

Behandlungsprogramm zur Bulimie.

Vor Aufnahme:

- Diagnostik und Indikationsstellung Richtlinie im Sinne der „stepped care“: wenn möglich sollten BulimikerInnen ambulant behandelt werden.

• Indikation zur stationären Behandlung:

- bei Scheitern ambulanter Therapieversuche
- bei massiver Ausprägung der Symptomatik (mehrere Essanfälle pro Tag)
- bei Chronifizierung (z.B. > 5 Jahre); wenn zum Durchbrechen ritualisierter Verhaltenszirkel ein enger Rahmen erforderlich ist
- bei gravierender Komorbidität (Depression, Borderlinestörung, Angststörung)
- bei fehlenden ambulanten Therapiemöglichkeiten
- bei körperlichen Komplikationen (z.B. symptomatischen Hypokaliämien)
- bei notwendiger Distanz zum familiären Umfeld (massive Konflikte)

Aufnahme:

- Aufnahmegespräch, körperliche Untersuchung, Wiegen, Blutabnahme, Testdiagnostik
- mit der Patientin wird ein Behandlungsvertrag besprochen, welcher vor allem beinhaltet, dass sie versucht ihr Gewicht bei +/- 1,5kg zu halten (oft starker Schlankeitsdruck und Tendenz zu anorektischem Verhalten: bei starker Gewichtsabnahme Entlassung); er beinhaltet ferner, dass die Patientin einwilligt, mit den Instrumenten Esstagebuch und Monatsplan zu arbeiten (Tendenz zu Heimlichkeit!); auf Station sind Hinweise auf den Umgang mit bestimmten Regel angefügt (z.B. Stehlen und Horten von Nahrung);
- Anlegen einer Gewichtskurve

Behandlungskonzept:

Ziele:

- zunächst „*Monitoring*“: Offenlegen und Herausarbeiten der Symptomatik
- *Symptomreduktion* (Normalisierung der Mahlzeitenstruktur und –zusammensetzung)
- Herausarbeiten kognitiver Fehlannahmen sowie der Funktion der Symptomatik
- *Identifizierung zentraler Konflikte und Schwierigkeiten* (Affekttoleranz und –differenzierung, Selbstwertproblematik, gestörtes Körpererleben, soziale Ängste, Leistungsdenken etc.)
- Konsolidierung erreichter Veränderung, Transfer in den Alltag

Behandlungsbausteine:

Das Grundkonzept ist psychodynamisch und integriert kognitiv-behaviorale, edukative und systemisch-familientherapeutische Elemente.

Die symptomorientierten Komponenten beinhalten vor allem die Essbegleitung und Essstörungsgruppe, die psychodynamischen Komponenten die Einzel- und Gruppentherapie, Gestaltungstherapie und Konzentrierte Bewegungstherapie.

Es werden das Vorgehen in Hinblick auf die Symptomatik und die zugrundeliegende Psychodynamik im folgenden zusammenfassend und nach Therapiephasen geordnet beschrieben:

Themen/Vorgehen auf der Ebene der Symptomatik :

An der Symptomatik wird primär in den **Essbegleitungsgesprächen (Pflegepersonal)** gearbeitet. Ergänzend werden diese Themen in der **Essgruppe (von Pflegepersonal durchgeführt)** aufgegriffen. In den **Visiten** werden gemeinsam mit Visitenarzt und Bezugsperson vom Pflgeteam die Gewichtskurven und z.T. die Monatspläne angeschaut, sowie Therapiefortschritte, eventuelle Stagnation und Ziele für die nächste Zeit thematisiert.

Die Bezugsperson vom Pflgeteam, die die Essbegleitung übernimmt, unterstreicht beim Vorgehen immer wieder auch die Ressourcen und Erfolge einer PatientIn und kann ihr interaktionelles Verhalten oder z.B. auch den Umgang mit der Symptomatik und dem Tagebuch

realitätsnah spiegeln. Es werden regelmäßig „Hausaufgaben“ gegeben. Bei einem Gespräch mit einer Diätassistentin wird mit jeder PatientIn ein „Essplan“ ausgearbeitet, welcher eine Empfehlung von normalen Mahlzeitenmengen und –zusammensetzungen enthält, an welchem sich diese dann (z.B. bei Mahlzeiten zu Hause oder nach Entlassung) orientieren kann. Der Essplan wird in das Esstagebuch eingheftet/eingeklebt. Die Patienten erhalten ihr Essen während der Behandlung ansonsten von der Klinikküche (Tablettsystem).

Themen/Vorgehen auf der Ebene der Psychodynamik:

Zentrale Konfliktbereiche, dysfunktionale Beziehungsmuster und strukturelle Schwierigkeiten werden gezielt vor allem in der **Einzeltherapie** thematisiert und bearbeitet, werden jedoch ebenso in der Gruppentherapie, der Gestaltungstherapie und der KBT aufgegriffen.

In den ersten Wochen geht es zunächst um ein genaueres Verstehen der psychodynamischen Hintergründe und der Differenzierung zwischen reaktualisierten, unbewussten Konflikten und Defiziten der Persönlichkeitsentwicklung (dies können beispielsweise sein: Schwierigkeiten in der Affektwahrnehmung und -differenzierung, Impulssteuerung, Umgang mit aggressiven Affekten, Identitätsproblematik, Traumatisierungen, Über-Ich-Pathologie, stark verzerrte Realitätswahrnehmung, frühe Abwehrmechanismen sowie problematische Introjekte, die sich auf den Umgang mit anderen auswirken) Bei Persönlichkeitsstörungen wird an projektiven Mechanismen, Realitätsverzerrungen (schwarz-weiß-Denken), Selbstwertregulation (Kränkungen, etc) und an Affekten (Verbalisieren, sich als Modell anbieten, Integrationsförderung) gearbeitet. Dabei ist die Haltung akzeptierend, Regression begrenzend, fokussiert, recht aktiv, dem Pat. die Verantwortung übergebend, Autonomie und Eigenständigkeit sowie die Akzeptanz der Realität fördernd. Techniken: Klarifikation, Konfrontation, begrenzt Deutung (eher Spiegelung) vor dem Hintergrund des Erlebens des Patienten in Interaktionen mit anderen und dem Therapeuten (in der aktuellen Situation).

Zusätzliche Themenbereiche:

Körpererleben: Dieses wird auf einer körperlichen Ebene vor allem in der KBT angesprochen, die Erlebnisse aus der KBT und aus anderen Situationen jedoch auch ebenso in der Einzeltherapie aufgegriffen.

Körperliche Probleme (Visite): In der Aufnahmeuntersuchung durch den Visitenarzt oder auch später in den Visiten werden somatische Erkrankungen oder mit der Essstörung zusammenhängende körperliche Probleme identifiziert und notwendige medizinische Maßnahmen in die Wege geleitet (Kaliumkontrollen, EKG, zahnärztliche Untersuchung, gynäkologische Untersuchung etc.).

Schwierigkeiten im Beruf/ mit Wohnung, Finanzen Für diesen Bereich sind Sozialarbeiterinnen zuständig, welche bei Aufnahme eine Sozialanamnese erheben und in weiteren Einzelgesprächen mit PatientInnen an konkreten Fragen arbeiten (Hilfe bei der Wohnungssuche, Unterstützung bei Klärung der beruflichen Situation, etc.; zum Teil werden Hausaufgaben vereinbart; die PatientInnen sind dabei gefordert, anstehende Aufgaben so eigenständig wie möglich zu bewältigen).

Familiäre Konflikte (Paar-, Familiengespräche) Wenn möglich, wird versucht, Angehörige in Form zumindest eines Paar- oder Familiengesprächs in die Behandlung einzubeziehen (es erscheint unabdingbar, wenn die PatientInnen noch in der Herkunftsfamilie leben); einerseits ist es oft diagnostisch sehr hilfreich die Familie zu sehen, andererseits dient es dazu, diese für die Unterstützung der Behandlung zu gewinnen und Loyalitätskonflikte zwischen Familie und Therapie zu vermeiden; es dient ferner der Information über die Behandlung und Erkrankung sowie kann erste therapeutische Effekte zeigen; im Einzelfall wird vereinbart, ob mehrere Gespräche erforderlich sind.