

8. Impulsive Essstörungen

Ganzheitliches Konzept zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit impulsiven Essstörungen



Impulsive Essstörungen sind gekennzeichnet durch wiederkehrende Essanfälle. Betroffene leiden zudem häufig unter Figur- und Gewichtssorgen, essensbezogenen Sorgen, Ängsten und Depressionen. Meistens ist die Lebensqualität durch diese Probleme deutlich beeinträchtigt.¹

Unter dem Begriff Impulsive Essstörungen werden zwei häufige Krankheitsbilder zusammengefasst, die **Binge-Eating-Disorder** (kurz: BED) und die **Bulimia nervosa** (oder Bulimie, kurz: BN). Kernmerkmal der Binge-Eating-Disorder sind wiederkehrende Essanfälle, bei denen die Betroffenen erheblich mehr essen als andere Menschen unter vergleichbaren Umständen, gekoppelt mit dem Gefühl, die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren. Diese Form der Essstörung geht häufig mit Übergewicht oder sogar Adipositas (Fettleibigkeit) und entsprechenden Folgeer-

scheinungen einher. Die BED betrifft etwa 3–4 % der Bevölkerung und ist damit eine häufige Essstörung.¹ Auch die Bulimia nervosa ist eine Essstörung, bei der wiederkehrende Essanfälle auftreten. Im Unterschied zur BED versuchen Menschen, die an Bulimie leiden, durch

unterschiedliche gegenregulierende Maßnahmen einer Gewichtszunahme entgegenzuwirken (Tuschen-Caffier & Florin, 2002). Die Erkrankung beginnt in der Regel im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter und betrifft vor allem Frauen, zunehmend jedoch auch Männer. Das Körpergewicht der Betroffenen liegt in der Regel im unteren Normbereich, häufig bestehen aber auch Zeichen einer Mangelernährung.²

¹ Hilbert & Tuschen-Caffier, 2010; Munsch, 2003;
² Tuschen-Caffier & Florin, 2002



Das Programm und seine Komponenten

Diagnose

Grundlage jeder Behandlung von Patienten mit impulsiven Essstörungen ist die umfassende bio-psycho-soziale Untersuchung und Diagnostik:

- Sichtung der Vorbefunde und der bisherigen Behandlungsschritte.
- Ausführliche biografische Anamnese, in der die Symptome, ihre Bedingungen und Bedeutungen im Alltag und im gesamten Lebenskontext erhoben werden. Verbunden ist dies mit einer körperlichen Untersuchung, Labor- und Funktionsdiagnostik.
- Psychodiagnostische Verfahren zur Differentialdiagnostik sowie zur Klärung eventueller Komorbiditäten.
- Die Diagnosestellung erfolgt nach den Kriterien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der WHO (ICD-10, Kapitel V).

Therapieziele

Die Therapieziele und die Behandlungsplanung werden individuell besprochen und gemeinsam festgelegt. Sie sind unter anderem abhängig von

der Lebenssituation und den Lebenszielen der Betroffenen. Mögliche Therapieziele unseres Therapieprogramms sind:

- die Reduktion von Essanfällen
- der Aufbau eines angemessenen Essverhaltens
- die Förderung von gesunder Selbststeuerung und Begrenzung
- die Entwicklung eines positiven Selbstbildes
- die Verbesserung des Selbstwertgefühls
- Rehabilitation und Reintegration ins soziale Netz
- Vorbereitung auf ambulante Weiterbehandlung

Multimodales stationäres Therapiekonzept

Unser multimodales Therapiekonzept bei impulsiven Essstörungen orientiert sich an aktuellen und bewährten therapeutischen Konzepten, wie sie z. B. von Brunna Tuschen-Caffier und Anja Hilbert und anderen TherapeutInnen für impulsive Essstörungen vertreten werden. Die Therapie wird in enger Zusammenarbeit verschiedener psychosomatischer Therapiebereiche umgesetzt. In regelmäßigen Teamsitzungen findet ein interdisziplinärer Austausch über die Behandlungs-

verläufe statt. Die Therapie kann auf diese Weise individuell und prozessorientiert gestaltet werden.

Modularer Aufbau

Teilnehmende Patientinnen und Patienten durchlaufen in einer gemeinsamen Gruppe die spezifischen Therapiebausteine und sind in den individuell angepassten, optionalen Therapiebausteinen auch mit anderen Patienten zusammen. Im achtsamkeitsfokussierten und ressourcenorientierten Therapieprogramm geht es darum, dass sie lernen, auf ihr Wohlergehen zu achten und die Kontrolle über das Essen wiederzuerlangen. Die Betroffenen überprüfen, ob das Konzept und die verordneten Angebote für sie nützlich sind. Sie sollten nur dann teilnehmen, wenn sie selbst einen Sinn darin sehen.

Spezifische Therapiebausteine in der Gruppe

Die „Therapiegruppe Impulsive Essstörungen“ ist der zentrale Therapiebaustein: Dort möchten wir wichtige Themen der Essstörungstherapie vermitteln und die Teilnehmenden zu praktischen Übungen ermutigen. Hier wird am meisten Austausch stattfinden und hier können Fragen und Probleme bezüglich des Gruppenprogramms angesprochen werden. Sie erhalten von uns ein Therapiemanual, das Informationen und Anregungen zu den Themen, die wir in der Therapiegruppe besprechen, enthält (u.a. Diagnosekriterien, Verhaltensanalyse, Körperbild, Familiensystem, Beziehungsgestaltung, Leitfaden für ein gesundes Ernährungs- und Essverhalten, Fertigkeiten zur Spannungsregulation).

Die Bezugsgruppe ist eine „Selbsthilfegruppe“ innerhalb der Klinik. Hier treffen die Patienten sich mit den anderen Teilnehmern und Teilnehmerinnen aus der Therapiegruppe zum Vor- und Nacharbeiten von Therapiestunden, gegenseitigem Austausch und Hausaufgaben machen. Der Kochtreff ist ein handlungsorientiertes Angebot. Ziele dieses Therapiebausteins sind, sich in einer ungezwungenen Atmosphäre mit den Themen Lebensmittel, Zubereitung und Verzehr positiv auseinanderzusetzen sowie praktische Erfahrungen zu sammeln (z. B. Zubereitungsmöglichkeiten, Flexibilität und Abwandlungen). Der Kochtreff ist ein geeigneter Ort für den konstruktiven Austausch untereinander und ermöglicht gute Erfahrungen beim Zubereiten und Essen.

Die Zielsetzung der Bewegungsgruppe besteht darin, die positiven Effekte von Bewegung kennen zu lernen, zu verstehen und als Ressource und Schutzfaktor in den eigenen Alltag zu integrieren. Im Vordergrund steht die Verbesserung des Körperbewusstseins und der Körperwahrnehmung, wobei das Körpergewicht keine Rolle spielt. Der Körper soll als positiv und leistungsfähig empfunden werden, wobei nicht Leistung sondern

positives Bewegungs- und Körperempfinden fokussiert wird. Inhalte der Gruppe sind des Weiteren Wahrnehmung mit allen Sinnen, Spannungsregulation, Aktivierung des Gleichgewichts und der Tiefensensibilität, Bewegung in der Natur bzw. Aufmerksamkeitslenkung auf die Natur.

Individuell angepasste Therapiebausteine

Je nach Ausprägung psychosozialer Belastungssituation und Symptomatik werden die spezifischen Therapiebausteine durch sinnvolle Therapie- und vielfältige Unterstützungsangebote erweitert. Zudem besteht die Möglichkeit, an weiteren indikationsspezifischen Gruppenangeboten teilzunehmen. Wir bieten störungsspezifische Gruppen u.a. zu den Bereichen Depression, Angst und Schmerz an. Die Kunst- oder Ergotherapie bietet die Möglichkeit, im Umgang mit Ton, Speckstein und Malfarben inneres Erleben gestalterisch auszudrücken. Dabei können kreative Ressourcen wiederentdeckt und zur eigenen Stärkung genutzt werden. Ressourcenbilder können in Farbe und Form sichtbar gemacht, ggf. auch verändert werden.

Mit körperpsychotherapeutischen Verfahren können u.a. Körperwahrnehmung und Selbstachtsamkeit geübt und körperlich-seelische Zusammenhänge erfahrbar gemacht werden. Unser Gyrokinesis-Training enthält wichtige Elemente aus Yoga, Tanz und Thai Chi. Zusammen mit Qi Gong (eine traditionelle Übungsmethode nach den

Die „bio-psycho-soziale“ Medizin in der Rehaklinik Glotterbad

Körperliche und seelische Lebensvorgänge sind in uns untrennbar miteinander verbunden. Dennoch hat die Medizin – durchaus erfolgreich – Modelle entwickelt, diese Lebensbereiche künstlich zu trennen: Einer „Körpermedizin ohne Seele“ (somatische Medizin) steht eine „Seelenmedizin ohne Körper“ (Psychotherapie) gegenüber.

Psychosomatische Medizin als „bio-psycho-soziale“ Medizin, wie sie in der Rehaklinik Glotterbad angewandt wird, versteht sich als Gegengewicht zu diesem vorherrschenden Dualismus. Sie erforscht und behandelt die vielfältigen und lebendigen Wechselwirkungen zwischen körperlichen, seelischen und sozialen Lebens- und Krankheitsaspekten. Wichtigstes Therapieziel ist dabei die Förderung der Autonomie der Patientinnen und Patienten durch Aktivierung ihrer eigenen Lebens- und Bewältigungsressourcen, der Selbstheilungskräfte und Selbsthilfemöglichkeiten.



Konzepten der chinesischen Heilkunde) unterstützen diese Verfahren die Stärkung des gesamten Organismus.

Ein ausgewogenes Bewegungsprogramm (beispielsweise Walking und Nordic Walking, Herzkreislauftraining, Wandern, Klettern, Medizinische Trainingstherapie, Schwimmen) trägt erheblich zur körperlichen und seelischen Stabilisierung bei. Es bietet Möglichkeiten, stärkt die körperliche Belastungsfähigkeit, baut Selbstvertrauen auf und wirkt sich damit auf das allgemeine Wohlbefinden

aus. Dem gleichen Ziel dienen auch physikalische (z. B. Bäder und Massagen) und gezielte physiotherapeutische Einzel- und Gruppenanwendungen.

Im freizeitpädagogischen Bereich finden Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, durch vielfältige Angebote freie Zeit zu strukturieren. Gemeinsame Freizeitaktivitäten werden geplant und umgesetzt; dabei können vorhandene Fähigkeiten erprobt und neue Kompetenzen entwickelt werden.

Multimodales stationäres Therapiekonzept bei impulsiven Essstörungen im Überblick

Spezifische Therapiebausteine bei impulsiven Essstörungen <i>(in gemeinsamer Gruppe)</i>	Individuell angepasste Therapiebausteine <i>(optionale Module; auch mit anderen Patientinnen und Patienten)</i>	
Therapiegruppe _ Gemeinsamer Austausch _ Psychoedukation _ Praktische Übungen _ Ressourcenaktivierung _ Achtsamkeit _ Forum für Fragen und Probleme	Gruppenangebote zu komorbiden Störungen wie Depression, Angst, Schmerz, Gesundheit, Arbeitsplatzkonflikte	Physikalische Therapie (z. B. Bäder, Massagen), physiotherapeutische Einzel- und Gruppenanwendungen
Bezugsgruppe _ Austausch _ Nacharbeit von Therapiestunden _ Hausaufgaben	Kunsttherapie / Ergotherapie	Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Muskelentspannung, Atemtherapie, Imagination)
Kochtreff / Buffetbegleitung	Körperpsychotherapie	Freizeitpädagogik
Spezifische Bewegungstherapie	Ärztliche Visite	Bezugspflege
	Gyrokinesis / Qi Gong	Paar- oder Familiengespräche
	Ausdauertraining (Nordic Walking, Wandern, Schwimmen)	Vorträge
	Medizinische Trainingstherapie	Sozialberatung



Kasuistik

Entwicklungsprozess von Frau K.

Anamnese Frau K., eine 38-jährige, allein lebende Erzieherin, leidet seit ihrer frühen Kindheit an Übergewicht. Im Alter von etwa 8 Jahren seien erstmalig mehrmals wöchentliche Essattacken aufgetreten, meist im Zusammenhang mit Hänseleien in der Schule. Mit zunehmendem Alter habe sie immer mehr an Gewicht zugenommen, so dass sie mit 11 Jahren schließlich 98 kg gewogen habe, bei fortbestehenden Essanfällen. Die Eltern sowie die beiden jüngeren Geschwister seien ebenfalls stark übergewichtig, das Thema Essen habe schon immer eine sehr große Rolle in der Familie gespielt. Ausgelöst durch die Trennung von ihrem langjährigen Partner 3 Jahre vor Klinikaufenthalt und Schwierigkeiten im familiären Umfeld sei es erneut zu einer Gewichtszunahme auf 110 kg gekommen. Seither habe es zwar immer wieder kurze Phasen gegeben, in denen sie mit Hilfe von Diäten und Fastenkuren ihr Gewicht reduzieren konnte, jedoch ohne nachhaltigen Effekt. Im Gegenteil, nach den Diätversuchen sei es wieder zu einer vermehrten Gewichtszunahme gekommen. Derzeit wiegt Frau K. 115 kg bei einer Körpergröße von 170 cm (Body-Mass-Index: 39.8).

Sie berichtet von einem eher unregelmäßigen Essverhalten, so esse sie wenn der Magen knurrt und sie gerade Zeit dazu finde. Bei der Arbeit gelinge es ihr nicht, feste Pausen einzuhalten, auch gäbe es dort keine Rückzugsmöglichkeiten, um Ruhe zu finden. Oftmals lasse sie Hauptmahlzeiten ausfallen, nasche dann zwischendurch Süßes

und esse bei den anderen Mahlzeiten deutlich über eine Normalportion hinaus. Ihre Mahlzeiten nehme sie meist alleine zu Hause vor dem Fernseher ein, da sie sich infolge der Trennung sehr zurückgezogen und soziale Kontakte gemieden habe. Zudem schäme sie sich, vor Anderen zu essen und befürchte, deren kritische Blicke zu ernten.

Es komme mehrfach in der Woche zu Heißhungerattacken mit Verzehr von Süßigkeiten und Herzhaftem im Wechsel (z. B. 2 Pizzen, 1 Liter Cola, 1 Packung Schokoküsse, eine Tüte Gummibärchen, eine Tüte Kartoffelchips), dabei verliere sie regelmäßig die Kontrolle und esse bis zu einem unangenehmen Völlegefühl, bis hin zu regelrechten Magenschmerzen. Während dem Essen gehe es ihr für einen kurzen Augenblick gut und es gelinge ihr, die Belastungen im Alltag zu vergessen. Dieses Empfinden schlage jedoch sehr schnell in Schuld- und Schamgefühle bis hin zu regelrechtem Ekel sich selbst gegenüber um und sie könne nicht verstehen, warum sie es wieder so weit habe kommen lassen.

Im Moment praktiziere sie keine gewichtsreduzierenden Maßnahmen. Im Alter von 17–18 Jahren habe sie immer mal wieder Verschiedenes ausprobiert, wie z. B. Abführ- und Entwässerungsmittel und Appetitzügler, Sport hingegen sei ihr schon immer schwer gefallen, so dass sie sich zur Bewegung regelrecht zwingen müsse. In der letzten Zeit habe sie sich kaum noch bewegt, sondern die meisten Strecken, seien sie auch noch so kurz, mit dem Auto zurückgelegt.

Sozial- anamnese

Die 38-jährige Patientin lebt alleine in einer Zweizimmerwohnung in ländlicher Gegend. Seit der Trennung von ihrem Partner vor 3 Jahren habe sie sich stark zurückgezogen, eine neue Partnerschaft sei bislang undenkbar für sie, zu groß sei die Scham, sich vor einem Mann zu zeigen. Den Grund der Trennung bringe die Patientin mit ihrer Körperfülle in Verbindung, sie selbst fühle sich unattraktiv und nicht liebenswert. Aus Angst vor Ablehnung und kritischen Blicken, die sie bereits sehr gut aus ihrer Schulzeit kenne, meide sie zunehmend soziale Kontakte.

Sie arbeitet in Vollzeit als Erzieherin in einem Kindergarten. Die Arbeit mit den Kindern mache ihr grundsätzlich Freude, jedoch mache ihr die zunehmende Arbeitsbelastung zu schaffen und fühle sich häufiger überfordert. Vor dem Hintergrund bestehender Schwierigkeiten, sich abzugrenzen bei zusätzlichen Aufgaben, komme es immer wieder zu Schwierigkeiten mit ihren Arbeitskolleginnen, von denen sie sich nicht verstanden und nicht geschätzt fühle.

Die familiäre Situation war bereits sehr früh durch die Trennung der Eltern im Alter von 7 Jahren belastend. Sie wuchs ab diesem Zeitpunkt mit den beiden jüngeren Geschwistern bei der Mutter auf. Der Kontakt zum Vater brach vollständig ab, die Mutter hat nach kurzer Zeit erneut geheiratet. Frau K. hat sich mit dem neuen Partner der Mutter nicht verstanden, hat sich zurückgesetzt gefühlt und in der neuen Familienkonstellation keinen Platz gefunden. Zu einer offenen Austragung von Enttäuschungen und Konflikten aufgrund der familiären Veränderungen ist es nie gekommen, vielmehr habe die Patientin ihren Frust, insbesondere das Gefühl von Einsamkeit und Verlassen sein, in sich hinein gefressen.

mit der Mutter mitzuziehen, ferner um Aufmerksamkeit zu erhalten und kostbare Zeit mit der Mutter zu verbringen.

– Durch die Trennung der Eltern kam es zu einer frühen Verlusterfahrung. Frau K. hatte stark darunter gelitten, den Kontakt zum Vater zu verlieren. Aufgrund ihrer Position als Älteste von drei Kindern und ihrem schlechten Verhältnis zum neuen Partner der Mutter, hat sie im Vergleich zu ihren Geschwistern wenig Aufmerksamkeit erhalten und sich minderwertig erlebt.

– In der Schulzeit kam es zu regelmäßigen Hänseleien und verbalen Verletzungen durch Gleichaltrige, so dass sich dadurch die Grundannahme „Ich bin nicht richtig so wie ich bin“ zunehmend verfestigte.

– Es bestehen eingeschränkte Konfliktbewältigungsstrategien und fehlende soziale Fertigkeiten: Die Patientin bleibt im Kontakt mit Anderen immer sehr angepasst, zurückhaltend und freundlich, sie orientiert sich stets an den Bedürfnissen des Gegenübers. Insgesamt fällt es ihr schwer Kontakt zu anderen Menschen herzustellen, aus der Überzeugung heraus, nicht interessant genug zu sein. Negative Gefühle wie Traurigkeit, Wut, Ärger, Enttäuschung oder Langeweile und Einsamkeit werden nicht offen gezeigt, sondern mittels Essanfällen „betäubt“ und reguliert.

– Vor dem Hintergrund einer tiefgreifenden Selbstwertproblematik bestehen viele selbstabwertende Gedanken und eine anhaltende negative Sichtweise der eigenen Person (z. B. „Ich bin langweilig, mich kann man ja nicht mögen“, „Wenn man so aussieht wie ich, ist es klar, dass mich niemand anschaut“, „Andere machen alles besser“, „Ich bin nicht liebenswert“).

Entstehungs- modell

Zur Erarbeitung eines individuellen Krankheitsmodells gehören die Erhebung einer biografischen Anamnese, die Identifizierung aktueller Problemfelder, dysfunktionaler Denkmuster und überdauernden Grundannahmen auf der Grundlage von Verhaltensanalysen.³ Vor diesem Hintergrund gilt es bei der Entstehung und der Aufrechterhaltung einer BES nachfolgende genetische, lerngeschichtliche, biografische und interaktionale Bedingungen zu beachten:

– In der Herkunftsfamilie besteht eine genetische Veranlagung zu Übergewicht (beide Elternteile sind stark übergewichtig)

– Das Essverhalten in der Familie war von Beginn an durch die Arbeitstätigkeit beider Eltern (Schichtarbeit) durch Unregelmäßigkeit geprägt, so war es nur selten der Fall, dass die Familie gemeinsam gegessen hat. Zudem musste immer aufgegessen werden, was auf den Teller geschöpft wurde. Die zahlreichen Diätversuche der Mutter animierten die Patientin bereits in frühem Alter, ebensolche auszuprobieren und

Unser Therapieplan enthält vor allem die Selbstwirksamkeit stärkende und stabilisierende Angebote. Dabei wird von Beginn an nach zur Verfügung stehenden persönlichen Fähigkeiten und Ressourcen geschaut und angeregt, diese für den Heilungsprozess einzusetzen.

Frau K. erhielt in den Gruppentherapiesitzungen für Impulsive Essstörungen grundlegende Informationen zu den verschiedenen Formen der Essstörungen und deren Charakteristika. Sie arbeitete aktiv und intensiv an den Themen Selbstfürsorge, Körperbild und der Erarbeitung hilfreicher Strategien im Umgang mit unangenehmen Gefühlen, hierzu übte Frau K. spannungsreduzierende Fertigkeiten. Das begleitende Achtsamkeitstraining ermöglichte der Patientin einen konzentrierten und wachen Umgang mit ihrer eigenen Person. Auftretende belastende Situationen, einhergehend mit Essanfällen, wurden in der therapeutischen Beziehung mithilfe von genauen Verhaltensanalysen miteinander bearbeitet und für die Zukunft nach alternativen Lösungsmög-

Therapie

lichkeiten gesucht. Hierbei zeigte sich bei der Patientin, dass Essanfälle – insbesondere durch Situationen in denen sie enttäuscht ist, sich alleine fühlt oder sich von den Wünschen anderer nicht abgrenzen kann – provoziert werden. Vor diesem Hintergrund profitierte die Patientin insbesondere von funktionalen Konfliktbewältigungsstrategien (z. B. Äußern von Unmut und Ärger) und sozialen Fertigkeiten wie das Erkennen und Äußern eigener Bedürfnisse, Wünsche und Abgrenzung durch Nein-Sagen. Im Rahmen des stationären Aufenthaltes gelang es ihr, diesbezüglich wertvolle Erfahrungen zu machen.

Zur Entwicklung einer regelmäßigen Essstruktur und damit zur Stabilisierung des Essverhaltens, erlebte Frau K. die festen Speisezeiten unserer als Klinik ausgesprochen hilfreich. Zur eigenen Sensibilisierung hinsichtlich Regelmäßigkeit und Essensmenge begann die Patientin ein Essens-Tagebuch zu führen, um dies auch im Alltag fortzuführen um sich dadurch weiter zu unterstützen. Mit Hilfe der wöchentlichen Kochgruppe konnte die Patientin in Gesellschaft neue Anregungen und Ideen zur Umsetzung einer ausgewogenen und schmackhaften Ernährung sammeln.

Zum Aufbau von regelmäßiger, alltagsgerechter Bewegung nahm Frau K. an unserer Bewegungsgruppe „Erlebe Bewegung“ mit Freude teil, mit dem Wissen, dass hierbei der Spaß und nicht die sportliche Leistung im Fokus steht. So gelang es der Patientin, ihre Symptomatik immer besser zu verstehen, Zusammenhänge zu erkennen und wohlwollender mit sich umzugehen. Sie gewann zunehmend an Stabilität und nahm Spannungen deutlich früher wahr. Spannungsreduzierend war es für sie, an den kreativen Angeboten unserer Kreativwerkstatt teilzunehmen, sich körperlich entweder draußen oder aber in unserem Fitnessraum im Rahmen der medizinischen Trainingstherapie zu betätigen und morgendliche Achtsamkeitsübungen fest in ihren Tagesablauf zu integrieren. Mit Hilfe dieser neuen und entlastend erlebten Erfahrungen entwickelte die Patientin neuen Antrieb und Lust, nach der Entlassung nach Freizeitangeboten Ausschau zu halten, mit dem Ziel wieder soziale Kontakte knüpfen zu können und damit weniger Zeit alleine vor dem Fernseher zu verbringen.

Verlauf Insgesamt entließen wir die Patientin deutlich stabilisiert in ihre häusliche Umgebung. Es gelang Frau K. die Anzahl der Essanfälle zu minimieren, kritische Situationen früher zu erkennen, um schließlich die damit einhergehende Anspannung mit alternativen Strategien zu reduzieren. Zur Fortführung des therapeutischen Prozesses wurde die Patientin an eine ambulante Psychotherapeutin vermittelt, um sich im Alltag weiter zu stabilisieren und die Umsetzung hilfreicher Strategien weiter zu festigen.

Literatur

Hilbert, A. & Tuschen-Caffier, B.:
Essanfälle und Adipositas. Hogrefe 2010

Munsch, S.:
Binge Eating. Kognitive Verhaltenstherapie bei Essanfällen. Beltz Verlag Weinheim, Basel 2003, 1. Auflage

Tuschen-Caffier, B. & Florin, I.:
Teufelskreis Bulimie. Ein Manual zur psychologischen Therapie. Hogrefe 2002

Reich et al.:
Psychotherapie der Essstörungen. 3. Auflage.
Georg Thieme Verlag Stuttgart 2010

Die Rehaklinik Glotterbad

Die Rehaklinik Glotterbad ist eine moderne, bestens ausgestattete Klinik am Rande des Glottertals, nahe bei Freiburg. 170 komfortable Einzelzimmer (einige davon stehen als Zwei-Bett-Zimmer für Paare zur Verfügung) präsentieren sich in moderner Ausstattung mit Dusche/WC, Telefon und kostenlosem TV, fast alle mit Balkon. In der Klinik gibt es umfassende Therapien und Freizeiteinrichtungen (u. a. Schwimmbad, Saunalandschaft, Sport). Die Klinik liegt sehr ruhig in einer parkähnlichen Anlage.

— *Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Abs. 2 S V*

— *Durchführung von stationären und ambulanten medizinischen Rehabilitations- und Vorsorgebehandlungen sowie Anschluss-Heilbehandlungen*

Für Kassenpatienten:

— *Die Rehaklinik Glotterbad hat einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen nach § 111 SGB V sowie Kur- und Spezialeinrichtung nach § 559 RVO*

Für Privatversicherte bzw. Selbstzahler:

— *Erfüllung der Voraussetzungen nach § 4 Abs. 4 MB/KK (medizinisch notwendige, akutstationäre Krankenhausbehandlungen)*

— *Erfüllung der Voraussetzungen für Rehabilitation/Kuren nach § 4 Abs. 5 MB/KK*

Integrierte Therapiekonzepte der Rehaklinik Glotterbad

Die Rehaklinik Glotterbad arbeitet nach einem ganzheitlichen Therapiekonzept. Will „bio-psycho-soziale“ Medizin mehr sein als die bloße Addition unterschiedlicher medizinischer Fachrichtungen, Therapiemodelle und Menschenbilder, bedarf es eines integrativen Therapiekonzeptes als Voraussetzung für eine „Integrierte Medizin“. Mindestens sechs verschiedene Integrationsebenen sind dabei zu unterscheiden:

1. Integration von somatischer Medizin, psychotherapeutischer Medizin und Sozialarbeit bzw. Sozialtherapie und Sozialmedizin.
2. Integration tiefenpsychologischer, systemisch-lösungsorientierter, verhaltenstherapeutischer und interpersoneller Psychotherapieansätze.

Unsere Reihe „Integrierte Therapiekonzepte“

In der Reihe „Integrierte Therapiekonzepte der Rehaklinik Glotterbad“ stellen wir ausgewählte Therapiekonzepte der psychosomatischen Medizin vor. Zurzeit liegen vor:

1. Das chronische Schmerzsyndrom
2. Die Borderline-Störung
3. Traumafolgestörung
4. Arbeitsplatzkonflikte – Mobbing
5. Depressive Störung
6. Angststörung
7. Diabetes mellitus und Psychosomatik
8. Impulsive Essstörungen

3. Integration als Herstellung einer Passung zwischen der individuellen Wirklichkeit des Patienten (z. B. seinen subjektiven Krankheits- und Gesundheitstheorien sowie individuellen Behandlungszielen, Reha-Zielen) und dem unterschiedlichen Krankheits- und Behandlungsmodell der Therapeuten bzw. der Klinik.
4. Berücksichtigung der Auftragskomplexität psychosomatischer Rehabilitation, die eine spezielle systemische Kompetenz der Therapeuten erfordert.
5. Integration von einerseits individueller Therapiezielvereinbarung und individuellem Therapieplan und andererseits modernen störungsspezifischen Therapiekonzepten.
6. Integration störungsorientierter Therapieansätze mit einer prinzipiell ressourcenorientierten Sicht: Die Behandlung zielt wesentlich darauf ab, eigene Stärken und Fähigkeiten, Selbstheilungskräfte und Selbsthilfemöglichkeiten zu aktivieren.

Diese vielfältigen Integrationsleistungen sind nur denkbar durch eine enge Abstimmung innerhalb des interdisziplinären Behandlungsteams mithilfe eines gemeinsamen Modells Integrierter Medizin.



Qualifikationen der Rehaklinik Glotterbad

- Modellklinik der Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin (AIM)
- Anerkannt als qualifizierte Behandlungsstätte für Psychotraumafolgestörungen bei der DABT
- Zertifiziert als DBT-Behandlungseinheit nach den Richtlinien des Dachverbandes für DBT e.V. für Patienten mit Borderline-Störung
- Mitglied im Netzwerk Rehabilitation bei Fibromyalgie
- Standort der Konflikthotline Baden-Württemberg e.V.
- Zertifizierung durch die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE): Station Ernährung
- Zertifizierung durch die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG): als Klinik für Diabetes-Patienten geeignet

Rehaklinik Glotterbad

Fachklinik für Psychosomatik,
Psychotherapeutische und Innere Medizin

Gehrenstraße 10
79286 Glottertal

Tel. 07684 809-0

Fax 07684 809-250

E-Mail info@rehaklinik-glotterbad.de

Web www.rehaklinik-glotterbad.de

Kommissarische medizinische Leitung:

Dr. Christian Firus und Dr. Georg Schmitt

Kaufmännische Leitung: Heidi Bäumgen

Die Rehaklinik Glotterbad und das angegliederte Zentrum für Ambulante Psychosomatische Rehabilitation (ZAPR) Glotterbad sind Teil des Kompetenzverbands Südbaden für Psychosomatische Medizin und Abhängigkeitserkrankungen (PAKS) zusammen mit zwei weiteren Rehakliniken: Kandertal (Familienrehabilitation) und Birkenbuck (stationäre Suchttherapie) sowie einem Psychosomatischen Akutkrankenhaus, der Thure von Uexküll Klinik.