



Psychosomatische
Fachklinik Münchwies

Münchwieser Hefte

Heft Nr. 9

Frauenspezifische Therapieangebote

Herausgeberin: Psychosomatische Fachklinik Münchwies
Chefärztin
Dr. med. Monika Vogelgesang
Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie
Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
Rehabilitationswesen
Turmstraße 50-58
66540 Neunkirchen/Saar
Tel. (0 68 58) 6 91- 2 14
Fax (0 68 58) 6 91- 4 20

2. Auflage 2007
ISSN 0946-7351

Münchwieser Hefte

Heft Nr. 9 November 2007

M. Vogelgesang

Frauenspezifische Therapieangebote

Reihe Konzepte

Ansprechpartnerin

Dr. med. M. Vogelgesang, Chefärztin
Telefon: (0 68 58) 6 91-2 15

Inhalt

1. Störungsrelevante frauenspezifische Sozialisationsfaktoren	5
2. Frauen und Substanzabhängigkeit	6
3. Frauen und dependente Störungen	7
4. Frauen und Bulimia/Anorexia nervosa	8
5. Frauen und sexuelle Gewalt	8
6. Frauen in der gemischtgeschlechtlichen Gruppentherapie	9
7. Behandlungsrahmen	10
8. Zuweisungskriterien für die Abteilung für psychische und psychosomatische Erkrankungen bzw. die Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen	11
9. Therapeutische Leitlinien bezüglich der frauenspezifischen Gruppen in der Psychosomatischen Fachklinik Münchwies	12
10. Frauenspezifische Gruppenangebote in der Klinik Münchwies	13
10.1. Gruppe für Frauen mit dependenten Störungen	13
10.2. Die Gruppe für Essstörungen Bulimie und Anorexie	14
10.3. Die Gruppe für Frauen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen	15
10.4. Körperwahrnehmungsgruppen für Frauen	15
11. Literatur	16

1. Störungsrelevante frauenspezifische Sozialisationsfaktoren

Im Bereich der weiblichen Sozialisation finden sich viele wesentliche, für psychische Erkrankungen ursächliche und aufrechterhaltende Faktoren. Mädchen werden auch heute noch im Vergleich zu Jungen eher zur Submissivität und zur Passivität erzogen. Die Äußerung eigener Wünsche und Bedürfnisse und insbesondere aggressiver Regungen wird unterdrückt, die Fähigkeit, sich in andere Menschen hineinzusetzen und sich verantwortlich für deren Wohlergehen zu machen, wird gefördert, um den Preis eines ständigen Hintanstellens der eigenen Person. Mädchen bekommen von ihren Bezugspersonen sowohl bezüglich ihrer Bewegungsfreiheit, als auch ihres Entscheidungsspielraumes engere Grenzen gesetzt als Jungen. Fertigkeiten in der eigenen Abgrenzung anderen gegenüber werden in deutlich geringerem Maße als bei Jungen entwickelt und ambivalent besetzt. Eine effiziente Zurückweisung eines Gegenübers wird vermieden aus dem tief verinnerlichten Verbot heraus, keinem Menschen „weh tun“ zu dürfen. Vor diesem Hintergrund neigen Frauen weit eher als Männer dazu, die Aggressivität statt gegen andere gegen die eigene Person zu richten. Durch die klassischen Märchen, die modernen Medien und die direkten Bezugspersonen wird dem Mädchen vermittelt, dass es insbesondere die Schönheit ist, die eine Frau liebenswert macht. Schon sehr früh in der weiblichen Sozialisation beginnt so das Diktat der ästhetischen Beurteilungskriterien, nach dem die meisten Mädchen sich zumindest als unzulänglich empfinden. Körperliche Merkmale, die nicht dem Ideal entsprechen, werden bekämpft. Einen freundschaftlichen Umgang mit dem eigenen Körper, unabhängig von der Beurteilung nach ästhetischen Kriterien, lernt der Großteil der Mädchen nicht. Hieraus resultiert bei vielen eine Instrumentalisierung und tiefgreifende Entfremdung ihrer Körperlichkeit.

Spätestens in der Pubertät erreichen das Mädchen dann konfundierende Rollenansprüche: Die Frau soll nicht nur eine perfekte Hausfrau und eine aufopferungsvolle Mutter sein, sie soll auch eigenbestimmt, stark und beruflich erfolgreich durchs Leben gehen. Im Bereich der Sexualität steht das Rollenstereotyp der stets sich um das Wohl des Mannes mühenden, aufopferungsvollen Ehefrau der Frau gegenüber, die ihre Sexualität als Machtinstrument einsetzt und die durch Verführung manipuliert.

2. Frauen und Substanzabhängigkeit

Es wird geschätzt, dass in der BRD etwas mehr als ein Drittel der alkoholabhängigen Menschen und der Raucher weiblich sind. Bei der Medikamentenabhängigkeit erhöht sich der Frauenanteil auf zwei Drittel, bei den Abhängigen von illegalen Drogen bilden die Frauen einen Anteil, der zwischen einem Drittel und nahezu der Hälfte liegt (DHS, 2007).

Frauen sind jedoch in wichtigen Teilen der Suchttherapie deutlich unterrepräsentiert, so beträgt der Anteil an Patientinnen in stationären Entwöhnungstherapien etwa 19 %.

Die genannten Sozialisationsfaktoren bilden bei vielen süchtigen Frauen wesentliche Elemente im Bedingungsgefüge ihrer Abhängigkeit: Frauen greifen häufig gezielt zu Suchtmitteln, um reibungslos funktionieren zu können, und um ihren verschiedensten Aufgaben und oft ambivalenten sozialen Rollenanforderungen gerecht zu werden. Süchtige Frauen sind eher depressiv und selbstunsicher und sie neigen zu einer abhängigen Beziehungsgestaltung.

Der Konfliktkreis Partner und Familie kommt bei ihnen wesentlich öfter vor als bei suchtkranken Männern, ihre Ehen sind häufiger zerrüttet.

Suchtverhalten ist häufig die einzige Möglichkeit von Frauen, Aufbegehren und Trotz auszudrücken, diese verdeckte Art der Aggressivität nimmt ihnen scheinbar die Notwendigkeit, für sich auf eine reife Art einzustehen und richtet sich letztendlich immer gegen die Verursacherin selbst. Das Suchtmittel, das anfänglich als einzig verfügbare Hilfe in einer unerträglichen Situation angesehen wurde, nimmt den Frauen Antrieb und Kraft zur konstruktiven Veränderung und zwingt sie mittel- und langfristig dazu, in dieser destruktiven Situation zu verharren. Geselligkeits- und Genusstrinken spielen bei ihnen eine weitaus geringere Rolle als bei Männern.

Die Suchtmittelleinnahme erfolgt meist heimlich und ist schuld- und schambesetzt, da Frauen im Vergleich zu Männern, die viel negativeren Reaktionen ihres Umfeldes fürchten.

Ein besonderes Problem ergibt sich aus der Viktimisation vieler Frauen: Die zerstörerischen Auswirkungen von seelischem, körperlichem und sexuellem

Missbrauch von Mädchen und Frauen führen bei vielen Betroffenen zur Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen in ihren vielfältigsten Formen.

3. Frauen und dependente Störungen

Nach dem DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) und ICD 10 (WHO, 1993) ist ein Hauptmerkmal der dependenten/abhängigen Persönlichkeitsstörung ein durchgängiges Muster von abhängigem und unterwürfigem Verhalten. Dependente Störungen werden deutlich häufiger bei Frauen diagnostiziert. Es gibt Untersuchungen, die dafür sprechen, dass abhängiges Verhalten in der männlichen Sozialisation durch Bestrafung vermindert wird.

Die Störung manifestiert sich in den verschiedensten Lebensbereichen, wie zum Beispiel in Partnerschaft und Beruf. Personen mit dependenten Persönlichkeitsstörungen neigen dazu, den eigenen Gedanken, Gefühlen und Fertigkeiten kaum Wert und Bedeutung beizumessen. Es fehlt ihnen die Fähigkeit, sich selbst Anerkennung und Lob zu spenden, weshalb sie extrem abhängig von der Kritik ihrer Bezugspersonen und hier auch leicht verletzlich sind. Sie trauen es sich nicht zu, alltägliche Entscheidungen zu treffen und bemühen deshalb andere um Rat oder gar um Entscheidungsübernahme. Sie überlassen ihrer Umgebung passiv die Initiative zur Meinungsäußerung und anderen Aktivitäten. Es fällt ihnen schwer, anderen Grenzen zu setzen. Sie tun alles in ihrer Macht stehende, um die Zuwendung ihrer Bezugspersonen zu gewinnen und zu erhalten. Sie passen sich ihnen dabei bis zur völligen Selbstaufgabe an und lassen, gegebenenfalls aus Angst, verlassen zu werden, ohne sich zu wehren, auch die schlimmsten Demütigungen über sich ergehen. Anklammernde Verhaltensweisen werden eingesetzt, um die Beziehungspartner an sich zu binden. Die Betroffenen möchten sich durch eine möglichst enge Bindung emotionale Zuwendung, körperliche Nähe, Bestätigung und Hilfe in allen Lebensbelangen sichern. Der Hintergrund dieses verzweifelten Strebens nach zwischenmenschlicher Nähe wird gebildet von dysfunktionalen Grundannahmen, die lauten „Ich bin hilflos. Ich kann mein Leben nicht alleine meistern“. Darauf aufbauend wird die Strategie entwickelt, einem Menschen die Retter- und Helferfunktion zu übertragen. Ihm wird Verfügungsgewalt über sich gegeben, er wird ins Zentrum des gesamten Denkens, Fühlens, Wollens und Tuns gestellt.

Wie auch in der Literatur immer wieder beschrieben, leiden diese Patientinnen häufig und vorrangig unter gravierenden Partnerschaftsproblemen. Gar nicht so selten gibt es Patientinnen, die zwar nicht das Vollbild der dependenten Persönlichkeitsstörung zeigen, die jedoch behandlungsbedürftige, dysfunktionale dependente Muster, zum Beispiel in der Partnerbeziehung, aufweisen. Das heißt, es handelt sich hierbei um Frauen, die durchaus in vielen Lebensbereichen, insbesondere zum Beispiel im Beruf, Selbständigkeit zeigen, die jedoch gegenüber einer Bindungsperson isoliert dependente Verhaltensweisen aufweisen oder in der Vergangenheit gezeigt haben und aus Angst vor einem neuen Sich-Verlieren an eine andere Person nähere Bindungen vermeiden, jedoch unter der dadurch bedingten Einsamkeit leiden.

4. Frauen und Anorexia/ Bulimia nervosa

Die Essstörungen Anorexia/Bulimia nervosa können fast als typische „Frauenkrankheiten“ bezeichnet werden, da etwa 90 % der Betroffenen weiblich sind. Beiden Störungen gemeinsam ist eine überwertige Fixierung an einem strengen Schlankheitsideal und darüber hinausgehend die ausschließliche Definition des eigenen Wertes über das Äußere, wobei die Bulimikerin die strenge Nahrungsrestriktion auf Dauer nicht aufrechterhalten kann und immer wieder zyklisch den Teufelskreis von Fasten-Überessen-Erbrechen-Fasten durchläuft mit häufig destaströsen Folgen für das Selbstwertgefühl. Die Essstörungen Anorexia und Bulimia nervosa zeigen in besonderem Ausmaß die erwähnte, für Frauen typische, Instrumentalisierung und Entfremdung des eigenen Körpers.

5. Frauen und sexuelle Missbrauchserfahrungen

In den westlichen Industrienationen kann davon ausgegangen werden, dass bis zu 25 % der Frauen und bis zu 15 % der Männer vor dem 18. Lebensjahr sexuell missbraucht wurden. Bei 64 % wurden die entsprechenden Handlungen vor dem 12. Lebensjahr verübt. Frauen berichteten im Gegensatz zu den betroffenen Männern in der überwiegenden Mehrzahl über innerfamiliäre sexuelle Viktimisationen. In der Regel ist ein Missbrauch von Kindern und

Jugendlichen nicht auf ein einmaliges Ereignis beschränkt, sondern er kommt fortgesetzt vor mit einer durchschnittlichen Dauer von vier Jahren. Die Täter sind bei beiden Geschlechtern überwiegend, jedoch nicht ausschließlich, männlich.

Als Folgen kindlicher sexueller Traumatisierungen findet sich bei Erwachsenen eine veränderte Emotionalität mit Depressivität und Überängstlichkeit, weiterhin eine Störung zwischenmenschlicher Beziehungen mit Misstrauen, Kontrollbedürfnis oder auch Dependenz sowie Vermeidungsverhalten und Dissoziation. Weiterhin fällt bei den Betroffenen eine Neigung zu impulsiven und spannungs-reduzierenden Aktivitäten, wie zum Beispiel Substanzmissbrauch, Überessen, promisküöse Sexualität und selbstverletzendem Verhalten auf.

Bei der Vergewaltigung erwachsener Frauen wird von einer Prävalenz zwischen 5 und 22 % ausgegangen.

Bis zu 80 % der betroffenen Frauen entwickelt nach einer Vergewaltigung eine posttraumatische Belastungsstörung.

6. Frauen in der gemischtgeschlechtlichen Gruppentherapie

Obwohl Frauen sich in Psychotherapiegruppen durchweg gut beteiligen, stellen Patientinnen in gemischtgeschlechtlichen Therapien häufig ihre ur-eigenen Probleme in den Hintergrund und orientieren sich nach den männlichen Gruppenmitgliedern. Dies zeigt sich nicht nur in der allgemeinen Atmosphäre und den Umgangsformen, sondern ist auch bei der thematischen und dynamischen Gestaltung der Gruppentherapien offensichtlich. Auch die bei Männern unterschiedliche Sozialisation und Verarbeitung ihrer psychischen Erkrankungen führt dazu, dass die Frauen in eigener Sache oft weniger zu Wort kommen bzw. sich hier weniger oft zu Wort melden. Generell ist es problematisch, wenn männlich-narzisstisches Imponiergehabe in weiblich-dependenten Servilität seine die jeweilige Pathologie verstärkende Ergänzung findet.

In einem rein gemischtgeschlechtlichen Setting wird es unter Umständen schwer, den sozialen Kontext, die Lebenspläne und die übergeordneten Ziele

im Sinne einer vertikalen Verhaltensanalyse ebenso wie die individuellen ursächlichen und aufrechterhaltenden Bedingungen der psychischen Störung im Sinne einer horizontalen Verhaltensanalyse zu berücksichtigen, da hier immer auch elementare geschlechtsspezifische Faktoren mit einfließen.

7. Behandlungsrahmen

Die Psychosomatische Fachklinik Münchwies besteht aus einer Abteilung für psychische und psychosomatische Erkrankungen und einer Abteilung für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. In beiden Abteilungen wird aus diagnostischen und therapeutischen Gründen eine möglichst realitätsgetreue Abbildung der sozialen Wirklichkeit durch den Mikrokosmos der therapeutischen Gruppe vorgesehen. Das heißt, die Patientinnen und Patienten leben gemischtgeschlechtlich in einer sogenannten Wohngruppe und durchlaufen das Basistherapieprogramm (bestehend aus hochfrequenter interaktioneller problemlösungsorientierter Gruppenpsychotherapie, Teilen der Sport- und Bewegungstherapie sowie Ergotherapie) gemeinsam, ebenso, wie sie die Freizeit zusammen verbringen. In diesem die Lebenswirklichkeit recht gut abbildenden Milieu können persönlichkeitspezifische Konflikte und interpersonale Störungen inklusive Probleme der Identifikation mit der Geschlechtsrolle identifiziert und wirksam bearbeitet werden. Deshalb ist die gemischtgeschlechtliche Gruppentherapie ein unverzichtbarer Bestandteil des Therapiekonzeptes. In der Abteilung für psychische und psychosomatische Störungen ist die Geschlechterproportion in der Regel 6 zu 6. Auch in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen kann in den meisten Fällen ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis von 6 zu 6 erreicht werden. Auf dieser Grundlage ist in Münchwies traditionell die Therapie auf beide Geschlechter zugeschnitten und nicht als reine Männertherapie konzipiert. Die Bearbeitung geschlechtsspezifischer Probleme, bei Männern und bei Frauen, ist durchgehend wichtiger Bestandteil sowohl der Gruppen- als auch der Einzeltherapie, deren Thematik ja per Definitionem auf die individuellen Gegebenheiten und Bedürfnisse des betroffenen Patienten oder der jeweiligen Patientin zugeschnitten ist.

Bezüglich der Gruppentherapie zeigte sich, dass für einen Teil der Patientinnen, insbesondere unter ungünstigen Konstellationen der Basisgruppe – z. B. der Wiederholung einer Opfer-Täter-Szenerie –, ein geschützter gleich-

geschlechtlicher Rahmen notwendig ist, in dem frauenspezifische Aspekte in einer solidarischen Atmosphäre möglichst angst- und störungsfrei bearbeitet werden können. Deshalb wurden als zusätzliche Therapiebausteine verschiedene Gruppeninterventionsprogramme für Frauen entwickelt, die ein- bis zweimal wöchentlich für eine Doppelstunde im Rahmen des sogenannten indikativen Programmes wohngruppenübergreifend für jeweils etwa 10 Frauen unter der Leitung von ein bis zwei Therapeutinnen angeboten werden.

8. Zuweisungskriterien für die Abteilung für psychische und psychosomatische Erkrankungen bzw. die Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen

Patientinnen mit Auffälligkeiten aus dem gesamten Formenkreis psychischer und psychosomatischer Störungen mit Ausnahme akuter Psychosen und manifester Substanzabhängigkeiten werden der Abteilung für psychische und psychosomatische Störungen zugeteilt. Patientinnen mit einer Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit werden in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen behandelt, wobei selbstverständlich auch in dieser Abteilung die häufig vorliegenden, die Abhängigkeitserkrankung begleitenden Störungen therapiert werden.

Patientinnen, bei denen zwar Probleme im Umgang mit chemischen Substanzen bestehen, sich jedoch noch keine manifeste Abhängigkeitserkrankung herausgebildet hat, werden in der Abteilung für psychische und psychosomatische Störungen behandelt, wobei sie hier eine gesonderte Gruppe für Patientinnen und Patienten mit Substanzabusus besuchen können. Falls die Abgrenzung zwischen einem Substanzmissbrauch und einer Substanzabhängigkeit im Vorfeld unklar ist, bietet die Psychosomatische Fachklinik Münchwies ambulante Vorgespräche an, um eine adäquate Zuteilung zu ermöglichen.

9. Therapeutische Leitlinien bezüglich der frauen- spezifischen Gruppen in der Psychosomatischen Fachklinik Münchwies

Die Gruppengröße liegt optimal etwa bei acht Teilnehmerinnen. Die Gruppe wird von einer Therapeutin geleitet, die als positives Modell einer zwar fürsorglichen, jedoch auch Grenzen setzen könnenden Weiblichkeit fungiert. In der Therapie steht durchgehend die Annahme der betroffenen Frau, das Verständnis ihrer schwierigen Situation und auf dieser Basis der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung im Vordergrund. Es ist weiterhin die Aufgabe der Therapeutin durch Schaffen einer annehmenden und entspannten Arbeitsatmosphäre eine ausreichend gute Gruppenkohäsion zu etablieren, um auf dieser Grundlage eine therapeutische Arbeit zu ermöglichen. Hierzu gehören eine Entängstigung der neu hinzugekommenen Mitglieder durch eine möglichst konkrete Information über die Ziele und Vorgehensweisen der Gruppe und die explizite Vereinbarung des Schweigepflichtsgebotes, ebenso wie die Problematisierung von wahrgenommenen Konflikten zwischen den Gruppenmitgliedern. Den Befürchtungen mancher Frauen in einer geschlechtsspezifischen Gruppe „zwangsemanzipiert“ zu werden, wird mit der Aussage entgegengewirkt, die Gruppe sei nicht gegen Männer, sondern für Frauen konzipiert. Weiterhin wird betont, dass das gegebene Gruppensetting den Mitgliedern zwar die Möglichkeit gibt, auch über ihre intimsten Probleme zu sprechen, daraus soll jedoch keinesfalls ein Zwang abgeleitet werden, sich zu offenbaren. Die Entscheidung, wieviel die Betroffene zu einem gegebenen Zeitpunkt mitteilen will, wird explizit in ihre eigene Verantwortlichkeit gegeben.

Unter Berücksichtigung dieser grundlegenden Leitlinien bildet sich recht schnell eine Atmosphäre, die die Vorteile des Gruppensettings sehr gut nutzen kann: Die Frauen beginnen sich durch das Erleben der Solidarität des gemeinsam gelebten Leides zu öffnen und sich gegenseitig zu stützen. Am Modell der Therapie schon fortgeschrittener Patientinnen können sie neue Verhaltensweisen lernen und eigene Auffälligkeiten im Spiegel ihrer Gruppenkolleginnen leichter erkennen. Sozial isolierte sowie extrem auf dependente Zweierbeziehungen fixierte Frauen erleben in der Gruppe erstmalig und beispielhaft die Geborgenheit eines sozialen Netzes. Übereinstimmend wird berichtet,

dass sie sich in der gleichgeschlechtlichen Umgebung viel eher trauen, über persönliche Belange, insbesondere aus dem Themenkreis Partnerschaft, Familie, Sexualität und Körper zu sprechen, ohne befürchten zu müssen, belächelt oder auf sonstige Weise nicht ernstgenommen zu werden.

10. Frauenspezifische Gruppenangebote in der Klinik Münchwies

Derzeit bietet die Psychosomatische Fachklinik Münchwies mit unterschiedlichen Schwerpunkten Hause folgende frauenspezifische indikative Gruppen an:

10.1. Gruppe für Frauen mit dependenten Störungen („Frauen und Abhängigkeit“)

Dieser Gruppe werden aus beiden Abteilungen Patientinnen mit dependenten Persönlichkeitsstörungen und Partnerschaftskonflikten zugeteilt, häufig liegt zusätzlich eine Substanzmissbrauch bzw. eine Substanzabhängigkeit vor. In der Regel finden sich gravierende Selbstwertprobleme und häufig auch depressive Verstimmungen. Ziele sind das Erkennen von Zusammenhängen zwischen der weiblichen Sozialisation und dependenten sowie auch suchtmittelabhängigen Verhaltensweisen, der Abbau von übergroßen Schuld- bzw. Ohnmachtsgefühlen, und in diesem Zusammenhang die Revision einer einseitigen Selbstsicht als ohnmächtiges, passives Opfer. Eigene Wünsche und Bedürfnisse bezüglich eines Partners sowie eine aktive und mitverantwortliche Gestaltung der Partnerschaft sind weitere Therapieziele. Immer wieder problematisiert wird die existentielle Angst vor dem Verlassen- und Alleingelassen werden und vor diesem Hintergrund das Inkaufnehmen von Demütigungen und oft auch Misshandlungen durch den Partner, was häufig zu Suchtmittelkonsum und Depressionen führte. Grundsätzlich sollen die Befähigung zu einer abwägenden Entscheidungsfindung bezüglich der Partnerschaft sowie eine stabile internale Kontrollüberzeugung und ein Gefühl der eigenen weiblichen Würde aufgebaut werden, weiterhin ein wohlwollender,

annehmerender Umgang mit sich selbst und eine dankbare, freundschaftliche Beziehung zum eigenen Körper unter Abwendung von rein ästhetischen Beurteilungskriterien. Die Patientinnen sollen eigene Bedürfnisse nach Genuss, Muße und Erholung erkennen lernen und sich deren Befriedigung ohne notwendige Zuhilfenahme von Beziehungspartnern oder Suchtmitteln gestatten. Zum Erreichen dieser Ziele kommen verschiedene Therapieverfahren aus der kognitiven Verhaltenstherapie sowie imaginative, entspannende und euthyme Methoden, häufig in Verbindung mit Rollenspielen, zum Einsatz. Bei der Planung und Durchführung der jeweiligen Gruppensitzungen wird den Patientinnen ein größtmögliches Maß an Mitbestimmung und Eigenverantwortlichkeit eingeräumt.

10.2. Die Gruppe für Frauen mit Bulimie bzw. Anorexie

Diese Gruppe war bei ihrer Gründung nicht streng geschlechtsspezifisch für Frauen ausgerichtet. Allerdings ergab sich, dass sie meist ausschließlich von Frauen besucht wurde und hier nur hin und wieder ein männlicher Patient vertreten war. Die Problematik dieser Essstörungen ist in der Regel so sehr mit der weiblichen Sozialisation und Körpererfahrung verknüpft, dass wir uns dazu entschieden haben, diese Gruppe ausschließlich für Frauen anzubieten. Falls drei und mehr Männer mit Anorexie, Bulimie im Haus sind, wird auch für sie eine spezielle Gruppe angeboten.

Der therapeutische Ansatz entspricht dem zugrundeliegenden multikausalen biopsychosozialen Erklärungsmodell. Es müssen mehrere Faktoren zusammen und in Interaktion mit ungünstigen Umweltbedingungen auftreten, um eine Essstörung auszulösen. Zu diesen Faktoren zählen ein geringes Selbstwertgefühl, das ein Zentrieren auf Gewichtskontrolle zur Anpassung an gängige Gewichtsnormen wahrscheinlicher macht, eine eingeschränkte Fertigkeit zur Bewältigung belastender Situationen, die inadäquate Reaktionen, wie z. B. Hungern oder Überessen in Stresssituationen initiieren und unrealistische Denkschemata, die eine unangemessene Interpretation der Realität fördern. Psychosoziale Stressoren, wie z. B. kritische Lebensereignisse, chronische Alltagsbelastungen bei fehlenden Bewältigungsmöglichkeiten sowie eine Fixierung auf das sozio-kulturell vorgegebene Schlankeitsideal, das besonders unsichere Frauen nötigt, eine schmerzliche Diskrepanz zwischen Ist-Gewicht und gesellschaftlich gefordertem Normgewicht zu vermeiden, wirken ebenfalls mit bei der Krankheitsverursachung.

10.3. Die Gruppe für Frauen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen

Sexueller Missbrauch ist ein zwar verstecktes, jedoch ubiquitäres Phänomen. Insbesondere in den Vorgeschichten psychisch gestörter Personen werden sexuelle Viktimisationen in direkter Korrelation zur Schwere der psychischen Auffälligkeit gefunden. Obwohl es nach sexuellen Gewalterfahrungen und Grenzüberschreitungen weder spezifische noch zwingend auftretende Folgesymptome beziehungsweise Störungen gibt, können doch typische Konstellationen psychischer Symptome bei vielen Opfern sexueller Gewalt beobachtet werden. Hiervon ausgehend können basale therapeutische Themenkomplexe und Therapieziele abgeleitet werden. Gruppentherapie ist besonders wirksam zum Erreichen dieser Ziele. Das Team der Psychosomatischen Fachklinik Münchwies hat ein kognitiv-behavioral orientiertes, strukturiertes Gruppentherapiemodell für sexuell traumatisierte Patientinnen als Teil des Münchwieser Gesamtbehandlungsplanes entwickelt. Ziel der Gruppe ist es, das gesetzte Schweigen bezüglich der sexuellen Gewalterfahrung zu brechen, Schemata aufzubauen, die den Missbrauch sowie die folgenden Problemverhaltensweisen (die häufig die Komorbidität der Betroffenen bedingen) als „Überlebensstrategien“ kognitiv einordenbar werden lassen, Schuld- und Schamgefühle, Passivität und externale Kontrollattribution abzubauen sowie den Betroffenen ein Gefühl der Stärke und der Veränderbarkeit ihres Schicksals zu vermitteln.

Obwohl auch hierzu die strukturierte und vorsichtige Wiedergabe der individuellen Geschichte der Gewalt erforderlich ist, steht primär nicht eine intensive kathartisch orientierte Traumaarbeit als vielmehr eine Orientierung an dem gegenwärtigen Problemverhalten sowie eine Stärkung der vorliegenden Ressourcen im Vordergrund.

10.4. Körperwahrnehmungsgruppen für Frauen

Den Gruppen für Körperwahrnehmung werden Frauen zugeteilt, die den Zugang, das Vertrauen und den Kontakt zu ihrem Körper verloren haben. Durch einfache, meist aus der integrativen Bewegungstherapie stammende, Übungen werden sie dahin geführt, der eigenen Wahrnehmung zu trauen, ihr Beachtung zu schenken und sie handelnd und mitteilend umzusetzen. Hierbei werden neue Bewegungserfahrungen mit Alltagsgegenständen, in ungewohn-

ten Bewegungssituationen, bei Spielen und Experimenten gemacht. Gewohnte Verhaltensweisen werden reflektiert, hinterfragt und auf ihre Gültigkeit überprüft. Bisher unreflektierte Regeln werden benannt und auf ihre Stimmigkeit überprüft. Diese Gruppe wird zum Einen spezifisch für Frauen mit Essstörungen angeboten. Darüber hinaus werden einer weiteren frauenspezifischen Körperwahrnehmungsgruppe häufig Patientinnen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen, mit Suchtproblemen sowie mit depressiven Störungen, Ängsten, Kontaktproblemen und Selbstwertstörungen zugeteilt. Nach fast zwei Jahrzehnten Erfahrung im immer noch „jungen“ Sektor frauenspezifischer Therapie bleibt es ein wichtiges Anliegen des Münchwieser Teams, Therapie „bedarfsorientiert“ und „patientinnengerecht“ zu gestalten, d. h. neuen Entwicklungen mit entsprechenden Therapiekonzepten kreativ zu begegnen.

11. Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DMS-IV) Washington DC: APA

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2007. Jahrbuch Sucht

World Health Organisation (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD 10, Bern: Huber

Die „Münchwieser Hefte“ werden von der Klinik seit 1985 herausgegeben. Im wesentlichen sind darin die Referate der jährlich stattfindenden Münchwieser Symposien niedergelegt, ein Sonderheft enthält Informationen für Angehörige von Suchtpatienten.

Die Reihe „Konzepte“ der Münchwieser Hefte beschreibt unter fortlaufender Aktualisierung in der Klinik entwickelte Behandlungskonzepte bzgl. spezifischer Störungen.

Das Gesamtkonzept der Klinik erscheint weiterhin in der bisherigen Form, d. h. außerhalb dieser Reihe. Es kann – wie die Münchwieser Hefte und die Reihe Konzepte der Münchwieser Hefte – in der Klinik angefordert werden.

In der Reihe „Konzepte“ sind bisher erschienen:

Heft 1 – Pathologisches Glücksspielen

Heft 2 – Stationäre Rückfallprävention als Auffangbehandlung

Heft 3 – Angststörungen

Heft 4 – Therapie der chronischen Schmerzerkrankung

Heft 5 – Bulimia und Anorexia nervosa

Heft 6 – Adipositas permagna

Heft 7 – Traumatherapie

Heft 8 – Aggressive Störungen

Heft 9 – Frauenspezifische Therapieangebote

Heft 10 – Männerspezifische Therapieangebote

Heft 11 – Depressive Störungen

Heft 12 – Schädlicher Gebrauch von Alkohol und Medikamenten

Heft 13 – Einführungstraining in die Psychosomatik

Heft 14 – Medikamentenabhängigkeit

Heft 15 – Problembewältigung am Arbeitsplatz