte und damit das Spezifische der Essstörungserkrankung verstehende Mitpatientinnen, therapeutisch angeleitet; Klinikschule

5. ORGANISATION DER POSTSTATIONÄREN WEITERBETREUUNG

Hilfe bei der poststationären Lebenssituation und Weiterbetreuung, z.B. Hilfen zur Aufnahme oder Weiterführung einer ambulanten Psychotherapie und anderer ambulanter Hilfen; Übergang in ein betreutes Wohnen für Essstörungen.

nr 03

1. MEDIZINISCHES MONITORING

Das medizinische Monitoring brauchen wir zur Bestandsaufnahme der medizinischen Folgen des Hungerns und weiterer essgestörter Verhaltensweisen (Erbrechen, Abführmittel- Diuretika- oder anderer Medikamentenkonsum / übertriebenes Bewegen / unsinniges Sporttreiben / Gymnastik). Zum anderen wird es zur Überwachung und Behandlungskontrolle während der Wiederernährung und Symptomaufgabe oder bei Rückfällen gebraucht. Dazu gehört auch unsere medizinische Überwachungseinheit.

MEDIZINISCHE ÜBERWACHUNGSEINHEIT

Inzwischen gibt es 4 Plätze in unserer medizinischen Überwachungseinheit, die sich neben unserem Schwesternzimmer befindet. In diesem werden Patientinnen nach bestimmten Gefahrenindikatoren aufgenommen:

- mit einem BMI < 12 kg/m²
- mit Kaliumwerten < 3,0 mmol/l
- mit einer Herzfrequenz < 40 Schlägen pro Minute
- mit einem größeren Perikarderguss (Wasser im Herzbeutel)
- mit einem eigenständig nicht mehr kontrollierbaren Ausleben eines hohen Bewegungsdranges
- mit schwerem Erbrechen oder hohem Selbstverletzungsdruck und anderen schwereren medizinischen oder psychischen Auffälligkeiten

Mit der Übernahme von Patientinnen in die Überwachungseinheit kann eine engmaschige pflegerische / cotherapeutische und ärztliche Betreuung erfolgen, sodass auch die Patientinnen, die unsicher absprachefähig erscheinen, hier betreut werden.

ROLLSTUHL

Patientinnen der medizinischen Überwachungseinheit mit einigen der genannten Gefahrenmarker, vor allem alle Patientinnen < BMI 12kg/m² werden zur sicheren Bewegungsreduktion und damit zum Niedrighalten des Energieverbrauchs zu allen Therapieangeboten, aber auch zum Essen oder anderen Kontakten (Cafeteria, Raucherecke) im Rollstuhl gefahren. Das schützt sie auch vor Unfällen. Das Rauchen von Patientinnen im Überwachungsbereich versuchen wir auf maximal fünf Zigaretten pro Tag zu beschränken und kann auf der Terrasse vor dem Überwachungsbereich erfolgen. Für Angehörige, die ihre magersüchtige Tochter, Schwester oder Ehefrau in der Klinik das erste Mal in einem Rollstuhl sitzend sehen, kann diese Tatsache als Signal wirken, das ihnen – vielleicht zum ersten Mal – die besondere Schwere und Bedrohlichkeit der Erkrankung deutlich macht.

ÜBERWACHUNGSWOHNZIMMER

Wir haben auch ein „Überwachungswohnzimmer", einsehbar vom Schwesternzimmer. Wenn Patientinnen Symptomdruck ausgesetzt sind, sollen sie sich v.a. nach den Mahlzeiten dort aufhalten. Hier ist der ständige Kontakt zum Pflegepersonal und auch zu Mitpatientinnen möglich. Hier werden auch die im Skillstraining erlernten Strategien weiter geübt.

ALLGEMEINE MEDIZINISCHE DIAGNOSTIK

Am Aufnahmetag werden als erstes das Aufnahmegewicht und die Körpergröße erhoben und damit der BMI berechnet, womit eine Stufeneinteilung (siehe den Stufenplan im Anhang) erfolgen kann. Noch wichtiger ist uns aber das erste Nüchterngewicht, auf das wir uns im weiteren Verlauf beziehen, so dass immer am Tag nach der stationären Aufnahme ein weiteres Wie-

gen (nüchtern, mit leerer Blase, nur in Unterbekleidung, immer in Personalbegleitung) stattfindet. Am Aufnahmetag wird auch ein Ruhe-EKG abgeleitet. Verlaufskontrollen (auch Langzeit-EKG-Untersuchungen) werden durchgeführt, um zu dokumentieren, dass sich die Herzfrequenz mit der Gewichtserhöhung (oft schon relativ bald) normalisiert. Kontinuierliche Herzfrequenzableitungen (am Monitor) finden v.a. nachts im Überwachungsbereich statt, wenn es Auffälligkeiten (v.a. eine zu niedrige, seltener eine erhöhte Herzfrequenz oder Rhythmusstörungen) gibt.

Bei allen Patientinnen mit einem Aufnahme-BMI < 17,5 kg/m^2 führen wir in den ersten Tagen eine Echokardiographie (zur Erfassung des häufigen Perikardergusses = Wasser im Herzbeutel) durch. Dieser bildet sich parallel zur Gewichtszunahme zurück. Wir setzen in diesen Fällen sehr auf eine Bewegungsreduktion; dies zum Einen zur Herz-Kreislauf-Entlastung, zum Anderen aber auch zum Kalorieneinsparen, damit die Gewichtszunahme möglichst zügig erfolgt und parallel dazu die Rückbildung des Perikardergusses.

Die umfangreiche Aufnahmelabordiagnostik lassen wir in einem auswärtigen Labor durchführen. Innerhalb der Klinik können wir aber jederzeit die Elektrolyte bestimmen, was v.a. bei bulimischem Verhalten wichtig ist. Ruheumsatz- und BIA-Messungen (Bioimpedanzanalysen zur Einschätzung der Körperzusammensetzung, insbesondere des Körperwasser- und Fettanteils) führen wir sowohl bei Aufnahme und Entlassung als auch bei Bedarf im Verlauf (v.a. bei unklaren Gewichtsanstiegen) durch. Daneben besteht bei Bedarf auch die Möglichkeit, weitere Ultraschalldiagnostik, Langzeit-EKG-Untersuchungen, Langzeitblutdruckmessungen, Belastungs-EKG und Lungenfunktionsprüfungen, aber auch H_2-Atemtest-Untersuchungen durchzuführen.

VERHALTENSMONITORING

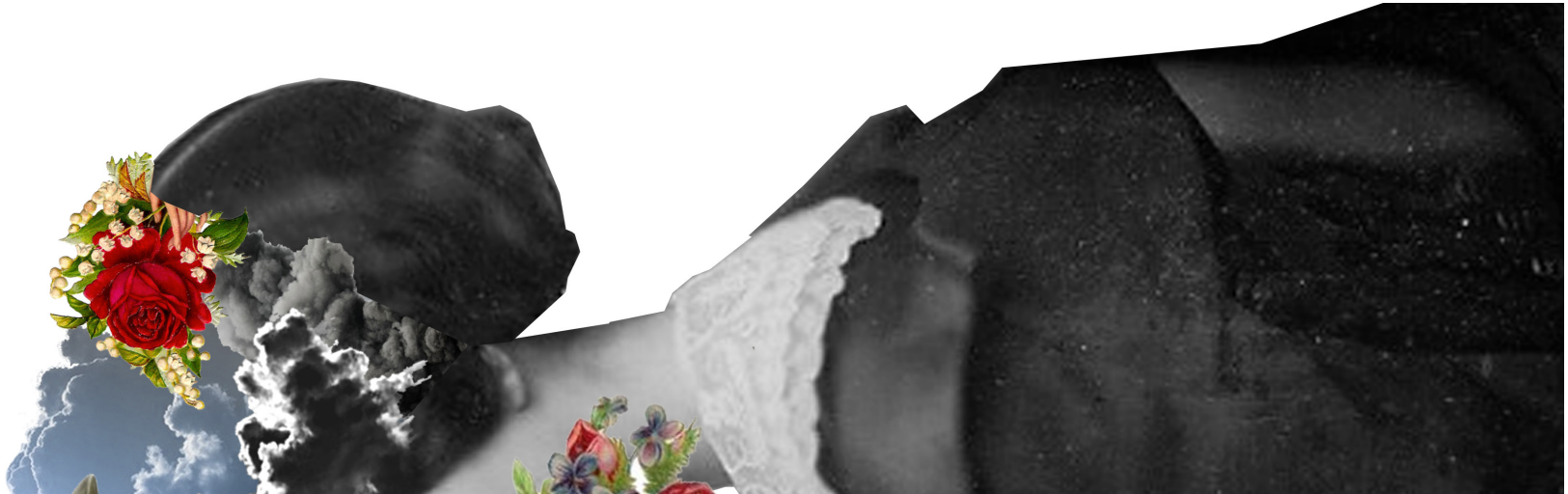
In einer essstörungsspezialisiert arbeitenden Klinik muss das Personal geschult und erfahren sein im Wahrnehmen und Interpretieren der zahlreichen Aspekte im Verhalten der Patientinnen. Unser Kliniksetting sieht für alle Patientinnen unter BMI 14 kg/m² vor, dass sie auf dem Klinikgelände bleiben und dieses nicht verlassen (sog. Klinikschutz), auch nicht zusammen mit den Eltern und auch nicht an Weihnachten oder zum Geburtstag o.ä. (siehe dazu den Stufenplan). Aus internistischer Sicht ist bei einem BMI <14 kg/m² immer mit medizinischen Folgen des Hungerzustandes zu rechnen, so dass dieser Gewichtsbereich als kritisch niedrig angesehen wird.

Eine generelle Bewegungsreduktion schlagen wir für alle Patientinnen vor, die zunehmen müssen, d.h. deren Gewicht noch unterhalb der Normalgewichtsgrenze (BMI 18,5kg/m² oder unter der 25.PZ bei den < 16 Jährigen) liegt. Mit der einfachen Strategie - angemessene Kalorienzufuhr und gleichzeitige Bewegungseinschränkung - lässt sich eine Gewichtszunahme viel einfacher und weniger eingreifend erreichen, als wenn übermäßige Bewegung und gestörtes Essverhalten toleriert oder übersehen werden und dann invasive Maßnahmen wie Ernährungssonden/Infusionsernährung, Aufnahmen in geschlossene psychiatrische oder intensivmedizinische Abteilungen mit medikamentöser Ruhigstellung und sogar Fixierung zum Einsatz kommen müssen. Besonders bei den schwerer kranken Anorexiepatientinnen kann nicht an ihre Selbstverantwortung appelliert werden, da sie nicht in der Lage sind diese adäquat zu übernehmen. Sie brauchen rechtzeitige und angemessene Steuerungshilfen von außen für ihr gestörtes Verhalten, wie das auch Menschen in Hungerexperimenten zeigen.

THERAPIE

Klinik Lüneburger Heide

nr 03



KÖRPERVISITEN UND IN DEN KONTAKT GEHEN

Körpervisiten finden bei Patientinnen mit Selbstverletzungsverhalten von mehrmals täglich bis z.B. nur noch wöchentlich statt. Wir verstehen darunter festgelegte Termine bei den Schwestern in unserer Medizinzentrale (MZ), die diejenigen Körperbereiche inspizieren, an denen selbstverletzendes Verhalten ausgeübt wird. Gleichzeitig dient dies zum angemessenen Behandeln von Wunden. Zudem wird ein Symptomanalysebogen ausgehändigt zur genauen Erfassung der Vorbedingungen für das Auftreten von Selbstbeschädigungen, der später gemeinsam durchgearbeitet wird. Wir fördern insgesamt fortlaufend in seelischen Notlagen das „in den Kontakt gehen", damit die Betroffenen lernen diese anders – im Sinne von besser – zu regulieren als über das „sich selbst Beschädigen". Das „in den Kontakt gehen" ist eine „zentrale Schaltstelle" in der Psychotherapie.

MEDIKAMENTÖSE MITBEHANDLUNG

Der Einsatz von Psychopharmaka ist im Einverständnis mit den Betroffenen oder bei Minderjährigen auch der Eltern möglich (z.B. kommen Antidepressiva, Schlafmittel oder seltener auch Neuroleptika zum Einsatz). Eine Medikation kann helfen, Begleitsymptome der Essstörung (Bewegungszwang, hohe innere Unruhe und Depression) abzumildern, aber es gibt kein Medikament gegen die Magersucht oder überhaupt gegen Essstörungen.

2. ESS - PSYCHO - THERAPIE

Wir verstehen darunter eine strukturierte, Essplan gestützte (Wieder)Ernährung mit einer therapeutischen Grundhaltung, die die Durchsetzung des Aufessens mit Verständnis, Wohlwollen, Klarheit und Konsequenz ermöglicht. Wir arbeiten in unserer Klinik magensondenfrei und definieren (nach Frau Dr. Gerlinghoff) „Essen als Medizin". Da es kein körperliches Problem gibt, das die Wiederernährung behindert, wollen wir sie auch nicht mit körperlich eingreifenden Methoden durchführen.

VERANTWORTUNGSÜBERNAHME DURCH DAS PERSONAL

Patientinnen im Hungerzustand wissen nicht mehr, wie sie sich ernähren sollen, obwohl oder gerade weil sie hochkompliziert mit dem Thema Ernährung beschäftigt sind; sie brauchen Vorgaben in der Wiederernährung, so wie jeder Hungernde (aus welchen Gründen auch immer), der wiederernährt werden muss.

IM EINZELNEN GEHÖREN DAZU:

• Der Stufenplan (BMI - Erfassung und Regelwerk - Beschreibung im Anhang)

• Das Aufnahmegespräch mit einer Ernährungsfachkraft noch am Aufnahmetag mit Ernährungsanamnese und erster gemeinsamer Essplanerstellung, wobei der Essplan der Patientin ausgehändigt wird und für alle verbindlich ist.

• Das „betreute Essen" mit vorportioniertem Tellerservice entsprechend dem Essplan, kein Bedienen am Buffet, eine Zeitbegrenzung beim Essen, gezielte Interventionen gegen essgestörte Verhaltensweisen bis hin zum Essen wegnehmen, wenn dies zerstört wird mit Ersatz durch z.B. Flüssignahrung nach vorherigen zweimaligen Hinweisen zum Korrigieren. Hier kann auch die Vorbereitung auf eine bestimmte Mahlzeit zur Angstlinderung wichtig sein.

• Als nächster Schritt folgt das Vorzeigen des selbst portionierten Tellers (entsprechend dem Essplan) mit ggf. sofortiger Korrektur einer falschen Portionierung durch eine Ernährungsfachkraft und das Üben des Portionierens, s.u. Wenn das Portionieren (über mehrere Tage) stimmt, kann eigenständiges Portionieren und Essen im Kreis anderer (gerne angenehmer) Mitpatientinnen (Selbstauswahl möglich) im Speisesaal begonnen werden. Ein jederzeitiger Rückgang in die betreute Ess- oder Vorzeigesituation findet bei Problemen (und vorheriger Diskussion in der Mittagsgruppe) statt.

• Die Mittagsessstörungsgruppen I und II (Großgruppen und Mittelpunkt des Esspsychotherapieprozesses) finden täglich für alle Patientinnen mit einer Essstörung nach dem Mittagessen statt, getrennt nach Anorexie (Mittagsgruppe I für alle Patientinnen unterhalb der Anorexiegrenze und Mittagsgruppe II für Bulimie- und Anorexiepatientinnen mit einem Gewicht oberhalb der Anorexiegrenze). Hier erfolgt das Besprechen aller ess-, trink-, gewichtsverlaufs- und bewegungsrele-

vanten Themen. Diese Gruppe arbeitet speziell am Symptom der Essstörung und sie ist die zentrale Stelle für alle Abspachen in der Essstörungstherapie.

- Einzeltermine zur individuellen Anpassung und Gestaltung des Essplans finden bis zu mehrmals wöchentlich statt, auch zur Angstlinderung und zum Durchsprechen der jeweiligen aktuellen Schwierigkeiten; diese Termine sind sehr beliebt und können so oft wie möglich stattfinden, sie sind auf ¼ Stunde begrenzt.

- Ein Portionstraining (sog. Löffeltraining) wird als Portionierungshilfe zum späteren Selbstbedienen am Buffet angeboten.

- Später finden Lehrkücheneinheiten mit Themen wie Vorratshaltung, Einkaufen u.a. als Vorbereitung für zuhause statt, wobei wir das selber Kochen erst mit dem wieder erreichten Normalgewichtsbereich vorschlagen, denn Anorexiepatientinnen können oft gut kochen aber nicht für sich sondern nur für die anderen. Ihr Problem ist nicht das Kochen sondern das Essen.

- Das Abschlussgespräch mit den Ernährungsfachkräften (genauso wichtig wie das Aufnahmegespräch) dient der Essplanerstellung für zu Hause. Wir stimulieren hier auch zu Emailkontakten mit weiterhin wöchentlichen Rückmeldungen des Gewichts und damit mögliche Hilfen bei der Essplananpassung; desweiteren werden Absprachen für das Essen in Schule oder Beruf getroffen; auch der Miteinbezug von Familienangehörigen ist im Abschlussgespräch – oder auch schon früher – möglich und wird von uns dringend empfohlen.

- Bewegungs-, und physiotherapeutische Angebote oder ein Boxsacktraining kann vom Gewicht abhängig, unter Anleitung durch unsere Bewegungs-/Physiotherapeutin (inklusive der Einweisung in ein Gerätetraining) nach ärztlicher Verordnung stattfinden. In niedrigeren Gewichtsbereichen

(BMI <14 kg/m²) kann an Entspannungstherapien, wie PMR (Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson) und an milden physiotherapeutischen Angeboten (Stretch und Relax) und an der Tanztherapie (bei begonnener Zunahme ab Stufe II) teilgenommen werden.

WIEDERERNÄHRUNG

Wir verwenden den Begriff Wiederernährung, da er darauf hinweist, dass diese einen Unterschied zur normalen Ernährung ausmacht. Sie erfordert kalorisch (in Kilokalorien pro Kilogramm Körpergewicht) eine (zumeist deutlich) höhere Dosierung des Essens als dies zum Gewichthalten erforderlich wäre. Ein erhöhter Kalorienbedarf in der Wiederernährung hat mit der besonderen Stoffwechsel- und Hormonsituation im Hungerzustand und/oder auch mit einem erhöhten Bewegungsausmaß zu tun.

Wir fangen die Wiederernährung mit 50kcal/kg KG und einem mindestens auf 40% erhöhten Fettanteil an und müssen dann im Verlauf auf die individuell notwendige Kalorienmenge (entsprechend der Gewichtsentwicklung an den Wiegetagen) steigern, damit eine Gewichtszunahme von 500 - 1000g pro Woche möglich wird.

Erreichen Patientinnen die minimale wöchentliche Gewichtszunahme von 500g nicht - wir diskutieren immer montags in der Mittagsgruppe das Wochengewicht und überprüfen damit den Gewichtsverlauf der letzten Woche - müssen Essplananpassungen erfolgen. Dies geschieht durch Erhöhungen in 200kcal Schritten (mit ebenfalls einem 40 % igen Fettanteil), wobei die Betroffenen entscheiden womit sie erhöhen wollen, was aber die Ernährungsfachkraft verantworten muss. Diese Essplananpassungen werden in der Mittagsgruppe im Kreise aller essgestörten Mitpatientinnen verhandelt und schließlich beschlossen, wobei die konkreten Essplanveränderungen dann in den Einzelterminen (Patientin und

Ernährungsfachkraft) am Nachmittag stattfinden. Alle Erhöhungen oder auch einmal Reduktionen finden jeweils am Wiegetag statt, da notwendige Erhöhungen keinen Aufschub erfahren dürfen, aber auch nicht ohne Wissen um das konkrete Gewicht erfolgen sollen. Reduktionen können bei mindestens zweimal hintereinander erfolgter Zunahme über 1 Kg pro Woche durchgeführt werden, wenn die Betroffenen diese Entwicklung zu sehr ängstigt. Von der medizinischen Seite her darf auch über 1Kg pro Woche zugenommen werden. Vegetarisches und auch (selten gewünschtes) veganes Essen sehen wir weniger als Symptom einer Essstörung, sondern als Teil eines Lebensstils an, obwohl Essstörungserkrankungen mit dem Übergang in eine vegetarische oder vegane Ernährung beginnen können. Da die Wiederernährung einer Patientin nach vegetarischer und veganer Art von der kalorischen Seite möglich ist, lassen wir beides (letzteres mit Einschränkungen, da grundsätzlich eine unphysiologische, komplizierte Ernährungsform) zu.

KALORIEN ZÄHLEN/KALORIEN BERECHNEN

Wir sehen einen großen Unterschied darin, ob Kalorien von den essgestörten Patientinnen gezählt werden, um damit die tägliche Energiemenge zu reduzieren bzw. zu begrenzen oder ob wir als therapeutisches Personal Kalorien berechnen, um die Wiederernährung sicher und erfolgreich (ohne körperliche Wiederernährungsstörungen) zu gestalten.

KONKRETE ESSPLANGESTALTUNG

Das psychologische Motto dabei ist, dass die Patientinnen „einen Plan haben" als Halt und Gegengewicht zum pathologischen Halt in der Esskontrollsymptomatik mit dem überkontrollierten Essverhalten.

Der gemeinsam erstellte Essplan (siehe ein Beispiel im Anhang) stellt die Mahlzeitenstrukturierung über den gesamten Tag dar. Lebensmittel, die nicht akzeptiert oder nicht gewollt werden, werden als „Ausnahmen" deklariert. Abgesehen von medizinisch begründeten Ausnahmen aufgrund von eher seltenen Allergien oder Unverträglichkeiten, akzeptieren wir nicht mehr als zwei Ausnahmen, wobei diese verändert werden können. Dabei geht es nicht um die Suche nach dem richtigen Lebensmittel, wenn das das Problem wäre, hätte das bereits zuhause gelöst werden können!

Wir erachten auch „essfreie" Zeiten, also klar definierte Pausen zwischen den Mahlzeiten, die nichts mit dem konkreten Essen oder Lebensmitteln zu tun haben, als sehr wichtig, so dass wir die Mahlzeitendauer begrenzen (Hauptmahlzeiten auf maximal 40, besser 30 Minuten und Zwischenmahlzeiten auf maximal 20, besser 15 Minuten). Patientinnen dürfen keine Lebensmittel auf dem Zimmer (auch nicht auf dem Balkon oder in den Koffern und Taschen) haben. Dies stellt für Anorexie Patientinnen einen Schutz vor einem möglichen Horten und immer wieder Anfassen von Lebensmitteln ohne sie zu essen dar, und für bulimische Patientinnen einen Schutz vor Essanfällen.

ZIMMER- UND TASCHEN-/GEPÄCKKONTROLLEN

Wir führen bei Bedarf auch Zimmer-, Taschen- und Gepäckkontrollen durch, aber immer und nur in Anwesenheit der Betroffenen, um deren Persönlichkeitsrechte zu wahren. Gleichzeitig müssen wir aber mitgebrachte oder gehortete Lebensmittel aus den Patientenzimmern entfernen. Wir können sie zwar in Einzelfällen als Zwischenmahlzeit in den Essplan integrieren, haben aber grundsätzlich ein Lagerungsproblem. Wir wollen damit aber Essanfälle verhindern oder ein übertriebenes Austauschen von Zwischenmahlzeiten (die richtige Zwischenmahlzeit finden) beenden. Weihnachtskalender oder Ostergeschenke raten wir, in nicht essbarer Form mitzubringen.

Da die Überwindung der Essstörungserkrankung gleichzeitig und fortlaufend die Stärkung des Selbstwerts und damit der Persönlichkeit der Betroffenen erfordert, ist ein respektvoller und die Betroffene beschützender Umgang besonders in einer Situation, in der essgestörtes Verhalten entdeckt wird, entscheidend für den weiteren Verlauf. Die Betroffenen erleben ein „erwischt werden" als hoch beschämend und müssen folglich von uns darin gesehen und fürsorglich behandelt werden. Sie brauchen die Gewissheit, dass wir wissen, dass sie dieses Verhalten nicht eingesetzt haben, um uns zu täuschen und zu ärgern, auch wenn es so aussehen mag. Gestörtes Verhalten entspringt vielmehr Ängsten und Fehlannahmen, die wir versuchen nachzuvollziehen, aber dennoch nicht tolerieren und durch sozial kompetenteres Verhalten ersetzen.

Klinik Lüneburger Heide

THERAPIE

Dieses Training muss bereits in der Situation des Aufdeckens einer Manipulation beginnen, indem wir als Personal vorleben, wie damit für alle verträglich verfahren und die „sich zerstört erlebende" Person „wieder aufgebaut" wird. Wir sehen diese psychotherapeutische Haltung als eine grundlegende Bedingung für einen erfolgreichen Verlauf und damit im Umgang mit Rückfällen in (ess)gestörtes Verhalten an.

» KEINE PATIENTIN GIBT DIE ESSSTÖRUNG BEI IHREM EINTRITT IN DIE KLINIK AN DER REZEPTION AB, ES KOMMT AUCH KEINE PATIENTIN IN DIE KLINIK, DIE ZUHAUSE MIT IHRER ESSKONTROLLSYMPTOMATIK KLARGEKOMMEN WÄRE, BZW. DIESE ALLEINE HÄTTE VERÄNDERN KÖNNEN, AUCH WENN SIE DAS NOCH SO SEHR BETONT.«

3. STÖRUNGSSPEZIFISCHE PSYCHOTHERAPIE

Die Psychotherapie findet in der Gruppe und im Einzel statt. Sie wird begleitet durch Kunst- und Körper(bild)therapie, ggf. Skills- und CRT-Training und Soziales Kompetenztraining. Eine Besonderheit unserer Klinik ist, dass in den Psychotherapiegruppen, die das Zentrum unserer psychotherapeutischen Behandlung sind, nur in etwa gleichaltrige Patientinnen mit ebenfalls einer Essstörung behandelt werden. Damit stehen immer typische altersbezogene Problemfelder mit im Mittelpunkt des Geschehens und es wird von Anfang an dem typischen anders sein, sich einsam und nicht zugehörig fühlen entgegengewirkt.

Themen im spezifisch auf die Thematik Essstörungen zugeschnittenen Therapieprozess sind:

- auf eine gesunde Selbstfürsorge achten, anstatt übertrieben auf Andere, ungünstiges Vergleichen einstellen, sich besser selbstbehaupten und gesund aggressiv für sich einstehen lernen

- übertriebenes Leistungs- und Perfektionismusstreben an der Realität abgleichen und durch angemessene Zeiten für Entspannung und Erholung unterbrechen, Aufbau einer Tagesstruktur mit Einbau von angenehmen Tätigkeiten und sozialen Kontakten

- Detailfokussierten Denkstil erkennen und übertriebene Orientierung an Ordnung, Genauigkeit, Zahlen und Routinen auflockern (Vergrößerungsglas zurückdrehen), Denken und infolge Verhalten flexibler machen

- Ich-stärkende Interventionen und emotionales Gehaltenwerden geben; Selbstzuwendung und gesunden Egoismus lernen

- Ablenkung (auf altersentsprechende Interessen) fördern zur altersgemäßen (auch pubertären) Nachreifung und Persönlichkeitsentwicklung und verpasste Entwicklungsschritte nachholen

- Lebenslinie erstellen in Bezug zur Entwicklung der Essstörung zum:

»GEMEINSAM BEGREIFEN LERNEN, WOFÜR DIE ESSSTÖRUNG STEHT.«

Dazu kommen familienbasierte Interventionen und ein Training der Eltern zum besseren Umgang mit den Besonderheiten ihrer Kinder. Diese bestehen aus einstündigen Elterngesprächen, so oft es die Familien ermöglichen können, zusammen mit den Betroffenen (Ausnahmen davon können angefragt werden). Zentral ist hier das Motto: nichts hinter dem Rücken der Betroffenen zu tun. Intensiviert werden kann dies durch die gemeinsame Teilnahme an einer unserer Eltern-Kind-Therapie-Wochen, die wir siebenmal im Jahr anbieten. Hier handelt es sich um den Miteinbezug der Eltern/eines Elternteils in den stationären Therapieprozess ihrer (auch schon erwachsenen) Kinder mit einer Selbsterfahrungseinheit für die Eltern. Eine ausführliche Beschreibung finden Sie auf unserer Homepage: www.klinik-lueneburger.heide.de

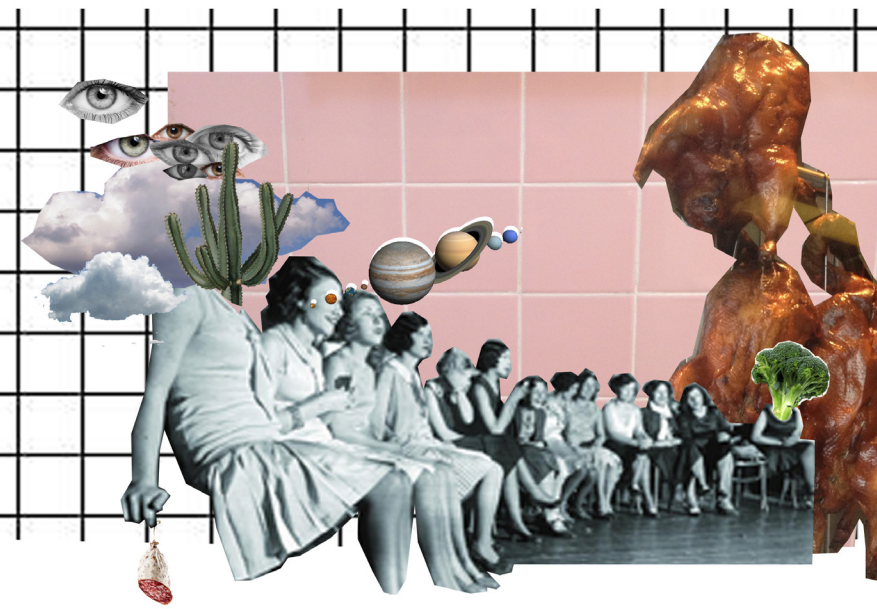
Begleitend zum essstörungsspezifisch geführten Psychotherapieprozess findet bei Bedarf auch eine Bearbeitung weiterer individueller Probleme und Komorbiditäten **(Begleiterkrankungen)** zur Essstörung statt mit den dazu erforderlichen Therapiemaßnahmen. Hierzu zählen die **spezielle Traumatherapie** nach der IRRT-Methode, **spezielle ADHS Therapie** und Trainingsangebote und verhaltenstherapeutische und/oder tiefenpsychologisch fundierte Strategien zum Überwinden von Selbstverletzungen, Zwängen, Ängsten und Depressionen oder zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, hier besonders die Borderline Persönlichkeitsstörung (Patientinnen mit einer solchen schweren Persönlichkeitsstörung brauchen einen sehr gut strukturierten Rahmen mit der Möglichkeit zu häufigen zeitnahen Konfliktklärungen und Hilfen beim jederzeitigen Anwenden von Skills).

Wir setzen im Sinne einer Priorisierung als erstes auf das Aufgeben einer selbstbeschädigenden Symptomatik (Ess- und Bewegungsverhalten, Selbstverletzungen, auch durch das Ausleben von Zwängen, u.a.), was die Übernahme in unseren medizinischen Überwachungsbereich bis hin zur Ganztagsbegleitung mit Klinikschutz bedeuten kann. Um tiefergehende Problematiken oder ein Trauma zu bearbeiten, ist es erforderlich, dass die Betroffene sich sicher in unserer Klinik und im Therapieprogramm fühlt und sich bei andrängenden Ängsten oder nicht aushaltbarem inneren Erleben sofort an uns wendet, anstatt z.B. ihrem Selbsthasserleben nachzugeben. Wir haben Lehrer an unserer Klinik, die eine Lehrstoffbetreuung für alle schulpflichtigen Patientinnen durchführen. Dadurch kann die Auseinandersetzung mit dem Perfektionismus- und Leistungsstreben innerhalb der Klinik fortlaufend in dem Therapieprozess auch von deser Seite Eingang finden.

4.UNTERSTÜTZUNGSSYSTEM

Als den 4. Therapiebaustein bezeichnen wir das Unterstützungssystem durch essgestörte Mitpatientinnen (sog. Patientinnen Peer-Group), die als ebenfalls Betroffene das Besondere und Spezielle der Essstörungserkrankung verstehen. Dies wird in allen Belangen und besonders in sozialen Belastungssituationen therapeutisch angeleitet und unterstützt. In einem solchen Umfeld ist jeder ganz automatisch im Kontakt mit vielen ebenfalls Betroffenen, auch im gleichen Alter und in den verschiedenen Stadien der Krankheitsüberwindung und lernt, wie man sich gegenseitig unterstützt, aber gleichzeitig auch angemessen abgrenzt und auf sich selbst achtet.

Ein Joghurt z.B. wurde oft erst durch den Zuspruch und Beistand einer in der Therapie fortgeschrittenen Mitpatientin gegessen, die die Not der neuen Patientin gut versteht und hier etwas weitergibt, was sie auch einmal in ihrer Anfangszeit gebraucht und erhalten hat, nämlich viel Verständnis, aber dennoch Nachdruck in Richtung Veränderung.



Auch eine Person zum Hinsetzen zu bringen, die Bewegungsdrang ausleben will und dann stattdessen sozialen Kontakt erlebt, ist eine solche hilfreiche Gemeinschaftsaktion.

Wir instruieren alle Patientinnen, essgestörtes oder anderweitig selbstschädigendes Verhalten beim Personal zu melden, oder wenn man sich dazu in der Lage sieht, auch selbst anzusprechen. Jeder signalisiert dadurch, dass er weiß, warum er in der Klinik ist und dadurch die Bereitschaft zeigt, die Essstörung aufzugeben, sonst wäre er schon nicht mehr da. Die Essstörung auszuleben bedeutet Weiterentwicklung zu behindern. Es ist schade um jede 10 Minuten, jede Stunde und jeden Tag gelebter Essstörung, auch wenn die Gegenreaktion der Betroffenen beim Stoppen erst einmal ärgerlich sein sollte, das sollte nicht zu wichtig genommen werden.

5. ORGANISATION DER NACHSTATIONÄREN WEITERVERSORGUNG

Die Organisation der nachstationären Weiterversorgung wird durch den schon frühen Miteinbezug unseres Sozialdienstes realisiert. Hier gibt es Hilfen im Organisieren einer ambulanten Psychotherapie oder neuen Wohnsituation, und bei allen Fragen zum Thema Finanzierung von Hilfsangeboten, aber auch zur schulischen oder beruflichen Orientierung.

Vor allem schwerst und mehrfach rezidiviert erkrankte Patientinnen sollten möglichst nicht mehr in ihr häusliches Umfeld zurückkehren und auch nicht alleine wohnen, sondern müssen über den stationären Aufenthalt hinaus professionell weiterbetreut werden. Wir sehen dies als eine wichtige Voraussetzung rasche Rückfälle in die Essstörung zu verhindern. Dies kann am effektivsten mit der Übersiedlung in eine betreute Wohneinrichtung für Essstörungen erreicht werden. Die dazu notwendigen Antragsverfahren bei den Jugend- und Sozialämtern erfolgen mit unserer Unterstützung in Zusammenarbeit mit den Angehörigen und dem Sozialdienst.

ANHANG

BODY MASS INDEX (BMI) IN kg/m²

	• Frau	• Mann
Untergewicht	<18,5	<19
Anorektisches Gewicht	<17,5	
• leichtgradiges anorektisches Gewicht	16 -17,5	
• mäßiggradiges anorektisches Gewicht	14 -16	
Kritisch niedriges Gewicht	<14	
Besondere Gefährdung (hinsichtlich der langfristigen Sterblichkeit)	<13	
Lebensbedrohlich niedrig	<12	
Mit dem Leben nicht mehr vereinbar	<10	

BODY MASS INDEX FORMEL

$$\frac{\text{Körpergewicht in kg}}{(\text{Körpergröße in m})^2}$$

ALTERS-PERZENTILEN (PZ)

Bei Kindern und Jugendlichen bis zum 16. Lebensjahr werden Alters-Perzentilen (PZ) eingesetzt:

Untergewicht	< 25. PZ
Anorektisches Gewicht	< 10. PZ
Kritisch niedriges Gewicht	< 3. PZ

STUFENPLAN

Unser sog. Stufenplan weist das Regelwerk im Essstörungstherapiebereich aus und wird unseren Patientinnen und auf Nachfrage auch den Angehörigen bei Aufnahme von der medizinischen Zentrale ausgehändigt.

Regelungen bezüglich des Wiegens

- immer morgens nüchtern
- am gleichen Wochentag
- mit entleerter Blase
- in Unterwäsche
- in Begleitung (zum Auffangen von Krisen)
- Gewicht selbst ablesen oder mitteilen lassen
- Protokollieren mit Anlegen einer Gewichtsverlaufskurve

Wiegen:	<	BMI 14 kg/m²	täglich
		BMI 14-15,5 kg/m²	zweitägig
	>	BMI 15,5 kg/m²	wöchentlich

Zuhause: 1x wöchentlich morgens nüchtern in Eigenregie mit „veröffentlichen"

Regelungen zum Bewegungs- und Sportverhalten

< Normalgewicht (<BMI 18,5 kg/m² oder 25.PZ)
kein Sport (auch kein Reiten)

< BMI 17,5 kg/m² oder 10.PZ
Bewegungsreduktion (Abstufung nach Schweregrad und Gewichtsentwicklung im Verlauf)

< BMI 14 kg/m² (kritisch niedrig)
nur Klinik(gelände)
< BMI 12 kg/m² (lebensbedrohlich niedrig)
Rollstuhl und Überwachungseinheit, aber Therapieteilnahme

ESSPLAN

Tageskostplan mit 1800 kcal

Patientin (21 Jahre): Größe 1,64m, Gewicht 38,2 kg, BMI 14,2 kg/m²
45 ckal pro kg KG, Fettanteil 42%, Kohlenhydratanteil 41%, Eiweißanteil 17%

Anzahl	Einheit		kcal	g Fett	g Eiweiß
		I. Frühstück	***640***	***26***	***27***
10	El, gehäuft	Joghurt, lose	100	5	10
5	El, gehäuft	Trockenmüsli	200	5	5
1	El, gehäuft	Cornflakes	60	0	3
1	Stück	Obst	80	0	1
2	Portion	Mandeln	200	16	8
oder Vorschlag 2			410	13	19
1	Stück	Mehrkornbrötchen	140	0	6
2	EL	Quark 40% F.i.Tr.	100	6	8
3	Tl	Konfitüre	90	0	0
1	Scheibe	Käse	80	7	5
		II. Frühstück	***150***	***10***	***10***
1	Portion	Kräuterquark mit Gemüsesticks	150	10	10
		III. Mittagessen	***500***	***25***	***20***
1	Portion	Menü, normale Portion	500	25	20
oder Vorschlag 2			500	22	16
1	Portion	Menü, kleine Portion	400	22	16
1	Becher	Obstsaft, Apfel	100	0	0
		IV. Kaffeemahlzeit	***180***	***5***	***7***
1	Portion	Naturjoghurt	100	5	6
1	Portion	Obst	80	0	1
oder Voschlag 2:			180	8	4
1	Portion	Nussmischung	100	8	3
1	Becher	Obst	80	0	1
		V. Abendessen	***320***	***17***	***11***
1	Scheibe	Schwarzbrot	100	0	3
0,5	EL	veget. Aufstrich	40	4	1
1	Scheibe	Putenbrust	30	1	5
1	Portion	Salat, zubereitet	100	7	1
1	Portion	Rohkostsalat	50	5	1
oder Vorschlag 2			490	25	15
1	Scheibe	Mehrkornbrötchen	140	0	6
1	Scheibe	Knäckebrot	30	0	1
1	Scheibe	Käse	80	7	5
0,5	El	veget. Aufstrich	40	4	1
2	Prtionen	Salat, zubereitet	200	14	2
		VI: Spätmahlzeit	***0***	***0***	***0***
		Summe	1790	83	75

NOTIZEN

NOTIZEN

IMPRESSUM

INFORMATIONSBROSCHÜRE DER
KLINIK LÜNEBURGER HEIDE
1. Auflage, 2018

Alle Rechte vorbehalten:
Klinil Lüneburger Heide GmbH & Co KG
Dr. med. Wally Wünsch-Leiteritz
Chefarzt Dr. med. Andreas Leiteritz
www.klinik-lueneburger-heide.de

GESTALTUNG
Konzept, Illustration & Grafikdesign
Eva Wünsch & Luisa Stömer
Cargocollective.com/wuenschundstoemer

KLINIK LÜNEBURGER HEIDE
GmbH & Co. KG · KompetenzZentrum
für Essstörungen und ADHS

AM KLAUBUSCH 21
29549 BAD BEVENSEN
TEL. 05821.960-0
FAX. 05821.960-180
INFO@KLINIK-LUENEBURGER-HEIDE.DE
WWW.KLINIK-LUENEBURGER-HEIDE.DE