

KONZEPT

DER DIAKO NORDFRIESLAND gGmbH



FACHKLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK

ABTEILUNG FÜR PSYCHOSOMATIK
UND PSYCHOTHERAPIE



Verantwortlich für den Inhalt:

Dr. med. Christoph Mai, Chefarzt und Ärztlicher Direktor

Ralf Tönnies, Therapeutische Leitung

Dr. med. Güde Nickelsen, Leitende Oberärztin

Lars Petersen, Pflegedienstleitung

Dr. rer. nat. Anke Bauer, Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Das Konzept entstand in Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Abteilung.

Stand:

2.2020, nächste Revision: 2023

Kontakt und weitere Informationen:

DIAKO Nordfriesland gGmbH

Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik

Gammeltoft 8-15, 25821 Breklum, OT Riddorf

Telefon: 04671 408 0

Email: info.nf@diako.de

Internet: www.diako-nf.de

Wir sind zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2015

(dies gilt für die Standorte Breklum, Bredstedt, Schleswig (Suchthilfezentrum) und Kiel (Fachambulanz Kiel))

Fotonachweis: Tim Riediger, Anke Bauer, Heike Walter © DIAKO Nordfriesland

Gender-Hinweis:

Wir sind uns bewusst, dass viele der in diesem Text benutzten Begriffe wie Patient, Mitarbeiter, Therapeut etc. grammatikalisch gesehen maskulin (männlich) sind. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen („Patientinnen und Patienten“) nicht durchgängig verwendet. In einigen Fällen verwenden wir sie als neutrale Begriffe, die eine Funktion und nicht eine Person meinen. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht. Die Komplizierung und Bürokratisierung des Lesens bzw. Schreibens durch Formulierungen wie „Leiter_in“ oder „MitarbeiterIn“ wollen wir den Leserinnen und Lesern (und uns selbst) ersparen.

Therapeutisches Konzept
der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie
der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik - stationäre Behandlung
DIAKO Nordfriesland gGmbH

Inhaltsverzeichnis

1. Wir stellen uns vor	5
2. Die Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik - Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie	6
3. Unser Krankheitsmodell	7
3. Theoretischer und wissenschaftlicher Hintergrund der Störungsbilder.....	8
3.1 Übersicht der psychosomatischen Störungen	8
3.1.1 Depressive Störungen (F30-F39)	8
3.1.2 Angststörungen (F40-F41).....	9
3.1.3 Zwangsstörungen (F42).....	10
3.1.4 Traumafolgestörungen und Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1).....	11
3.1.4.1 Exkurs: EMDR als dynamisch-behaviorale Psychotherapiemethode	12
3.1.5 Somatoforme Störungen (F45)	14
3.1.6 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus (F60.31)	15
3.1.7 Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge Eating).....	15
3.2. Zusammenfassende Beschreibung der therapeutischen Verfahren	18
4. Schwerpunkte.....	22
5. Therapieziele.....	22
6. Therapeutisches Angebot.....	22
7. Dauer der Therapie	24
8. Aufnahme, Diagnostik und Ablauf der Therapie.....	24
9. Behandlungsteam	24
10. Ausstattung	24
10.1 Allgemeine räumliche Ausstattung	24
10.2 Innenraumluftqualität	25

10.3 Diagnostische apparative Ausstattung	25
10.4 Psychologische Assessments und Profilvergleichssysteme	26
10.5 Weitere Besonderheiten.....	26
11. Qualitätssicherungsmaßnahmen und Dokumentation.....	26
12. Vor- und Nachsorge: Vernetzt behandeln - Therapieerfolg sichern!.....	27
13. Referenzen.....	28



1. Wir stellen uns vor

Die DIAKO Nordfriesland gGmbH ist ein konfessionelles Haus mit Angeboten für die Behandlung und Betreuung von Menschen mit Krankheiten, Störungen und Beeinträchtigungen aus den Bereichen der seelischen Gesundheit:

- Allgemeinpsychiatrie und Gerontopsychiatrie
- Suchtmedizin
- Psychosomatik und Psychotherapie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie

In einem Unternehmen vereint: Zur DIAKO Nordfriesland gehören die Fachklinik für Rehabilitation sowie die Breklumer Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik, die Flensburger Fachklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, die Tagesklinik und Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Flensburg - Villa Paletti, sowie Tageskliniken, Ambulanzen und Nachsorgeeinrichtungen an verschiedenen Standorten im nördlichen Schleswig-Holstein.

Das Angebot der DIAKO Nordfriesland umfasst

- Diagnostik, Behandlung und Therapie
- Rehabilitation und Adaption
- Eingliederungshilfe und Nachsorge
- Suchthilfezentren, Beratung, Betreuung, Prävention und mehr.

Wir verstehen uns als einen modernen Gesundheitsdienstleister – Computer- und Medienabhängigkeit oder Posttraumatische Belastungsstörungen werden bei uns ebenso fachkundig behandelt wie depressive Störungen und Schizophrenie. **Unsere innere Vernetzung** erlaubt umfassende und individuell abgestimmte Angebote.

Unsere Partner sind niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, das DIAKO Krankenhaus und weitere Krankenhäuser der Region, das Klinikum der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Beratungsstellen, soziale und kirchliche Einrichtungen, Nachsorgeeinrichtungen, der öffentliche Gesundheitsdienst, die betriebliche Sozial- und Gesundheitsberatung sowie Vereine und Verbände.

Unsere Gesellschafter sind die Ev.-Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg, der Verein Fachkrankenhaus Nordfriesland e.V., das Zentrum für Mission und Ökumene, der Ev.-Luth. Kirchenkreis Nordfriesland und der Verein Brücke e.V..

2. Die Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik - Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie

Im Bereich der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik der DIAKO Nordfriesland gGmbH gibt es 99 stationäre Behandlungsplätze in Breklum, zusätzlich zu Tageskliniken und Institutsambulanzen (s.u.) für die Akutbehandlung seelisch kranker und/oder suchtkranker Menschen. Die Fachklinik hat die folgenden stationären Abteilungen:

- Allgemeinpsychiatrie
- Psychosomatik und Psychotherapie
- Abhängigkeitserkrankungen

Unsere Tageskliniken und Institutsambulanzen befinden sich in Niebüll, Breklum und Husum.

Die **Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie** bietet seit 1986 eine regional übergreifende psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung. Die Abteilung ist in modernen, freundlichen Gebäuden in Breklum untergebracht. Für die Patienten stehen Ein- und Zweibettzimmer mit Bad zur Verfügung. Großzügige und helle Zimmer und Therapie-räume in freundlichen Farben unterstützen hier den Erfolg der Behandlung.

Eine Multifunktionshalle umfasst im Sportbereich fast 300 qm. Zusätzlich sind Räume für Physiotherapie, Ergotherapie, Musiktherapie sowie medizinische Trainingsgeräte untergebracht. Im Außenbereich gibt es umfangreiche Freizeit- und Grünanlagen sowie Spazierwege. Weiterhin gibt es eine Lehrküche und einen Kiosk mit Cafeteria.

Die Abteilung arbeitet nach einem Bezugspflegesystem, das heißt eine Pflegekraft ist fester Ansprechpartner des Patienten. Die Aufnahme erfolgt durch Einweisung über niedergelassene Ärzte oder unsere Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) sowie durch Verlegungen aus den anderen Abteilungen der DIAKO Nordfriesland.

Die Abteilung hat den Versorgungsauftrag für die psychosomatisch erkrankten Menschen des Kreises Nordfriesland. Darüber hinaus sind Menschen aller Regionen herzlich willkommen.

Wir behandeln Menschen mit:

- Depressiven Störungen

- Angststörungen
- Posttraumatischen Belastungsstörungen und anderen Traumafolgestörungen
- Zwangsstörungen
- Essstörungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Wahrnehmungsstörungen
- Psychosomatischen Schmerz- oder Schlafstörungen
sowie bei psychosomatischer Komorbidität:
- Spielsucht, Medienabhängigkeit, Kaufsucht
- Substanzgebundene Abhängigkeit
- umweltmedizinischen Störungen

Einer unserer Schwerpunkte ist die Eltern-Kind-Behandlung. Nicht schulpflichtige Kinder können als Begleitperson mit einem behandlungsbedürftigen Elternteil aufgenommen werden. Wir sind Mitglieder im Netzwerk für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder in Schleswig-Holstein, kurz Netzwerk Eltern-Kinder. Dies ist ein Zusammenschluss psychiatrisch-psychotherapeutischer und dem Kindeswohl verpflichteter Fachleute, die es sich zum Ziel gemacht haben, den Kindern psychisch kranker Eltern mit Beratung, Unterstützung und Behandlung beizustehen. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte unserem Konzept für die Eltern-Kind-Behandlung unter www.diako-nf.de sowie unter www.neksh.de.

Seit 1992 werden auch umweltmedizinische Patienten mit psychosomatischer Komorbidität an der DIAKO Nordfriesland stationär und ambulant betreut (=Schwerpunkt Umweltmedizin). Die Behandlung von Traumafolgestörungen erfolgt in einem weiteren Schwerpunkt im Traumakompetenzzentrum Nord. Hierfür liegen eigene Konzepte vor: Siehe www.diako-nf.de).

3. Unser Krankheitsmodell

Psychosomatische Störungen sind ein hochkomplexes multifaktorielles Geschehen im seelischen, körperlichen und sozialen Bereich, das sich auf alle Belange der Lebensgestaltung auswirkt. Zur Behandlung und Therapie von Menschen mit psychosomatischen Störungen liegt unserem therapeutischen Konzept daher ein bio-psycho-soziales Modell der Erkrankungen zugrunde, denn Risikofaktoren für die Entwicklung von psychosomatischen Störungen sind aus den Bereichen der Neurobiologie und Genetik (Bio-), der psychischen Belastung mit Stressoren (Psycho-) und aus der sozialen Entwicklung bzw. dem sozialen Umfeld der Betroffenen bekannt (Sozial-). Psychosomatische Störungen treten häufig komorbid mit ande-

ren Erkrankungen auf, die ebenfalls in der Therapie berücksichtigt werden müssen, wie bspw. Abhängigkeitserkrankungen oder Traumafolgestörungen.

Aus diesem Grund ist unser therapeutisches Angebot multimodal und umfasst verhaltensorientierte und psychodynamische Verfahren sowie psychoedukative, sozialtherapeutische, allgemeinmedizinische, internistische und neuropsychiatrische Maßnahmen neben weiteren spezifischen Angeboten. Im Einzelnen umfasst das Angebot psychotherapeutische Gruppen und Einzeltherapien, Information und Prävention, Bewegungstherapie, Ergotherapie, Musiktherapie, Sozialberatung, Angehörigenarbeit sowie die Vermittlung geeigneter Nachsorge (Referenzen 1-10).

3. Theoretischer und wissenschaftlicher Hintergrund der Störungsbilder

3.1 Übersicht der psychosomatischen Störungen

Etwa 28% der Bevölkerung leidet jedes Jahr an einer psychischen Störung unterschiedlichen Schweregrades und unterschiedlicher Dauer. Das entspricht 17,8 Millionen betroffener Personen (AWMF 2013-2019). Psychische Störungen gehören damit zu den häufigsten Erkrankungen unserer Zeit. Sie gehören auch zu den Störungen, die die Betroffenen in ihrer Lebensqualität sehr einschränken. Viele Menschen mit chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen benötigen längerfristig eine Therapie je nach den individuellen Erfordernissen. Bei Menschen mit psychosomatischen Primärstörungen entstehen oft Abhängigkeitserkrankungen, welche die Behandlung erschweren. Dies erfordert spezifische Behandlungs- und Therapieangebote. Diese können an der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik aufgrund der nahen Abteilung für Suchterkrankungen im besonderen Maße berücksichtigt werden.

Wenn nicht anders angegeben, wurden als Basis für die Ausarbeitung die Leitlinien der entsprechenden Fachgesellschaften verwendet. Die jeweils aktuellen Leitlinien finden Sie unter „Referenzen“ sowie im Internet unter www.leitlinien.net (Referenzen: 1-9,50: Störungsspezifische AWMF-Leitlinien 2013-2019). Zu vielen Diagnosen gibt es hier auch spezielle Informationen, die leichtverständlich für Patienten und Angehörige aufbereitet sind. Eine Zusammenfassung von Prävalenzen, Komorbidität sowie wissenschaftlich basierte Empfehlungsgrade von therapeutischen Interventionen geben Tabelle 1 und 2 (S. 20 und 21).

3.1.1 Depressive Störungen (F30-F39)

Die Hauptsymptome einer depressiven Störung sind: Depressive Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit sowie Antriebsmangel und erhöhte Ermüdbarkeit. Häufige zusätzliche Symptome sind verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Gefühl von Schuld / Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zu-

kunftsperspektiven, Suizidgedanken oder -handlungen, Schlafstörungen und verminderter Appetit.

Das somatische Syndrom ist gekennzeichnet durch Interessenverlust, Verlust der Freude an sonst angenehmen Tätigkeiten, mangelnde emotionale Reagibilität auf sonst freudige Ereignisse, frühmorgendliches Erwachen, morgendliches Stimmungstief, psychische und körperliche Hemmung oder Agitiertheit, Gewichtsverlust und Libidoverlust.

Depressive Störungen sind neben Angststörungen die häufigsten psychischen Erkrankungen. Die 12-Monatsprävalenz der Diagnose liegt bei 11% der Bevölkerung über 18 Jahren. Depressionen weisen eine hohe Rate an Komorbidität auf (ca. 61%) mit z.B. Angststörungen, Zwängen, Posttraumatischen Belastungsstörungen, somatoformen Störungen, Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen sowie Substanzmissbrauch und Abhängigkeitserkrankungen. Frauen erkranken doppelt so häufig wie Männer, die Hälfte der Erkrankten ist bei Beginn unter 40 Jahre alt. Der Gipfel der Prävalenz liegt zwischen einem Alter von 50 bis 60 Jahren. Weitere Risikofaktoren sind Trennung, Scheidung und der Verlust naher Angehöriger sowie körperliche Erkrankungen und Funktionseinschränkungen.

Im Bereich somatischer Erkrankungen besteht ein erhöhtes Krankheitsrisiko für arteriosklerotische Herzerkrankungen, vaskuläre Läsionen des Zentralnervensystems, Asthma bronchiale, Heuschnupfen (Allergien), Ulcus pepticum, Diabetes mellitus und Infektionserkrankungen. Belastende Ereignisfolgen in Zeiträumen, in denen keine Erholung von den früheren Belastungen eintreten kann, stellen ein besonderes Risiko dar. Spätere Krankheitsepisoden scheinen dagegen stärker einer eigenen, von äußeren Auslösern relativ unabhängigen Dynamik unterliegen. Angehörige ersten Grades von Patienten mit einer depressiven Erkrankung weisen ein Erkrankungsrisiko für affektive Störungen (alle Formen) von 20% gegenüber 7% bei Angehörigen gesunder Kontrollpersonen auf.

Wenn zusätzlich zu depressiven Phasen auch manische Episoden vorkommen, so wird dies als bipolare affektive Störung bezeichnet. Das Lebenszeitrisko hierfür beträgt geschlechtsunabhängig 1 bis 2%. Zu einer depressiven Episode kann es auch im Rahmen eines Burn-out-Syndroms kommen (Referenzen: 1-9: Störungsspezifische AWMF-Leitlinien 2013-2019, sowie Bekhbat und Neigh 2018, Brieger 2011, GBE 2010 u. 2011, Kupferberg et al. 2016, Otte et al. 2016, Wiedlocha et al. 2018, Wittchen et al. 2003).

3.1.2 Angststörungen (F40-F41)

Angststörungen sind gekennzeichnet durch einen emotionalen Zustand, der charakterisiert ist durch das zentrale Motiv der Vermeidung bzw. Abwehr einer Gefahr und stereotype psychische und physische Begleiterscheinungen wie Unsicherheit, Unruhe, Erregung (evtl. Pa-

nik), Bewusstseins-, Denk- oder Wahrnehmungsstörungen, Anstieg von Puls- und Atemfrequenz, verstärkte Darm- und Blasenaktivität, Übelkeit, Zittern, Schweißausbrüche.

Angststörungen sind eine häufige psychische Erkrankungen mit einer 12-Monatsprävalenz von etwa 15% der Bevölkerung (18-65 Jahre), wobei Unterschiede zu verzeichnen sind zwischen den spezifischen Angststörungen, wie spezifische Phobie, generalisierte Angststörung, soziale Phobie, Agoraphobie, Panikstörung oder Posttraumatische Belastungsstörung (s. u.). Frauen sind doppelt so häufig betroffen wie Männer.

Patienten mit Phobien können über Jahre durch Vermeidungsverhalten Sicherheitsgefühle erfahren, verstärken somit aber die Phobie bis zur ständigen Selbstüberforderung. Diese kann zu einer depressiven Störung führen und ist häufig der Anlass für die aktive Therapie-suche.

Angststörungen beginnen häufig im Lebensalter zwischen 20 und 40 Jahren. Die Risikofaktoren von Angststörungen sind Überlastung im Beruf- oder Privatleben und Angststörungen bei Angehörigen. Weiterhin als Risikofaktoren gelten kardiale Diagnostik sowie als hochgradig traumatisierend erlebte (Herz-)Todesfälle im engen Familien- oder Freundeskreis. Etwa 58-93% der Betroffenen haben weitere psychische Störungen. Soziale Phobien treten häufig in Komorbidität mit Abhängigkeitserkrankungen auf (Referenzen: 1-9: Störungsspezifische AWMF-Leitlinien 2013-2019, sowie: Bekhbat et al. 2018, Förstl et al. 2006, Frieboes et al. 2005, 22, Wittchen et al. 2003).

3.1.3 Zwangsstörungen (F42)

Wesentliches Kennzeichen dieser Störung sind wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Zwangsgedanken sind Vorstellungen, Ideen und Impulse, die die Patienten immer wieder stereotyp beschäftigen. Zwangsgedanken werden als eigene Gedanken erlebt, auch wenn sie als unwillkürlich und häufig als abstoßend empfunden werden. Die betroffene Person versucht erfolglos, Widerstand zu leisten.

Zwangshandlungen oder Zwangsrituale sind ständig wiederholte, stereotype Handlungen. Sie werden als unangenehm empfunden und erfüllen keine nützliche Aufgabe. Betroffene erleben sie oft als Vorbeugung gegen ein objektiv unwahrscheinliches, schadenbringendes Ereignis. Meist wird dieses Verhalten als sinnlos und ineffektiv erlebt. Menschen mit Zwangshandlungen versuchen immer wieder, dagegen anzugehen. Angstsymptome sind häufig, auch quälende innere Anspannung. Es besteht eine hohe Komorbidität mit depressiven Symptomen (Aus: ICD-10-GM online, Vs. 2017).

Zwangsstörungen haben eine Prävalenz von etwa 1-3% in der Bevölkerung. Die Geschlechterverteilung ist annähernd symmetrisch. Der Beginn der Erkrankung liegt bei Frauen häufig

zwischen dem 20. und 29. Lebensjahr und bei Männern zwischen dem 6. und 15. Lebensjahr. Bei der Hälfte der Betroffenen beginnt die Erkrankung in der Kindheit.

Eine stationäre Therapie ist indiziert bei einer ausgeprägten Zwangssymptomatik, bei besonders ausgeprägten komorbiden Störungen (z.B. Anorexie, Depression, Tic, Hypochondrie), bei mangelnden Ressourcen in der Familie oder besonders ungünstigen psychosozialen Bedingungen bzw. krankheitsbegünstigenden und -aufrechterhaltenden Einflüssen, bei erheblicher Beeinträchtigung von Alltagsaufgaben und nach nicht erfolgreicher ambulanter Therapie (AWMF-Leitlinie 2013, Amerio et al. 2014, Drubach et al. 2015, Hirschtritt et al. 2017,).

3.1.4 Traumafolgestörungen und Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)

Traumafolgestörungen sind mögliche Folgereaktionen auf sehr belastende Ereignisse wie z.B. das Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, von Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, kriegerischen Auseinandersetzungen, Folter oder das Erleben von schwerwiegenden Unfällen.

Die Symptomatik kann unmittelbar oder auch mit (z. T. mehrjähriger) Verzögerung nach dem traumatischen Geschehen auftreten (Hofmann 2014). Häufig führen solche Erfahrungen zu Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) oder anderen psychischen Erkrankungen und sind oft mit einer hohen Rate an Folgeerkrankungen verbunden. Die Häufigkeit von Traumafolgestörungen ist abhängig von der Art des Traumas;

- Ca. 50% Prävalenz nach Vergewaltigung
- Ca. 25% Prävalenz nach anderen Gewaltverbrechen
- Ca. 50% bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern
- Ca. 10% bei Verkehrsunfallopfern
- Ca. 10% bei schweren Organerkrankungen (Herzinfarkt, Malignome)

Die Lebenszeitprävalenz für PTBS in der Allgemeinbevölkerung mit länderspezifischen Besonderheiten liegt zwischen 1% und 7% (Deutschland 1,5 - 2 %). Die Prävalenz subsyndromaler Störungsbilder ist wesentlich höher. Es besteht eine hohe Chronifizierungsneigung. Bei gleicher Art der Belastung sind Frauen doppelt so häufig von der PTBS betroffen wie Männer.

Eine Komorbidität mit einer weiteren psychiatrischen Störung, vor allem mit depressiven Störungen, weisen über 80% aller Patienten mit Traumafolgestörungen auf. Häufig kommen auch Angststörungen, Somatisierungsstörungen, somatoforme Schmerzstörung, dissoziative Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen vor. Die Entwicklung komorbider Störungen ist oft eine Folge einer nicht diagnostizierten und somit auch nicht be-

handelten PTBS. Außerdem wurden bei Patienten mit Traumafolgestörungen ein erhöhtes wechselseitiges relatives Risiko für ADHS und Schmerzstörungen gefunden.

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist gekennzeichnet durch:

- sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen (Flashbacks, Alpträume)
- Übererregungssymptome (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen)
- Vermeidungsverhalten (Vermeidung mit dem Trauma verbundener Reize) und
- emotionale Taubheit (allgemeiner Rückzug, Interessenverlust, innere Teilnahmslosigkeit)

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist gekennzeichnet durch:

- sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen (Flashbacks, Alpträume)
- Übererregungssymptome (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen)
- Vermeidungsverhalten (Vermeidung mit dem Trauma verbundener Reize) und
- emotionale Taubheit (allgemeiner Rückzug, Interessenverlust, innere Teilnahmslosigkeit)

(APA 2017, AWMF-Leitlinie 2019, Bisson et al. 2013, Cvetek 2008, Dominguez et al. 2017, Flanagan et al. 2016, Hofmann 2014, McFarlane 2017, Shapiro et al. 1997 und 2013).

3.1.4.1 Exkurs: EMDR als dynamisch-behaviorale Psychotherapiemethode

Im Jahr 1989 erschien die erste Veröffentlichung von Francine Shapiro, in der sie über ihre Methode der „Augenbewegungs-Desensibilisierung“ zur Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) berichtete. Etwa 1991 nannte sie dieses Verfahren Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), was auf Deutsch etwa mit Desensibilisierung und Neuorientierung durch Augenbewegungen übersetzt werden könnte. Inzwischen hat diese Methode der Traumabehandlung breite Anerkennung gefunden, ist Teil der an den Leitlinien ausgerichteten Therapie und kann als die am besten untersuchte Therapie der PTBS gelten. Francine Shapiro sah ihren Ansatz als einen methodenübergreifenden Zugang an, was der heute in Deutschland vertretenen Sichtweise entspricht (Hofmann 2014). Die psychosomatische Abteilung der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie arbeitet seit vielen Jahren erfolgreich mit EMDR bei der Behandlung von Traumafolgestörungen.

Die Theorie der EMDR-Methode stützt sich auf das Modell der Adaptiven Informationsverarbeitung (AIP-Modell), das davon ausgeht, dass dysfunktional gespeicherte, pathogene Erinnerungen Auslöser vieler psychischer und psychosomatischer Störungen sein können (Shapiro 2013).

Demnach gibt es ein adaptives System der Verarbeitung von Informationen im Gehirn, das z.B. bei der Verarbeitung von Stresserlebnissen oder schmerzhaften Verlusterlebnissen verhindert, dass eine traumatische Stressreaktion eintritt. Dieses System kann aber unter gewissen Umständen überfordert werden, etwa bei belastenden, traumatischen Erlebnissen (z.B. Folter, Unfälle oder Missbrauchserfahrungen). Hier wird die Information nicht verarbeitet, sondern im Nervensystem unverarbeitet festgehalten, d.h. in ihrer ursprünglichen Gestalt, in Bildern, Gedanken, Geräuschen, also als körpernahe Empfindung. Dies implizite Gedächtnis kann als emotionales Gedächtnis bezeichnet werden, das in den entwicklungs- geschichtlich alten Strukturen des Gehirns (Amygdala, Hippokampus) angesiedelt und nicht zeitlich geordnet ist. Es funktioniert weitgehend unabhängig vom expliziten, rationalen oder narrativen Gedächtnis, das im Großhirn (Neokortex) angesiedelt ist. Dies gespeicherte, unverarbeitete Informationspaket führt quasi ein "Eigenleben" und kann von den kleinsten Erinnerungen an das ursprüngliche Trauma reaktiviert werden (Triggerreize).

EMDR wirkt vor diesem Hintergrund vor allem dadurch, dass es zunächst die traumatischen Erinnerungen mit all ihren verschiedenen Komponenten – visuell, emotional, kognitiv, physisch – aufruft und das adaptive System der Informationsverarbeitung anregt, das bisher keinen Zugriff auf die Informationen hatte (Hofmann 2014, Shapiro 2013).

EMDR ist ein strukturiertes Verfahren, das in einem acht Phasen umfassenden Behandlungsablauf durchgeführt wird: Anamnese und Behandlungsplanung, Vorbereitung des Patienten, Bewertung des Traumas, Durcharbeitung, Verankerung und Einsetzen eines positiven Gedankens, Körper-Test, Abschluss und Nachbefragung

Das Grundprinzip der Methode besteht darin, dass sich eine Person auf eine traumatische Erfahrung und die damit verbundenen Gedanken und Gefühle konzentriert, während gleichzeitig rhythmische Augenbewegungen induziert werden. Es wird also die Aufmerksamkeit des Patienten zugleich auf einen äußeren Reiz (Augenbewegungen) und auf eine identifizierte Quelle emotionaler Störungen (über Bilder und Körperempfindungen) gelenkt (Hofmann 2006). So wird ein rascher Zugang zu allen Assoziationsketten, die mit den in der Behandlung angesprochenen traumatischen Erinnerungen verbunden sind, ermöglicht. In einem so unterstützten Prozess der Informationsverarbeitung kann eine beschleunigte Reprozessierung der maladaptiven, fragmentierten traumatischen Erinnerungen stattfinden. Die Erinnerung verliert ihren intrusiven und emotionsgeladenen Charakter und kann zu einer "normalen" Erinnerung an ein schlimmes Ereignis werden. Damit ist häufig eine Reduktion der Symptomatik verbunden (Hofmann 2014). (weitere Referenzen: Störungsspezifische AWMF-Leitlinien 2011, Shapiro 2013).

- gegenüber, Freudlosigkeit
- Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten

- vegetative Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, übermäßiger Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen, vermehrter Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen

3.1.5 Somatoforme Störungen (F45)

Somatoforme Störungen sind charakterisiert durch die Beschreibung körperlicher Symptome in Verbindung mit häufigen medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht bzw. nicht ausreichend körperlich begründbar sind. Die körperlichen Beschwerden sind sehr unterschiedlich lokalisiert und werden von Patienten auf alle Organsysteme bezogen. Am häufigsten werden Schmerzsymptome genannt (Rückenschmerzen 30%, Gelenkschmerzen 25%, Kopfschmerzen 19%) sowie gastrointestinale Beschwerden (Blähungen 13%, Magenbeschwerden 11%, Herzbeschwerden 11%). Leichte Formen werden auch als funktionelle Körperbeschwerden Multiple somatoforme Symptome treten bei 4-5% der Bevölkerung auf, eine Somatisierungsstörung im engeren Sinne bei ca. 1%. Frauen erkranken etwa doppelt so häufig wie Männer. Häufige Komorbidität besteht in depressiven Störungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen.

Eine stationäre Behandlung ist insbesondere angezeigt,

- wenn ein multimodales therapeutisches Vorgehen erforderlich ist, z.B. ein verbales und ein körperorientiertes Verfahren indiziert ist
- wenn durch eine stationäre Therapie eine hinreichende Motivation für eine indizierte ambulante Psychotherapie erzielt werden kann
- wenn die Funktionsstörung die Teilnahme an ambulanter Psychotherapie einschränkt oder aufhebt
- wenn sich nach 6 Monaten ambulanter Psychotherapie keine symptombezogene Besserung erkennen lässt
- wenn eine erhebliche psychische Komorbidität (z.B. Persönlichkeitsstörung) oder eine die somatoforme Störung komplizierende körperliche Erkrankung vorliegt
- wenn es zu Krankschreibungen über 3 Monate hinaus gekommen ist oder bei anderen Gefährdungen der Berufs- und Erwerbsfähigkeit

(Referenzen: 1-9: Störungsspezifische AWMF-Leitlinien 2013-2019; Roenneberg et al. 2019 sowie: Förstl et al. 2006, Frieboes et al. 2005, Van Dessel et al. 2014, Van Ravesteijn et al. 2016, Wittchen et al. 2003).

3.1.6 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus (F60.31)

Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus ist gekennzeichnet durch:

- ein überdauerndes Muster von emotionaler Instabilität und Impulsivität
- inkonstante und krisenhafte Beziehungen
- ausgeprägte Angst vor dem Verlassenwerden
- impulsive - häufig auch selbstschädigende - Verhaltensweisen
- instabile und wechselhafte Stimmung
- multiple und wechselnde psychogene Beschwerden
- Identitätsunsicherheit

Die Stärke der Störung ist von Person zu Person unterschiedlich, ebenso das damit verbundene Leiden und die individuellen Belastungserscheinungen. Unter einer Persönlichkeitsstörung leidet etwa die Hälfte aller wegen psychischer Störungen behandelter Patienten, das sind 5-10% der Bevölkerung. Ca. 3% der Bevölkerung sind von der Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung betroffen, dabei sind Frauen etwa dreimal so häufig wie Männer vertreten.

Als Risikofaktoren für das Entwickeln einer Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung gelten insbesondere "chaotische" Lebenserfahrung in der Primärfamilie, traumatisches Verlassenwerden, Verlust der Hauptbezugsperson, sexuelle Traumatisierung und Gewalterfahrung sowie schwere Erziehungsdefizite. Komorbidität besteht vorwiegend mit affektiven Störungen und Essstörungen, weiterhin Abhängigkeitserkrankungen, Angststörungen, dissoziativen Störungen und posttraumatischen Symptombildern (APA - American Psychiatric Association 2001, Armbrust et al. 2016, Cho-Kain et al. 2017, DGPPN-Leitlinie 2009, NICE Guidelines 2009, Reeves-Dudlay 2017, Stiglmayr et al. 2014).

3.1.7 Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge Eating Störung)

Von der Essstörung Anorexia nervosa spricht man bei Patienten mit einem erheblichen Untergewicht (Body-Mass-Index von 17,5 oder weniger), das durch folgende Maßnahmen selbst herbeigeführt wurde:

- Vermeidung von hochkalorischen Speisen; und/oder
- selbst induziertes Erbrechen
- übertriebene körperliche Aktivität
- Gebrauch von Appetitzüglern, Diuretika und/oder Abführmitteln.

Medizinisch-physiologische Begleit- und/oder Folgeerscheinungen sind:

- Endokrinologische Störungen (u. a. Zyklusstörungen, Schilddrüsenunterfunktion)
- Störungen im Elektrolythaushalt (v. a. Kalium), Herzrhythmusstörungen
- Störungen im vegetativen Bereich(Müdigkeit, Schlaf- und Sexualstörungen)
- Entzündungen der Speiseröhre, Verletzungen durch „Brechhilfen“
- Schwellungen der Speicheldrüsen
- Kariöse Schädigungen der Zähne
- Gastrointestinale Beschwerden
- Neurotransmitterstörungen (Noradrenalin, Serotonin)
- Morphologische Veränderungen des Gehirns
- Ödeme
- Hautveränderungen und Haarausfall

Psychologisch-psychiatrische sowie soziale Begleit- und Folgeerscheinungen:

- Unzufriedenheit und übermäßige Beschäftigung mit Gewicht und Figur, Körperschemastörungen
- Herabgesetztes Selbstwertgefühl
- Affektive Folgeerscheinungen (Depressivität, emotionale Labilität, Reizbarkeit)
- Kognitive Folgeerscheinungen (Konzentrationsmangel, Entscheidungsunfähigkeit, ständige gedankliche Beschäftigung mit Essen, Kalorienzählen)
- Psychophysische Folgeerscheinungen
- Probleme in der Partnerschaft, Familie, Freundeskreis und Beruf, sozialer Rückzug u. a. m.

Für Frauen zwischen 15 und 35 Jahren liegt die 12-Monats-Prävalenz bei ca. 0,4 %. Es liegt mit 5 bis 20% eine hohe Mortalitätsrate vor. Komorbidität besteht mit depressiven Störungen, Angststörungen, zwanghaft-perfektionistischen Einstellungs- und Verhaltensmustern.

Bei der Essstörung Bulimia nervosa steht im Gegensatz zur Anorexia nervosa die andauernde Beschäftigung mit Essen und eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln im Vordergrund. Es kommt zu wiederholtem Auftreten subjektiv nicht kontrollierbarer Heißhungeranfälle (Essattacken), bei denen große Mengen Nahrung in kurzer Zeit konsumiert werden. Die Patientinnen ergreifen extreme Maßnahmen, um dem dick machenden Effekt der aufgenommenen Nahrung entgegenzusteuern (z.B. selbst induziertes Erbrechen, Abführmittelmissbrauch, strenges Einhalten einer Diät zwischen den Essanfällen). Dabei besteht eine extreme Furcht, dick zu werden und die Betroffenen setzen sich strenge Gewichtsgrenzen. Die medizinischen, psychologischen sowie sozialen Begleit- und/oder Folgeerscheinungen entsprechen denen der Anorexia nervosa (siehe oben). Komorbidität besteht mit Persönlich-

keitsstörungen und Impulskontrollstörungen, seltener mit Alkohol- und/oder Drogenmissbrauch. Häufig liegt schon eine Anorexie oder Übergewicht im Jugendalter in der Vorgeschichte vor. Die Bulimia Nervosa betrifft vor allem erwachsene Frauen, seltener Jugendliche oder Männer. Die 12-Monats-Prävalenz liegt für erwachsene Frauen bei ca. 1,5 %.

Eine „Binge-Eating-Störung (BES)“ mit unkontrollierbaren Essanfällen geht oft mit Adipositas einher und birgt daher weitere medizinische Risiken: Es kann zu Krankheiten wie Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen und Bluthochdruck kommen, Dadurch besteht ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko. Bei Personen mit unkontrollierbaren Essanfällen sollte zunächst die Essstörung psychotherapeutisch behandelt werden. Bei in der Regel gleichzeitig vorliegenden Gewichtsproblemen wird erst zu einem späteren Zeitpunkt die Teilnahme an einem Gewichtsreduktionsprogramm möglichst unter Einbezug psychologischer Elemente empfohlen. Bei der BES liegt die 12-Monats-Prävalenz bei Erwachsenen für Frauen bei 1,6 % und für Männer bei 0,8 %. Der Anteil der männlichen Patienten ist also relativ hoch. Personen mit Übergewicht oder Adipositas, die an Gewichtsreduktionsprogrammen teilnehmen, haben ein hohes Risiko für BES von 30 % und mehr. (Referenzen: 1-9: Störungsspezifische AWMF-Leitlinie 2019; sowie: Carr et al. 2016, Förstl et al. 2006, Frieboes et al. 2005, McElroy et al. 2015, Mehler et al. 2015, Monteleone et al. 2018, Wittchen et al. 2003, Zipfel et al. 2015).

Exkurs Zusammenhang zwischen Essstörungen und Diabetes mellitus:

Auszug aus der aktuellen AWMF-Leitlinie (2019): *„Eine neue vielgestellte Frage ist die nach dem Zusammenhang zwischen Essstörungen und Diabetes mellitus. Man unterscheidet einen Typ-I-Diabetes (Beginn meist im Jugendalter, Untergang der β -Zellen der Bauchspeicheldrüse mit daraus folgendem absolutem Insulinmangel) und einen Typ-II-Diabetes, der üblicherweise erst in der zweiten Lebenshälfte auftritt und häufig in Verbindung mit Adipositas steht. Bei Patientinnen mit Typ-I-Diabetes entsteht dieser in der Regel vor dem Auftreten der Essstörung, bei Typ-II-Diabetes in der Regel danach. Nach Herpertz (2008) kommen Magersucht und Typ-I-Diabetes nicht häufiger miteinander vor, wohl aber Typ-I-Diabetes und Bulimia nervosa. Unter „Insulin-Purging“ versteht man die Reduktion der (in der Regel abendlichen) Insulindosis, um das Gewicht zu reduzieren. Es wird auch als „Erbrechen über die Niere“ bezeichnet. Bei Essgestörten mit einem Typ-I-Diabetes findet sich nicht selten ein „Insulin-Purging“, was die Behandlung sowohl des Diabetes als auch der Essstörung erheblich komplizieren kann...“ (Ende Zitat)*

Die Zusammenfassung therapeutischer Verfahren finden Sie zusammen mit Empfehlungsgraden der Leitliniengesellschaften in Tabelle 1. Die aktuelle Leitlinie (AWMF 2019) gibt darüber hinaus sehr detaillierte Empfehlungen ab S. 140ff zu den Themenbereichen: störungs-

spezifische Methoden, Ernährungsmanagement, Bewegungstherapie, Vorbereitung für die Zeit nach der stationären Behandlung. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang ein Gesamtbehandlungsplan, multiprofessionelle Ansätze und die therapeutische Beziehung. Dies wird in der Fachklinik umgesetzt.

3.2. Zusammenfassende Beschreibung der therapeutischen Verfahren

Die Wirksamkeit therapeutischer Interventionen bei psychosomatischen Erkrankungen ist in vielen Studien nachgewiesen worden. Diese sind in wissenschaftlich begründeten Leitlinien der Fachgesellschaften zusammengefasst und in vielen Studien untersucht worden (Referenzen: 1-9: Störungsspezifische AWMF-Leitlinien 2000-2019).

Die psychotherapeutische Behandlung an der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie ist integrativ ausgerichtet. Verhaltenstherapeutische und psychodynamische Therapieformen werden ergänzt durch Methoden wie systemische Familientherapie, dialektisch-behaviorale Therapie, Imagination oder Traumakonfrontationsverfahren.

Bei der Behandlung von Elternteilen, die in Begleitung ihrer Kinder sind, nutzen wir auch unsere kinder- und jugendtherapeutischen Konzepte.

Da unabhängig von den eingesetzten Therapiemethoden der Therapieerfolg signifikant durch allgemeine Merkmale beeinflusst wird, wie die Art des therapeutischen Settings, die Qualität der therapeutischen Beziehung und die Einbeziehung wichtiger Bezugspersonen, wird auf die hohe Qualität dieser Merkmale an der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik besonders geachtet.

Wir gehen davon aus, dass Lernen ein wichtiges Element der Behandlung ist und sowohl Informationsvermittlung und -sammlung sowie das therapeutische Milieu hierauf abgestimmt sein muss. Wichtiges Behandlungsinstrument der psychosomatischen Therapie ist daher auch eine Milieutherapie, in welcher das Leben in der Patientengemeinschaft und die Gestaltung dieser Gemeinschaft ein soziales Lernfeld darstellt. Es kann als Bühne dienen, bewusste und unbewusste Konflikte auszutragen, Bindung und Autonomie neu zu erlernen sowie Unterstützung zu erfahren. Zur Stärkung der Selbsthilfekräfte dient auch eine partielle Selbstverwaltung der Patienten als Element eines selbstorganisierten gemeinschaftlichen Lebens.

Wesentliches Element der Behandlung ist die Gruppenpsychotherapie, die sowohl mit den Bezugstherapeutinnen und Bezugstherapeuten wie auch themenspezifisch angeboten wird. Das Erlernen von Lösungskompetenzen sozialer Probleme ist ebenfalls Teil der Psychotherapie. Einzeltherapeutische Gespräche ergänzen das Behandlungsprogramm, deren Umfang und Inhalt indikationsorientiert festgelegt werden.

Eine Komplexbehandlung in der Psychosomatik erfordert häufig eine somatomedizinische Intervention. Reduktionistische psychosomatische wie somatische Erklärungsmodelle kön-

nen gleichermaßen zur Fehlbehandlung führen. Es findet deshalb eine individuelle und bedarfsgerechte Diagnostik statt. Die Fachklinik verfügt über Ärzte und Ärztinnen unterschiedlicher Disziplinen oder wir können weitere Spezialuntersuchungen außerhalb der Klinik veranlassen. Unterstützende pharmakologische Behandlungen setzen wir sorgsam ein.

Entspannungsverfahren, wie Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung oder Imaginationsverfahren und Musiktherapie unterstützen den Heilungsprozess von Reiz- oder Erschöpfungszuständen und verbessern das Coping.

Die Sport- und Bewegungstherapie ist unabdingbar in der psychosomatischen Behandlung und kann Depression, Angstzustände oder Essstörungen nachhaltig positiv beeinflussen. Bei bestimmten Krankheitsbildern, z.B. bei Adipositas, erfolgen spezifische Bewegungstherapien.

Ergo- und Arbeitstherapie wird zur Erhaltung oder Erlangung von Arbeits- oder Freizeitgestaltungskompetenz, zur Erhaltung oder Verbesserung von Funktionsfähigkeiten und zur Verbesserung der Wahrnehmung und Gestaltungskompetenz eingesetzt.

Die Ernährungstherapie ist wesentlicher Bestandteil der Behandlung.

Rauchende Patienten können an einem Nichtrauchertraining teilnehmen.

Um den Behandlungserfolg zu sichern und zu vertiefen, halten wir es für notwendig, dass der Patient schon während des stationären Aufenthaltes eine adäquate Nachsorge sowie Kontakte zu einer Selbsthilfegruppe, Beratungsstelle, einem niedergelassenen Arzt oder Psychotherapeuten oder einer Übergangseinrichtung organisiert.

Je nach Region oder Indikation kann auch eine Weiterbehandlung im Rahmen unserer Tageskliniken und Institutsambulanzen oder eine Weiterbetreuung in unseren sozialtherapeutischen Wohn- und Arbeitseinrichtungen vereinbart werden.

Die Einbeziehung des konkreten Lebensumfeldes des Patienten und die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, Beratungsstellen, Institutionen, Kliniken und Selbsthilfegruppen hat an der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik einen hohen Stellenwert. Die DIAKO Nordfriesland verfügen über eine entsprechende Vernetzung (Referenzen: 1-9: Störungsspezifische AWMF-Leitlinien 2013-2019; sowie: Friboes et al. 2005, Heise et al. 2013, Kamioka et al. 2014, Malchow et al. 2014).

Tabelle 1: Prävalenzen, Therapiemodule und evidenzbasierte Empfehlungsgrade des Einsatzes bei psychosomatischen Störungsbildern (Evidenzbasierung gilt bei mittelschweren oder schweren Ausprägungen, hier störungsspezifisch)(siehe Referenzen 1-10: Störungsspezifische AWMF-Leitlinien 2000-2019).

A= Starke Empfehlung / Soll, B= Empfehlung / Sollte, O= Kann / Empfehlung offen, KKP= Klinischer Konsenspunkt = "Gute klinische Praxis", k.A.: keine Angabe

Therapie: jeweils störungsspezifisch	Depressionen	Angststörungen	Zwangsstörungen	Essstörungen	Traumafolgestörungen	Borderline-Persönl.k. Störung
12- Monats-Prävalenz in der deutschen Bevölkerung	10,7 %	15,3 %	0,7 % bis 3,8 %	1-2%	1,3-3,4%: 1- Monats-Prävalenz, altersabhängig!	1-3%
Prävalenz der Komorbidität mit >=1 weiteren psychischen Störung	61 %	58 bis 93 %	38 bis 76 %	31-89%	80-88%	40-70%
Psychotherapie (PT)	A	A	s. KVT	A v.a. spez. Verfahren und Th. v. ambivalentem Verhalten	A - gilt für traumaspez. Verfahren: v.a. EMDR und KVT	A siehe KVT
Pharmakotherapie (meist substanzabhängige Empfehlungen: s. Leitlinien)	A	A	A - nur in Kombination mit KVT	O-KKP - nur in Kombination mit PT	A - nur in Kombination mit PT	B - nur in Kombination mit KVT
Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)	A	A	A	B	A - gilt für traumaspez. Verfahren	A gilt für: Dialekt. Behav. Ther. (DBT)
Psychodynamische Therapie (PDT)	B	B	KKP	k.A.	B - gilt für traumaspez. Verfahren	k.A.
Psychoedukation	B	B	KKP	KKP	KKP	KKP
Einbezug der Angehörigen	A	KKP	KKP	KKP	KKP	KKP
Bewegungstherapie / Physiotherapie	KKP	KKP	k.A.	KKP störungsorientiert	KKP	KKP
Ergo- /Arbeitstherapie	KKP	k.A.	KKP	KKP	KKP	KKP
Musiktherapie	KKP	k.A.	KKP	k.A.	KKP	KKP
Bei Essstörungen: Spezifische Ansätze (Gewichtsnormalisierung, Wiegen, Körpertherapie, Ernährungsberatung u.a.m.)	-	-	-	A - nur in Kombination mit PT	-	-

Table 2: Evidenzbasierte Empfehlungsgrade* für psychosoziale oder adjuvante Therapien bei schweren Ausprägungen psychischer Störungen allgemein (störungsunspezifisch) (siehe Referenzen 1-9: Störungsspezifische AWMF-Leitlinien 2000-2019).

A= Starke Empfehlung / Soll, B= Empfehlung / Sollte, O= Kann / Empfehlung offen,
 KKP= Klinischer Konsenspunkt = "Gute klinische Praxis", k.A.: keine Angabe

Psychosoziale oder adjuvante Therapien	Empfehlungsgrad	Training sozialer u. kognitiver Fertigkeiten	A
Therapeutische Beziehung	KKP	Training sozialer Fertigkeiten allgemein	A
Milieutherapie	KKP	Case Management	B
Arbeitstherapie	B	Selbsthilfegruppen	B-KKP
Soziotherapie, Sozialarbeit	KKP	Künstlerische Therapien	B
Psychoedukation	KKP	Ergotherapie	B
Psychoedukation für Angehörige	A	Sport- und Bewegungstherapie	B

4. Schwerpunkte

Unsere Behandlungsschwerpunkte sind:

- Depressive Störungen
- Angststörungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen und andere Traumafolgestörungen
- Zwangsstörungen
- Essstörungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Wahrnehmungsstörungen
- Psychosomatische Schmerz- oder Schlafstörungen
sowie bei psychosomatischer Komorbidität:
- Spielsucht, Medienabhängigkeit, Kaufsucht
- Substanzgebundene Abhängigkeit
- umweltmedizinische Störungen

5. Therapieziele

Die individuellen Therapieziele werden mit dem Patienten vereinbart und im Therapieplan festgehalten. Die psychosomatische Krankenhausbehandlung soll helfen,

- die Krankheit zu erkennen, zu heilen oder eine Verschlimmerung zu verhindern
- einen guten Umgang mit der Krankheit zu erlernen
- Wege aus der Krankheit zu finden
- Krankheitsbeschwerden zu lindern

6. Therapeutisches Angebot

Die Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie bietet ein umfassendes Behandlungsprogramm an (Details und Referenzen siehe auch Kapitel 3.2). Je nach Erkrankung oder Mehrfacherkrankungen, nach der persönlichen Belastungsfähigkeit und der Beantwortung der Frage, welche Behandlungsschritte besonders sinnvoll sind, wird das Behandlungsprogramm zusammengesetzt. Dieses gewährleistet, dass individuelle Lösungen gefunden werden und Mehrfacherkrankungen zielgerichtet und störungsspezifisch behandelt werden können.

Die psychotherapeutische Behandlung in der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie ist integrativ ausgerichtet. Verhaltenstherapeutische und psychodynamische Therapieformen werden ergänzt durch Methoden wie systemische Familientherapie, dialektisch-behaviorale Therapie, Imagination oder Traumakonfrontationsverfahren. Bei der Behandlung von Elternteilen, die in Begleitung ihrer Kinder sind, nutzen wir auch unsere kinder- und jugendtherapeutischen Konzepte.

Das therapeutische Angebot der Abteilung ist modular aufgebaut und umfasst:

- eine fundierte körperliche, psychotherapeutische und psychiatrische medizinische Versorgung
- störungsübergreifende und störungsspezifische Gruppen- und Einzelpsychotherapien
- Hilfen zur Bewältigung psychosozialer Belastungen
- ernährungsmedizinische Therapie
- Bewegungstherapie, individuelle Bewegungsplanung
- Entspannungstraining
- Ergotherapie
- Musiktherapie
- Gesundheitstraining / Psychoedukation
- Nachsorgeplanung

Spezialangebote:

- gezielte Kombinationsbehandlung bei Mehrfacherkrankungen
- Traumafokussierte Behandlung
- Frauenwohnbereich
- Eltern-Kind-Behandlung
- gutes Innenraumklima und allergikerfreundliche Ausstattung
- verträgliche Ernährungsformen

7. Dauer der Therapie

Die Dauer der Therapie richtet sich nach der Störung und nach dem Schweregrad der Erkrankung und liegt zwischen 3 Wochen und 8 Wochen. Eine Verlängerung kann im Rahmen des von den Leistungsträgern vorgegebenen Zeitbudgets in eigener Entscheidung der Klinik realisiert werden.

8. Aufnahme, Diagnostik und Ablauf der Therapie

Die Aufnahme erfolgt nach Absprache mit unserer Belegungscoordination über die Einweisung eines niedergelassenen Arztes. Im Notfall sind auch Sofortaufnahmen möglich.

Die Therapie gliedert sich in folgende Schritte:

1. Diagnostische Maßnahmen vor Einleitung der Therapie
 - Somatodiagnostik
 - Psychodiagnostik
 - Soziodiagnostik
2. Erstellung eines Therapieplanes und Definition der Therapieziele
3. Einsatz spezifischer Therapieangebote
4. Überprüfung des Erfolgs der Therapie und falls erforderlich Modifizierung des Therapieplanes oder der therapeutischen Maßnahmen
5. Einleitung von Nachsorgemaßnahmen

9. Behandlungsteam

FachärztInnen, Psychologische PsychotherapeutInnen, SozialpädagogInnen, Sozial-, Ergo- Musik- und BewegungstherapeutInnen sowie Pflegekräfte engagieren sich gemeinsam für die Gesundung des Patienten. Ernährungsfachkräfte ergänzen das Team.

10. Ausstattung

10.1 Allgemeine räumliche Ausstattung

Für die Patienten stehen Ein- und Zweibettzimmer mit eigenem Bad zur Verfügung.

Es bestehen weiterhin Räumlichkeiten für Gruppenveranstaltungen, Entspannungstherapie, und Informationsgruppen oder Patientengruppen sowie Therapieräume, Aufenthaltsräume, Multifunktionsräume und Teeküchen.

Es besteht ein separater Wohnbereich für Frauen. Es gibt Patienten-Telefone und einen Patienten-PC. Die Ausstattung ist barrierefrei.

Für die Bewegungstherapie stehen eine große Multifunktionshalle und Fitnessgeräte zur Verfügung. Zusätzlich sind Räume für Physiotherapie, Ergotherapie und Musiktherapie untergebracht. Im Außenbereich gibt es Freizeitanlagen und Spazier- und Laufwege. Weiterhin gibt es eine Lehrküche und einen Kiosk mit Cafeteria.

Brekum und das nahe Bredstedt sind touristisch erschlossene Orte mit historischen Ortskernen nur einige Kilometer von der Nordsee entfernt mit entsprechenden Möglichkeiten für Bewegung und Erholung.

In unserem "Raum der Stille" können die Patienten Entspannen, Nachdenken, Meditieren, Beten oder einfach nur zur Ruhe kommen.

10.2 Innenraumluftqualität

Aufgrund der Besonderheiten eines großen Teils der umweltmedizinischen Patienten (ausgeprägte chemische Intoleranzen, z. T. spezifische Duftstoff- oder Aldehyd-Allergien) sind an die Therapieeinrichtungen besondere Anforderungen hinsichtlich der Innenraum-Luftqualität zu stellen. So wird in den Patientenzimmern und im allgemeinen Stations- und Versorgungsbetrieb die Exposition gegenüber volatilen Chemikalien (vor allem Duftstoffe, Lösemittel, Aldehyde, u. a.) und Schadstoffen (Zigarettenrauch u. a.) gering gehalten. Dies wird erreicht durch:

- Verwendung besonderer schadstoffarmer Baumaterialien und Innenraumausstattungen
- Weitgehender Duftstoffverzicht von Mitarbeitenden und Patienten
- Information über Duftstoffverzicht an alle Besucher und Neupatienten
- Duftstoff- und aldehydfreie Reinigungs-, Desinfektions-, Wasch-, und Spülmittel
- Information über die Verwendung duftstofffreier Körperpflegeprodukte und Reinigungsmittel
- Rauchverbot in allen Gebäuden der Klinik
- Besonderes Screening aller neu einzubringender Materialien
- Nordseenähe mit entsprechender Außenluftqualität
- Reduzierung der elektrischen, magnetischen und elektromagnetischen Befeldung durch besondere Isolierung und Netzfreeschaltung.

10.3 Diagnostische apparative Ausstattung

Die diagnostisch apparative Ausstattung umfasst ein Labor, EKG und EEG.

10.4 Psychologische Assessments und Profilvergleichssysteme

Psychologische Assessments werden bedarfsgerecht eingesetzt. Es besteht außerdem ein psychologisches Testlabor mit umfangreichen relevanten neuropsychologischen Testverfahren (etwa: BT = Benton-Test, ZVT = Zahlen-Verbindungs-Test), Leistungs- (etwa: HARWIE-R = Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene, L-P-S (Leistungsprüfsystem, WST = Wortschatztest, KRT = Konzentrations-Rechen-Test) und Persönlichkeitstestungen (etwa: SKID II = Strukturiertes Klinisches Interview, DIPS = Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen).

10.5 Weitere Besonderheiten

Weitere Besonderheiten bestehen in folgenden Punkten:

- Eine Diätassistentin und diätetisch geschulte Köche können besondere Kostformen bei Bedarf herstellen (z.B. nährstoffdefiniert o. -bilanziert, glutenfrei, fruktosefrei, laktosefrei o. Ä.).
- Patienten mit Nahrungsmittelintoleranzen und / oder Chemikalienintoleranzen erhalten für sie individuell verträgliche Kostformen.
- Durch Informationsgruppen und Teilnahme der Diätassistentin an den Mahlzeiten können Ernährungsaspekte in besonderer Weise vertieft und geschult werden.

11. Qualitätssicherungsmaßnahmen und Dokumentation

Es erfolgt die regelmäßige Teilnahme an dem Qualitätssicherungsprogramm nach DIN EN ISO 9001:2015.

Für jeden Patienten wird eine Dokumentation angelegt, aus der alle therapierelevanten Diagnosen, Befunde sowie die durchgeführten/geplanten Therapieformen entnommen werden können.

Die Dokumentation umfasst:

- sämtliche erhobene anamnestische Daten, klinische Befunde und deren Interpretation
- die Therapieziele
- einen individuellen Therapieplan betreffend Art, Häufigkeit und Intensität der Behandlungselemente
- die Teilnahmedokumentation des Patienten
- die Bewertung des Therapieerfolges durch Zwischenuntersuchungen in bestimmten Zeitabständen
- die Abschlussuntersuchung/-befundung

- die Angaben zu den Visiten und Teambesprechungen/Fallkonferenzen
- den Entlassungsbericht.

Zusätzlich werden an der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik Erhebungen zur Patientenzufriedenheit durchgeführt, quartalsweise ausgewertet und diskutiert. Die Klinik verfügt über ein internes Beschwerdemanagement, das von Patienten wie von Mitarbeitenden genutzt werden kann.

12. Vor- und Nachsorge: Vernetzt behandeln - Therapieerfolg sichern!

Bei allen Erkrankungen aus den Fachbereichen der DIAKO Nordfriesland gGmbH handelt es sich um komplexe Störungsbilder. Mehrfacherkrankungen und Überschneidungen mit anderen Störungen (Komorbidität) sind eher die Regel als die Ausnahme.

So bestehen bei Depressionen häufig gleichzeitig Angststörungen, Zwangsstörungen, Traumafolgestörungen und Abhängigkeitserkrankungen. Das Risiko von Rückschlägen, Krisen und chronischen Verläufen ist bei diesen komplexen Störungsbildern generell hoch. Die Behandlungsplanung hat dem Rechnung zu tragen.

Daher kann nur ein multimodales und vernetztes Therapiekonzept unter Einbezug von Nachsorgeangeboten langfristig erfolgreich sein. Dieses muss alle individuellen Aspekte der Erkrankung einbeziehen. Die Behandlung in den Einrichtungen der DIAKO Nordfriesland bietet dabei den Vorteil einer guten inneren Vernetzung des erforderlichen therapeutischen Angebotes. So sind - falls individuell erforderlich - Verlegungen in andere Abteilungen, sowie die unkomplizierte Vermittlung von Nachsorge- und Übergangsangeboten möglich.

Die Klinik arbeitet eng mit den psychiatrischen Einrichtungen des Kreises, dem Klinikum Nordfriesland, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, dem Diakonissenkrankenhaus Flensburg, der Husumer Insel, der Brücke, der AWO und weiteren Institutionen zusammen. Innerhalb der DIAKO Nordfriesland gibt es

- nachsorgende Behandlungsmöglichkeiten in psychiatrischen Tageskliniken und Institutsambulanzen
- ambulante und stationäre Rehabilitations- und Nachsorgeangebote
- Eingliederung in Tagesstätten
- Beschäftigungsmöglichkeiten in der Husumer Insel
- Betreute Wohnangebote

Eine aktuelle Übersicht und Informationen über unsere Einrichtungen und Angebote gibt es auf unserer Webseite: www.diako-nf.de

13. Referenzen

1. AWMF 038/017: S3-Leitlinie: Zwangsstörungen. AWMF-Leitlinien-Register (2013).
2. AWMF 038/019: S3-Leitlinie Bipolare Störungen. AWMF-Leitlinien-Register (2019).
3. AWMF 038/020: S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. AWMF-Leitlinien-Register (2018).
4. AWMF 051/001: S3-Leitlinie: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden AWMF-Leitlinien-Register (2019).
5. AWMF 051/010: S3-Leitlinie: Posttraumatische Belastungsstörung. AWMF-Leitlinien-Register (2019).
6. AWMF 051/015: Borderline-Persönlichkeitsstörung. AWMF-Leitlinien-Register (z.Z. in Überprüfung) (2000).
7. AWMF 051/026: S3- Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen. AWMF-Leitlinien-Register (2019).
8. AWMF 051/028: S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen. AWMF-Leitlinien-Register (2014).
9. AWMF nvl-005: Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depressionen. AWMF-Leitlinien-Register (2015).
10. AWMF 38/013: S3-Leitlinie: Demenzen (Stand 2016)
11. APA - American Psychiatric Association (2001): Borderline personality disorder - Practice Guidelines, Leitlinie zur Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bpd-watch.pdf.
12. APA / American Psychological Association: Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults Guideline Development Panel for the Treatment of PTSD in Adults Adopted as APA Policy February 24, 2017 (2017).
13. ARMBRUST M, EHRIG C. (2016): Skills Training for Patients with Borderline Personality Disorder. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 66:283–298.
14. AMERIO AO, MARCHESI C, GHAEMI SN: Treatment of comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: a systematic review. Journal of affective disorders, 166: 258–263 (2014).
15. BEKHBAT M, NEIGH GN: Sex differences in the neuro-immune consequences of stress: Focus on depression and anxiety. Brain, behavior, and immunity, 67: 1–12 (2018).
16. BISSON JI, ROBERTS NP, ANDREW M, COOPER R, LEWIS C: Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2013: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4> (2013).
17. BRIEGER P: Komorbidität bei bipolar affektiven Störungen. Nervenheilkunde, Heft 5/2011: 309-312 (2011).
18. CHOI-KAIN LW, FINCH EF, MASLAND SR et al: What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder. Current behavioral neuroscience reports, 4, 1: 21–30 (2017).
19. DEUTSCHE ALZHEIMERGESELLSCHAFT e.V.: Patienten mit einer Demenz im Krankenhaus, 7. Auflage, Berlin
20. DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2009): S2-Leitlinien für Persönlichkeitsstörungen, <https://www.dgppn.de/publikationen/leitlinien.html>.
21. DRUBACH D: Obsessive-compulsive disorder. Continuum (Minneapolis, Minn.). Behavioral Neurology and Neuropsychiatry. 21, 3:783–788 (2015).
22. CARR J, KLEIMAN SC, BULIK CM et al: Can attention to the intestinal microbiota improve understanding and treatment of anorexia nervosa? Expert review of gastroenterology & hepatology, 10, Issue 5: 565–569 (2016).
23. CVETEK R: EMDR treatment of distressful experiences that fail to meet the criteria for PTSD. Journal of EMDR Practice and Research, 2,2-14 (2008).
24. DOMINGUEZ SK, LEE CW: Errors in the 2017 APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD: What the Data Actually Says. Frontiers in psychology, 8: 1425 (2017).
25. DGPPN: Factsheet Psychiatrie: Zahlen und Fakten der Psychiatrie und Psychotherapie, Stand: Juli 2019 (2019).
26. FLANAGAN JC, KORTE KJ, KILLEEN TK, BACK SE: Concurrent Treatment of Substance Use and PTSD. Current psychiatry reports, 18, 8: 70 (2016).
27. FÖRSTL H, HAUTZINGER M, ROTH G (eds.): Neurobiologie psychischer Störungen. Springer Medizin Verlag Heidelberg: 298ff (2006).
28. FRIBOES RM, ZAUDIG M, NOSPER M (2005): Therapie bei psychischen Störungen. Urban und Fischer München
29. GBE (Gesundheitsberichterstattung des Bundes): Themenheft 21: Angststörungen (Hrsg. RKI) (2004).
30. GBE (Gesundheitsberichterstattung des Bundes): Themenheft 51: Depressionen (Hrsg. RKI) (2010).
31. GBE (Gesundheitsberichterstattung des Bundes): GBE kompakt 7/2011: Depressionen (Hrsg. RKI) (2011).
32. HARRISON PJ, GEDDES JR, TUNBRIDGE EM: The Emerging Neurobiology of Bipolar Disorder. Trends in neurosciences online: [http://www.cell.com/trends/neurosciences/fulltext/S0166-2236\(17\)30212-6](http://www.cell.com/trends/neurosciences/fulltext/S0166-2236(17)30212-6), DOI 10.1016/j.tins.2017.10.006 (2017).
33. HEISE S, STEINBERG H, HIMMERICH H: Die Diskussion um die Anwendung und die Wirksamkeit von Musik bei depressiven Störungen in Geschichte und Gegenwart. Fortschr Neurol Psychiatr, 81, 8: 426-436 (2013).

34. HIRSCHTRITT ME, BLOCH MH, MATHEWS CA: Obsessive-Compulsive Disorder: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA* 2017, 317, 13:1358–1367 (2017).
35. HOFMANN A: EMDR, Praxishandbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. 5., vollständig überarbeitete Auflage (2014).
36. KAMIOKA H, TSUTANI K, YAMADA M, et al: Effectiveness of music therapy: a summary of systematic reviews based on randomized controlled trials of music interventions. *Patient Prefer Adherence*, 8: 727–754 (2014).
37. KUPFERBERG A, BICKS L, HASLER G: Social functioning in major depressive disorder. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 69: 313–332 (2016).
38. MALCHOW B, SCHMITT A, FALKAI P: Wirksam bei Schizophrenie, Depression, Demenz und Angststörungen. Sport tut auch der Psyche gut! *MMW Fortschritte der Medizin*, 156, 1: 41–43 (2014).
39. MCFARLANE AC, LAWRENCE-WOOD E, VAN HOOFF, M, MALHI GS, YEHUDA R: The Need to Take a Staging Approach to the Biological Mechanisms of PTSD and its Treatment. *Current psychiatry reports*, 19, 2: 10 (2017).
40. MCELROY SL, GUERDJIKOVA AI, MORI N et al: Overview of the treatment of binge eating disorder. *CNS spectrums*, 20, 6: 546–556 (2015).
41. MEHLER PS, KRANTZ MJ, SACHS KV: Treatments of medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of eating disorders*, 3: 15 (2015).
42. MONTELEONE AM, CASTELLINI G, VOLPE U et al: Neuroendocrinology and brain imaging of reward in eating disorders: A possible key to the treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 80, Issue Pt B: 132–142 (2018).
43. NICE Guideline (2009): Borderline personality disorder: recognition and management Clinical guideline. nice.org.uk/guidance/cg78.
44. OTTE C, GOLD SM, PENNINX B et al: Major depressive disorder. *Nature reviews. Disease primers*, Volume 2: Art-Nr: 16065, DOIs <http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2016.65>. Online: [https://kcipure.kcl.ac.uk/portal/en/publications/major-depressive-disorder\(c382ec52-8506-4d39-9b77-cf86d64ad446\).html](https://kcipure.kcl.ac.uk/portal/en/publications/major-depressive-disorder(c382ec52-8506-4d39-9b77-cf86d64ad446).html) (2016).
45. REEVES-DUDLEY B: Borderline Personality Disorder Psychological Treatment: An Integrative Review. *Archives of psychiatric nursing*, 31, 1: 83–87 (2017).
46. ROENNEBERG C, Sattel H, Schaefert R, et al.: Klinische Leitlinie - Funktionelle Körperbeschwerden. Für die Leitliniengruppe „Funktionelle Körperbeschwerden“. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 116, Heft 33–34, 19 (2019)
47. SHAPIRO F, VOGELMANN-SINE S, SINE LF: Die Behandlung von Trauma und Suchtproblemen mit EMDR. In: Eschenröder (Hrsg.): EMDR: Eine neue Methode zur Verarbeitung traumatischer Erinnerungen. dgvt-Verlag, Tübingen (1997).
48. SHAPIRO F: EMDR, Grundlagen und Praxis. 2. überarbeitete Auflage (2013).
49. STIGLMAYR C, STECHER-MOHR J, WAGNER T, et al. (2014): Effectiveness of dialectic behavioral therapy in routine outpatient care: the Berlin Borderline. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 1, 1-20, DOI 10.1186/2051-6673-1-20.
50. VAN DESSEL N, DEN BOEFT M, VAN DER WOUDE JC et al: Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2014, Issue 11: CD011142 (2014).
51. VAN RAVESTEIJN H: Mindfulness-based cognitive therapie voor patiënten met somatoforme stoornissen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 58, 3: 198–206 (2016).
52. WIEDLOCHA M, MARCINOWICZ P, KRUPA R et al: Effect of antidepressant treatment on peripheral inflammation markers - A meta-analysis. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 80, Issue Pt C: 217–226 (2018).
53. WITTCHEN HU, JACOBI F, HOYER J: Die Epidemiologie psychischer Störungen in Deutschland. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Forschungsvorhaben: Förderkennzeichen: BMBF 01 EB 9405/6 und 01 EB 9901/6. Vortrag 29.09.2003 (2003).
54. ZIPFEL S, GIEL KE, BULIK CM, HAY P, SCHMIDT U: Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet, Psychiatry*, 2, Issue 12: 1099–1111 (2015).