

Information zum Behandlungskonzept

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege

Wir möchten Ihnen im Folgenden unser traumatherapeutisches Behandlungskonzept im Mediclin Traumazentrum Durbach vorstellen. Eine umfassende und ausführliche Konzeptdarstellung können Sie gerne bei uns anfordern.

A. Zum Behandlungskonzept

Um dem Defizit an geeigneten Behandlungsplätzen für traumatisierte Menschen zu begegnen, haben wir, neben der bereits vorhandenen regionalen Traumastation in der Klinik an der Lindenhöhe in Offenburg, jetzt im Mediclin Traumazentrum Durbach eine weitere überregionale Station für Patienten mit chronischen, psychischen Traumafolgestörungen eröffnet. Das Konzept nimmt ca. 12 Wochen in Anspruch und orientiert sich sehr strukturiert an dem aktuellen State-of-the-Art. Es folgt den Empfehlungen zur stationären Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und den grundsätzlichen Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) zu traumatherapeutischen Qualitätsstandards. Mehrere Phasen mit Zwischenevaluation des Therapieerfolges und der – motivation sollen die Behandlung ökonomisch und ressourcenschonend gestalten. Inhaltlich berücksichtigt es Therapieempfehlungen u.a. der kognitiven verhaltenstherapeutischen Traumatherapie, imaginativen und psychodynamischen Verfahren, der dialektisch-behavioralen Traumatherapie (DBT-PTBS) sowie als explizite Expositionsverfahren „Eye movement desensitization and reprocessing“ (EMDR) nach Shapiro, prolongierte Exposition (PE) nach Foa und Narrative Expositionstherapie (NET) nach Schauer, Elbert, Neuner et al.. Ergänzt wird dieses strukturierte Vorgehen psychopharmakologisch ebenfalls nach dem State-of-the-Art v.a. mit SSRIs und SNRIs und integriert körper- und arbeitsorientierte Therapieformen.

Das Konzept richtet sich v.a. an Patienten mit den Hauptdiagnosen:

- Posttraumatische Belastungsstörung PTBS
- komplexe PTBS
- Persönlichkeitsstörungen als Traumafolge, z.B. Borderline Persönlichkeitsstörung oder anhaltende Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung
- Dissoziative Traumafolgestörungen

Komorbide weitere Störungen, wie Depressionen, Angststörungen oder Substanzmißbrauch werden ebenfalls diagnostiziert und mitbehandelt. Die stationäre Behandlung ist eingebettet in ein mehrstufiges Versorgungssystem mit teilstationären und ambulanten Weiterbehandlungsmöglichkeiten in der nahe gelegenen (5 km) Klinik an der Lindenhöhe. Mit niedergelassenen Ärzten und Psychologen vor Ort besteht ein regelmäßig tagendes Traumanetzwerk. Hier sind auch andere Institutionen wie Landratsamt, Frauenhaus, Telefonseelsorge, Sozialpsychiatrische Dienste oder WEISSER RING eingebunden. Überregional kann an solche Netzwerke angeknüpft werden. Dadurch ist die weiterführende Behandlung besser abgesichert.

Neben der Verbesserung in Symptomatik und Kontaktfähigkeit, ist eine berufliche Wiedereingliederung bzw. Rückkehr auf den 1. Arbeitsmarkt ein wesentliches Ziel.

B. Was ist eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)?

Eine PTBS ist eine Traumafolgestörung mit typischen Symptomen:

1. Wiederholte Erinnerungen an das Trauma, Nachhallerinnerungen (Flashbacks), eindringliche, sich aufdrängende Erinnerungen (Intrusionen), Alpträume.
2. Vermeidungsverhalten gegenüber Hinweisen und Signalen, die in Beziehung stehen zum traumatischen Ereignis.
3. Unfähigkeit, partielle oder ganze Aspekte von dem traumatischen Ereignis zu erinnern.
4. Andauernde Zeichen der Übererregung z.B. als Folge von einer zunehmenden psychischen Sensibilität.

C. Was ist eine komplexe PTBS?

Von einer komplexen PTBS sprechen wir, wenn sich zusätzlich zur PTBS-Symptomatik eine anhaltende schwere Symptomatik eingestellt hat, die sich in problematischem bzw. dysfunktionalem Verhalten äußert, das zu Beeinträchtigungen in den zwischenmenschlichen, sozialen und beruflichen Beziehungen führt. Dafür müssen Symptome aus folgenden Bereichen vorliegen:

1. Störungen der Gefühlsregulation
2. Bewusstseinsveränderungen
3. Gestörte Selbst- und Emotionswahrnehmung
4. Gestörte Wahrnehmung des Täters
5. Beziehungsprobleme
6. Veränderung des Wertesystems

Komplexe Traumafolgestörungen werden oft von typischen Störungsbildern oder Symptomen begleitet. Diese sind v.a.

- Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung
- Schwere Depression
- Dissoziative Störungen
- Schmerzstörungen
- Angststörungen
- Substanzmissbrauch
- Essstörungen
- Zwangsstörungen.

D. Ziele der traumazentrierten Behandlung

Die Therapieziele in der Behandlung (komplex) traumatisierter Menschen gehen über die Auseinandersetzung mit dem eigentlichen Trauma hinaus. Ganz grundsätzlich geht es um die Linderung der Folgen der erlebten Traumata und um die Verbesserung der Lebensqualität und Fähigkeit den Alltag zu bewältigen. Es geht um den Aufbau von Selbstbewusstsein und Abbau von Hilflosigkeit; die Entwicklung von Wahlfreiheit statt destruktiver Bindung; den Aufbau und das Entwickeln von Stärken (Ressourcen) und Bewältigungsfertigkeiten statt Bindung

von zu viel Energie in Wiedererleben (Intrusionen und Flashbacks) und Vermeidung (Dissoziation). Wichtig ist dabei das fortwährende Halten der Balance zwischen Phasen der kontrollierten und achtsamen Traumakonfrontation und stabilisierender Reorientierung auf das Hier und Jetzt. An welcher Stelle man ansetzt, ist abhängig von der aktuellen Symptomatik, der Persönlichkeitsstruktur und Stabilität. Deshalb folgt die Zielformulierung und Therapieplanung einer dynamischen Hierarchie:

Wenn schwer problematisches bzw. dysfunktionales Verhalten auf den **Zielebenen 1 - 3** wie lebensbedrohliches, therapie(zer)störendes oder anhaltend krisengenerierendes Verhalten im Vordergrund steht, empfehlen wir den Patienten zunächst eine **Standard-DBT** Behandlung. Diese ist jedoch nicht Schwerpunkt des Traumazentrums, kann aber ggf. auf der Schwesterstation D2 in der Klinik an der Lindenhöhe angeboten werden. Wenn dysfunktionales Verhalten auf o.g. drei Ebenen nicht oder nicht mehr im Vordergrund steht, orientiert sich die Behandlung an den unten aufgeführten vier Ebenen.

PTBS–DBT Ziel-Ebenen:

Zielebene 1: Therapiefortschritt behinderndes Verhalten:

- Umgang mit Dissoziation, motivationale Probleme und Substanzmissbrauch
- Aufbau von Sicherheit und Halt in Beziehungen
- Entwicklung von Stärken- und Ressourcenvorstellungen
- verbesserter Umgang mit Stress und Anforderungen
- Vermittlung von Strategien zur Emotionsregulierung und Selbstfürsorge
- verbesserter Umgang mit Gefühlen zum Abbau existenzieller Verunsicherung
- Angst und Scham

Zielebene 2: Schwere psychosoziale Probleme

- schwere finanzielle Probleme, drohende Obdachlosigkeit
- Korrektur schwieriger Beziehungsmuster
- Verbesserung von Achtsamkeit und der Fähigkeit, die Beweggründe anderer nachzuvollziehen und zu verstehen (Mentalisierung)

Zielebene 3: PTBS aufrechterhaltendes Verhalten:

- Meidungs- und Fluchtstrategien, Intrusionen, Alpträume
- Veränderung problematischer Einstellungen und Denkweisen im Zusammenhang mit der körperlichen und psychischen Symptomatik
- die Erarbeitung eines verständlichen und plausiblen Erklärungsmodells für die Entstehung und Chronifizierung der komplexen Symptomatik
- Stärkung der Bewältigungskompetenz im Umgang mit den Traumafolgen
- Erarbeitung von Distanzierungstechniken gegenüber Traumaerinnerungen
- Stärkung von im Hier und Jetzt verankerten Emotionen durch Aufrechterhaltung des Gegenwartsbezugs sowie den Abbau von traumaassoziierten emotionalen Automatismen (sog. Achtsamkeitsbasierte Exposition)
- Arbeit mit inneren Selbst-Anteilen und Erlernen von Strategien zur Selbstbeelterung und Fürsorge (sog. „Innere-Kind-Arbeit“).

Zielebene 4: Eingeschränkte Lebensqualität, geringer Selbstwert, Schwierigkeiten im Umgang mit Körper / Sexualität.

- Wiedererlangung einer positiven Körperwahrnehmung bzw. eines positiven Körperschemas.
- Verbesserung der Wahrnehmung und des Ausdrucks eigener Bedürfnisse sowie die Förderung sozialer Kompetenzen
- Erarbeitung von neuen Strategien und Handlungsalternativen im Umgang mit Problemen und Belastungsfaktoren des alltäglichen Lebens.

Darüber hinausgehende Ziele können sein:

- Therapie typischer psychischer Begleit- und Folgeprobleme, wie:
 - Depressionen
 - Schlafstörungen
 - Ängste
 - Zwänge
 - Abhängigkeitserkrankungen
 - Dissoziative Störungsbilder.

E. Therapieablauf

Grundsätzlich behandeln wir Patienten nach einem sorgfältig geplanten Stufenschema, bestehend aus drei Stufen. Der Übergang in die jeweils nachfolgende Stufe erfolgt reflektiert und nur wenn die jeweils vorangehende Stufe erfolgreich verlaufen ist.

Stufe I: Problemanalyse und Zielfindung

Stufe II: Traumaexpositionsphase

Stufe III: Therapiereflektion und Entlassvorbereitung

F. Behandlungsdauer

Die Dauer der Behandlung richtet sich nach Art und Schwere der Symptomatik und der Zustimmung des Kostenträgers. Die Behandlungszeit in den Stufen 1-3 beträgt maximal insgesamt 12 Wochen. Diese 12 Wochen können auch fraktioniert in Intervallen durchlaufen werden. Danach gibt es die Möglichkeit, nach Schwere der Erkrankung und gezielter Indikationsstellung zu weiteren Behandlungsintervallen von 8 Wochen zu kommen. Die endgültige Dauer des ersten Behandlungszyklus und weitere Behandlungsintervalle machen wir von einer objektivierbaren Verbesserung der Symptomatik in psychologischen Tests abhängig. Bei einer Verschlechterung kann die Therapie auch vorzeitig beendet werden.

G. Spezielle Grundbausteine der PTBS- Behandlung:

- 1) Eine dialektische Haltung
- 2) Verhaltenstherapeutisches Vorgehen (Behavioral)
- 3) Achtsamkeit
- 4) Traumaedukation
- 5) Trauma-Skillstraining
- 6) Kognitive traumatherapeutische Interventionen
- 7) Traumakonfrontation

8) Zusatzbausteine

- a. Albtraumbehandlung (Imagery Rehearsal Therapie nach Krakow)
- b. Körpertherapie
- c. Kunsttherapie
- d. Ergotherapie
- e. Akupunktur nach dem NADA Protokoll
- f. Soziale Therapie und Beratung
- g. Psychopharmakotherapie

H. Expositionsverfahren

1) EMDR nach Shapiro

Das EMDR-Behandlungsverfahren (EMDR = eye movement desensitization and reprocessing) wurde von der amerikanischen Psychologin Francine Shapiro entwickelt und seit 1989 als manualisiertes Therapieverfahren zur Behandlung von Patienten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) und anderen traumabezogenen Symptomen eingesetzt. Es zählt neben den verhaltenstherapeutischen Verfahren evidenzbasiert zu den wirksamsten Verfahren. Abweichend von der klassischen verhaltenstherapeutischen Traumaexposition werden im EMDR die Traumaexpositionsphasen nur relativ kurz durchgeführt und eine beschleunigte Verarbeitung durch alternierende bilaterale Stimulierung ausgelöst.

2) Kognitive Traumatherapie nach Ehlers und Clark

Ungenügende Verarbeitung und Einbettung traumatischer Erinnerungen in die Struktur des autobiographischen Gedächtnisses führt zu Intrusionen und dysfunktionalen Bewertungen des Traumas und seiner Folgen mit hoher emotionaler Belastung bei Erinnerung an das Trauma. Die Symptomatik wird aufrechterhalten durch kognitive Verarbeitungsprozesse, die zu einer ständigen Wahrnehmung von Bedrohung und Gefahr führen mit Grübeln darüber, wie zukünftig Gefahr vermieden werden kann.



3) Prolongierte Exposition nach Foa.

Die prolongierte Exposition wurde von Edna Foa aus den Angstbewältigungsverfahren und den theoretischen Konstrukten von Lang (1979) entwickelt. Die PE wurde zunächst an Vergewaltigungsopfern untersucht und fand dann auch Eingang in die Therapie weiterer Traumatisierter, z.B. Soldaten. Es gilt als das am besten untersuchte traumatherapeutische Expositionsverfahren mit hoher Wirksamkeit. Die Erinnerungen werden durch die Aktivierung einer Furchtstruktur im Hier und Jetzt wieder erlebbar, detailliert durchgearbeitet und das Vermeidungsverhalten überwunden. Durch die positive Erfahrung einer erfolgreichen Exposition verändern sich auch dysfunktionale Kognitionen und psychophysiologische Reaktionen.

4) Narrative Expositionstherapie (NET) nach Schauer und Neuner

Möglichst alle Elemente des Traumanetzwerkes werden durch das Sprechens über dieses Netzwerk, aus der Gegenwart und der gestaltenden Distanz zum „Damals“; so lange aktiviert, bis das Erlebte sich autobiographisch einordnen, benennen, begreifen, verorten lässt. Erleichterung wird hierbei durch Habituation und Integration erreicht. Im dialogischen Kontakt wird schließlich durch Verbalisierung eine detaillierte und konsistente, schriftliche Narration der Lebensereignisse erarbeitet.

I. Überblick: Therapeutisches Programm

Die Patienten nehmen während des stationären Aufenthaltes an folgenden Therapien teil:

Individuelle Interventionen:

2 x wöchentlich Einzeltherapie mit dem Therapeuten (bei Exposition auch länger)

1 x wöchentlich Einzeltherapie mit dem Co-Therapeuten (Bezugspflege)

Gruppeninterventionen

1 x wöchentlich Traumaskillsgruppe

1 x wöchentlich Traumaedukationsgruppe

2 x wöchentlich Patienten-Bezugsgruppe PTBS

1 x wöchentlich Kunsttherapie-PTBS

4 x wöchentlich Gruppe Evaluation und Tagesstrukturierung



- 1 x wöchentlich Multiprofessionelle Teambesprechung
- 1xwöchentlich soziales Kompetenztraining
- 2 x wöchentlich Körperwahrnehmung
- 2 x wöchentlich Fernöstliche Bewegungstherapie
- 3 x wöchentlich Ergotherapie
- 1 x wöchentlich 5 Sinne Gruppe
- 1 x wöchentlich Stationsversammlung
- 2 x wöchentlich Entspannungsgruppe (PMR)
- 4 x wöchentlich Achtsamkeitsgruppe
- 2 x wöchentlich Imaginationsgruppe

Zusätzlich täglich nach Bedarf und Interesse freies Bewegungs- und Sportangebot wie z.B.: Schwimmen, Fitness, Spinning, Wandern, Walking, Laufgruppe, Wassergymnastik

J. Ärztliche Leitung

Hr. PD Dr. Frommberger ist sowohl Chefarzt des Traumazentrums Durbach wie auch der MediClin Klinik an der Lindenhöhe. Fr. Dr. Menne ist sowohl leitende Oberärztin des Traumazentrums wie auch der MediClin Klinik an der Lindenhöhe.

Hr. PD Dr. Frommberger und Fr. Dr. Menne verfügen über die nachstehend aufgeführten Qualifikationen und Berufserfahrungen:

Chefarzt: PD Dr. med. Dipl.-Biol. Ulrich Frommberger

Chefarzt der MediClin Klinik an der Lindenhöhe, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Offenburg seit 1999.

Akademische Abschlüsse:

- Diplom-Biologe, Universität Bochum
- Approbation als Arzt und Promotion zum Dr. med., Universität Mainz
- Habilitation mit Arbeiten zur Psychotraumatologie an der Universität Freiburg
- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie
- Supervisor für Verhaltenstherapie und Gestalttherapie



- Traumaspezifisch: u.a. EMDR Level I/II; Spezielle Psychotherapie (DeGPT):
- Fortbildungen in IPT, CBASP, Schematherapie, DBT, Achtsamkeitsbasierten Verfahrenen

Studien:

Durchführung von Studien zur PTSD (an der Universität Freiburg) bei Arbeits- und Verkehrsunfallverletzten, Krebspatienten, psychiatrischen Patienten in Offenburg, Behandlung, Prävention (Frühintervention) sowie psychische Folgen von Einsatzpersonal nach einer technischen Katastrophe sowie psychiatrischen Patienten

Publikationen:

von mehr als 150 Publikationen mehr als 100 Publikationen (peer-reviewed Journals, Buchbeiträge, andere Journals) zu posttraumatischem Stress

Mitarbeit in Organisationen:

- Mitglied der internationalen Gesellschaften zu traumatischem Stress: ISTSS und ESTSS seit 1994
- Gründungsmitglied der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) 1998 und deren erster Vorsitzender von 1998 – 2000; 10 Jahre im Vorstand der DeGPT; Arbeitsgruppe stationäre Traumatherapie (Buchpublikation zu Struktur und Inhalt stationärer Traumatherapie 2007)
- Vorstandsmitglied der European Society for Traumatic Stress Studies, ESTSS, 2005 - 2007
- Leitung des Referates Psychotraumatologie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, DGPPN, seit 2006 bis 2015
- Beirat in Zeitschriften und Institutionen, die Traumafolgestörungen zum Thema haben
- Beirat am Psychotraumazentrum im Bundeswehrkrankenhaus Berlin seit 2011

Leitende Oberärztin: Dr. med. Britta Menne

- Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie seit 2006
- Zusatztitel Psychotherapie seit 2005 (TFP plus VT als Zweitverfahren)
- EMDR Therapeutin, EMDR-Supervisorin, EMDR Facilitatorin (EMDR Europe)
- Mitarbeit am EMDR Institut Deutschland
- Zertifiziert: Psychotherapie (DeGPT) seit 2005
- Zertifizierte DBT- Therapeutin (DDBT) seit 2014
- Mitglied der deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie DeGPT



- Mitglied der internationalen Gesellschaften zu traumatischem Stress: ISTSS und ESTSS seit 2010
- Zertifiziert: Hypnotherapie (MEG) seit 2006
- Weiterbildung und fundierte praktische Erfahrungen in CBASP, Schematherapie und Achtsamkeit, ACT.
- Mitarbeit in der Arbeitsgemeinschaft komplexe Traumafolgestörungen der DeGPT seit 2008.
- Mitarbeit in der AG stat. Traumatherapie der DeGPT seit 2009
- Vom 16.9.1997 bis 26.09.1999 und vom 1.4.2004 bis 30.06.2008 verantwortliche Stationsärztin auf der Traumatherapiestation 9 des Nds-LKH Göttingen, (jetzt Asklepios-Fachklinikum Göttingen).
- Zusätzlich ist sie von 2004 bis 2008 zusätzlich in der Institutsambulanz tätig gewesen und hat dort die Traumaambulanz repräsentiert. Dort hat sie regelmäßig Patient/-innen nach Typ I Trauma ambulant mit EMDR behandelt und ambulante DBT Behandlung durchgeführt sowie Skillsgruppen geleitet.
- 2008 bis 2009 auf der DBT-Spezialstation für Patientinnen mit BPS Station 8 der Uniklinik Freiburg als Funktionsoberärztin.
- 2009 bis 2013 Oberärztin in der Klinik an der Lindenhöhe, Leitung der regionalen Traumastation, der Sucht- und der Depressionsstation, Supervision der Traumaambulanz.
- 2013 bis heute leitende Oberärztin des Traumazentrums Durbach sowie seit 2015 der Klinik an der Lindenhöhe.

K. Therapeutisches Team

Auf der aktuell aus 16 Betten bestehenden Spezialstation setzt sich das multiprofessionelle und interdisziplinäre Behandlungsteam aktuell wie folgt zusammen:

- Ärztlich-/Psychologischer Dienst
- Chefarzt
- Leitender Oberarzt
- Stationsarzt
- Approbierte psychologische Psychotherapeuten
- Diplom Psychologin
- Pflorgeteam (ausschließlich examiniertes Personal)
- Stationsassistentin Sozialdienst



- Sozialdienst
- Sportlehrer / Sporttherapeut
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Kunsttherapie

L. Allgemeine Therapievereinbarungen und Regeln

Das Therapiekonzept und das dazugehörige therapeutische Programm basiert außerdem auf grundsätzlichen Therapievereinbarungen und Regeln. Das Programm, die Therapieverfahren und die damit verbundenen Regeln sind in unserer gesonderten ausführlichen DBT-PTBS-Patienten-Information ausführlich dargestellt.

M. Eingangskriterien

- keine aktuelle Medikamenten-, Drogen- oder Alkoholabhängigkeit oder Spielsucht (mind. Abstinenzzeit für 4 Wochen und/oder abgeschlossene Entgiftung)
- keine relevante Gewaltbereitschaft gegen sich oder andere
- keine relevanten aktuellen Strafverfahren
- keine hochakute Suizidalität oder andere hochakute stationäre Behandlungsbedürftigkeit in den letzten vier Wochen vor Aufnahme
- eigenständige Therapiemotivation
- Absprachefähigkeit
- fester Wohnsitz

N. Wie erfolgt die Aufnahme in das Behandlungskonzept?

Die Zuweisung erfolgt über das Aufnahmesekretariat (0781/473-235) unserer Klinik.

Einweisungen können erfolgen durch:

- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenheilkunde oder Neurologie
- Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie



- Fachärzte anderer Fachrichtungen, z.B. Allgemeinmedizin, Innere Medizin etc.
- Ärztliche Psychotherapeuten
- Psychologische Psychotherapeuten
- Verlegung aus einem Krankenhaus
- Selbsteinweisung des Patienten

Zur Vordiagnostik bitten wir Ihre Patienten bereits vor Aufnahme verschiedene Fragebögen sowie einen verhaltenstherapeutischen Fragebogen zur grundsätzlichen Therapieplanung auszufüllen und an uns zurückzuschicken. Erst wenn uns diese Bögen ausgefüllt vorliegen kann die endgültige Indikationsklärung erfolgen und sich das maximal 12 wöchige stationäre Therapieprogramm anschließen, das in die genannten drei Stufen gegliedert ist. Vor Aufnahme kann nach Absprache auch ein ambulantes Vorgespräch in der Klinik erfolgen. Dies soll einem ersten Kennenlernen, der Motivationsklärung sowie dem Treffen grundsätzlicher Absprachen dienen.

O. Kostenträger:

Das Mediclin Traumazentrum Durbach ist eine nach § 30 GewO konzessionierte Privatklinik, deren Behandlungsangebot sich an folgende Patientinnen und Patienten richtet:

- Privat krankenversicherte Personen mit oder ohne Beihilfe- bzw. Heilfürsorgeberechtigung
- Über die Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungen der Gemeinden Versicherte
- KVB (Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten) versicherte Personen
- Heilfürsorgeberechtigte Personen
- Selbstzahler
- Im Rahmen der Einzelfallentscheidung gesetzlich krankenversicherte Personen mit privater Zusatzversicherung für die stationäre Wahlleistungsbehandlung und gesetzlich krankenversicherte Personen mit oder ohne Beihilfe- bzw. Heilfürsorgeberechtigung sowie gesetzlich krankenversicherte Personen oder Patienten mit besonderen anderen Kostenträgern (z.B. OEG/ BUND) benötigen vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Zusage der zuständigen Krankenkasse bzw. des zuständigen Kostenträgers.

Gerne unterstützen wir Ihre Patienten bei der Erstellung eines Kostenübernahmeantrags. Diese mögen sich einfach mit uns in Verbindung setzen! Die Kostenübernahme für gesetzlich krankenversicherte Patienten ist nur als Einzelfallentscheidung im Rahmen der Kostenerstattung möglich. Für gesetzlich Krankenversicherte Patienten rechnen wir eine akute Krankenhausbehandlung nach den üblichen Kassensätzen ab.

Für weitere Informationen können Sie uns gerne kontaktieren

PD Dr. Ulrich Frommberger
Chefarzt

Dr. Britta Menne
Lt. Oberärztin

Wulf Meueler
Kaufmännischer Direktor

Fallbeispiele unserer Behandlung im DBT-PTBS Konzept

Fallbeispiel 1

Aufnahmesituation

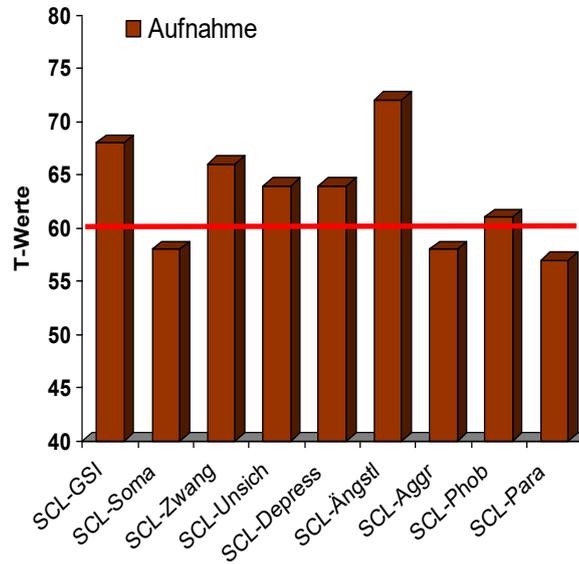
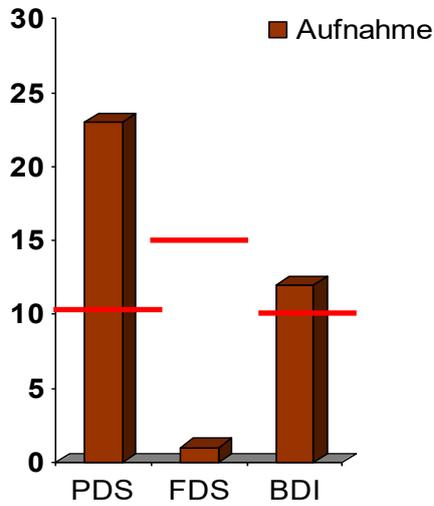
Die 32 jährige Pat. berichtet, dass sie bis vor einigen Monaten als Lokführerin tätig gewesen sei. Aus gesundheitlichen Gründen, sei ihr eine Umschulung zur Fahrdienstleiterin nahegelegt worden. Diese sei für sie der „pure Stress“ gewesen.

Sie habe starke Konzentrationsstörungen gehabt, nicht mehr durchschlafen können, sei jeden Morgen bereits um 3 Uhr früh erwacht. Außerdem sei ihr Vater, zu dem sie eine sehr gute Beziehung gehabt habe, verstorben.

Durch den ganzen Stress seien wieder verstärkt Symptome aufgetreten, die sie in Zusammenhang mit einem Suizidversuch einer jungen Frau vor einigen Jahren sehe. Die Frau habe zwar überlebt, es seien ihr aber ein Bein abgetrennt worden.

Sie sehe immer wieder die Bilder und höre das Schreien. Sie grübele viel nach, leide unter Lustlosigkeit und gehe kaum noch aus dem Haus, worunter v. a. ihr Mann leide. Sie sei sehr schreckhaft geworden, fürchte sich vor lauten, unerwarteten Geräuschen und habe plötzlich auch Höhenangst, was ihr völlig neu sei.

Diagnostik - Aufnahme



PDS: Mäßig bis schwere posttraumatische Symptomatik
 FDS: Kein Hinweis auf dissoziative Störung
 BDI: leichte depressive Symptomatik
 CTQ: unauffällig
 SCL-90: mittelgradig bis schwere Symptombelastung



Behandlungsverlauf:

Stufe I

Psychoedukation: Wieso höre ich die Schreie, wenn ein Hubschrauber über mir fliegt, werde ich rasend wenn mich jemand auf der Autobahn ausbremst?

Therapieziele erarbeiten

1. Vermeidungsverhalten abbauen (mich Ereignis und verbundenen Gefühlen stellen)
2. Steigerung der Stresstoleranz
3. Aufbau selbstfürsorglichen Verhaltens

Medikamentöse Anpassung

75 mg Stangyl (stufenweise erhöht).

Paroxetin 30 mg

Stufe II

1. Vermeidungsverhalten abbauen (mich Ereignis und verbundenen Gefühlen stellen)

- Imaginatives Nacherleben des traumatischen Ereignisses u.a. mit Tonbandaufnahmen in Eigenregie.
- Überprüfen dysfunktionaler Überzeugungen in Bezug auf das Trauma („Ich bin schuld, dass sie verstümmelt ist.“; „Wenn ich aufhöre an sie zu denken, zeigt das, dass ich gefühllos bin.“) und Erarbeiten hilfreicher Gedanken.
- EMDR und Integration neuer Informationen („alle hatten einen Schock“)

2. Steigerung der Stresstoleranz

- Pro-Contra (z.B. „Weitermachen wie bisher“)
- mich beruhigen mit Hilfe der 5 Sinne
- Gefühlsprotokolle zum Umgang mit Ärger, Angst, Trauer

3. Aufbau selbstfürsorglichen Verhaltens

- Wieder Ausflüge mit Partner planen und unternehmen, Zug fahren
- In der Sonne liegen, Bekannte treffen, keine Arbeit in der Freizeit mehr
- Körperliche Grenzen wahrnehmen und einhalten ohne ganz zu vermeiden



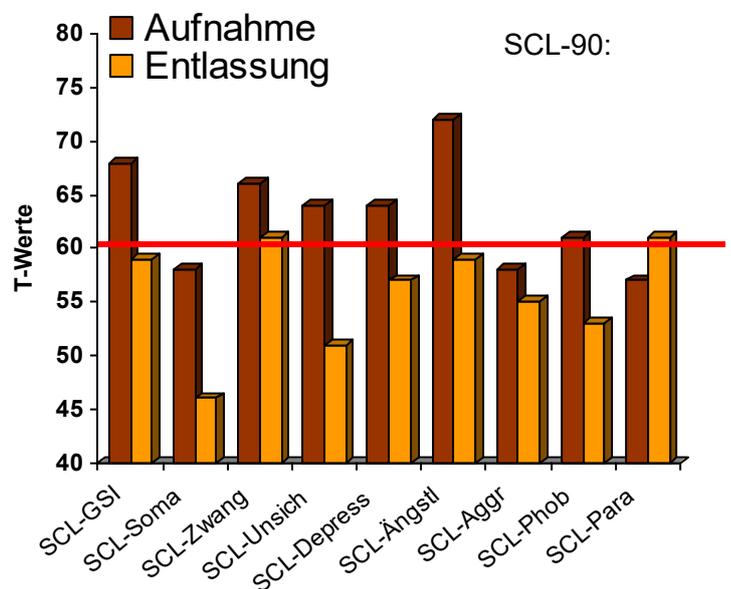
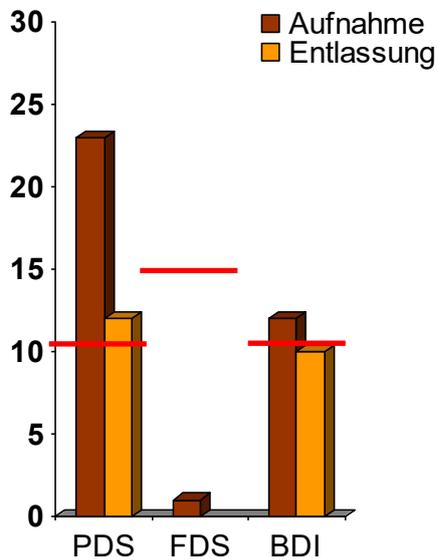
Stufe III

- Traumbericht schreiben
- Krisenplan zur Rückfallprophylaxe erstellen
- Organisation ambulanter nervenärztlicher und psychotherapeutischer Weiterbehandlung
- Planung des beruflichen Wiedereinstieges (Fortsetzung der Umschulung)

Probleme im Behandlungsverlauf:

- anfängliche Zunahme von Übererregungs- und Schmerzsymptomatik
- Neue Denkpfade fühlen sich unvertraut an, Pat. rationalisiert aus Angst („es könnte wieder passieren“)

Diagnostik - Entlassung



Fallbeispiel 2

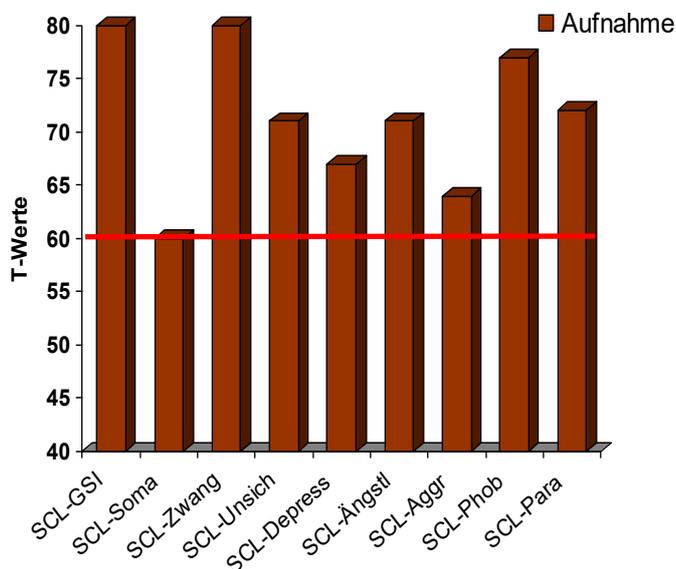
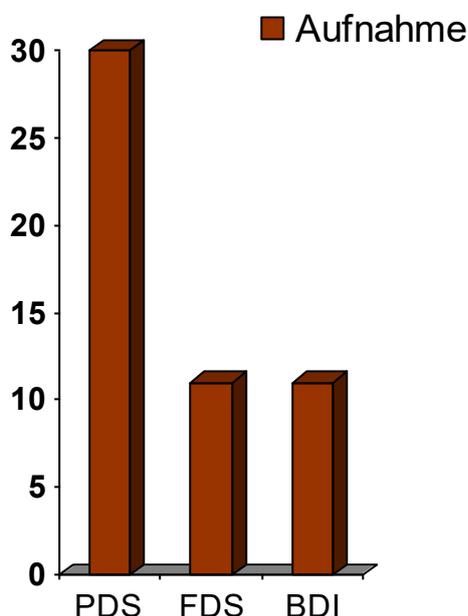
Aufnahmesituation

Der 54 jährige Patient berichtet, dass er bis Oktober letzten Jahres als Zugbegleiter gearbeitet habe. Während des Dienstes habe er mehrere Unfälle miterleben müssen. Seit dem letzten Vorfall leide er unter starken Albträumen und könne nicht mehr schlafen.

Er bemerke außerdem, dass er leicht ablenkbar und unkonzentriert sei, so habe er im letzten Monat zu Hause das Essen auf dem Herd stehen lassen und „schlicht vergessen“. Zudem könne er keine Menschenmengen mehr ertragen, vermeide daher einzukaufen wenn viele Leute da seien und bleibe am liebsten Zuhause. Aber auch hier kämen ihm immer wieder die Bilder des letzten Vorfalles hoch. Er ist ungeduldig geworden, rege sich schneller auf als früher.

Auf den Bahnhof könne er gar nicht mehr gehen. Wenn er davor stehe, bekomme er sofort Panik und könne nicht hinein gehen. Auch an einem Bahnübergang könne er bei geschlossener Schranke nicht stehen bleiben, sondern müsse sofort umdrehen, da er die innere Spannung nicht ertrage.

Diagnostik bei Aufnahme



PDS: mäßig bis schwere posttraumatische Symptomatik	Symptomatik
FDS: kein Hinweis auf dissoziative Störung	
BDI: leichte depressive Symptomatik	
CTQ: unauffällig	
SCL-90: schwere Symptombelastung	



Behandlungsverlauf:

Stufe I

Psychoedukation: Warum bin ich so vergesslich; sehe ich kopflose Menschen im Traum?

Therapieziele erarbeiten:

1. Erlernen von Strategien zum Umgang mit Panik
2. Vermeidungsverhalten abbauen
3. Wiederaufbau angenehmer und notwendiger Aktivitäten

Medikamentöse Anpassung:

Paroxetin 40mg

Mirtazapin 15 mg

Stufe II

1. Erlernen von Strategien zum Umgang mit Panik

- Achtsamkeits- und Imaginationsübungen
- Erarbeiten von Stresstoleranzskills
- Fakten überprüfen
- Alptraubehandlung (IRT)

2. Vermeidungsverhalten abbauen

- Imaginatives Nacherleben der Traumata
- Wiederaufsuchen bedrohlich erlebter Situationen
- Dysfunktionale Überzeugungen hinterfragen („ich hätte etwas anders machen sollen“, „ich bin ein Weichei“)

3. Wiederaufbau angenehmer und notwendiger Aktivitäten

- Veranstaltungen, Kino aufsuchen
- Bahnhof besuchen



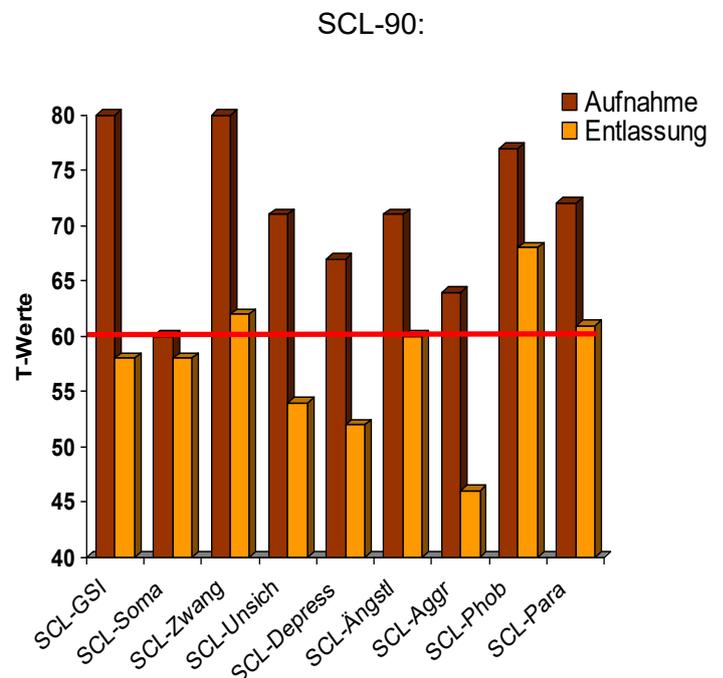
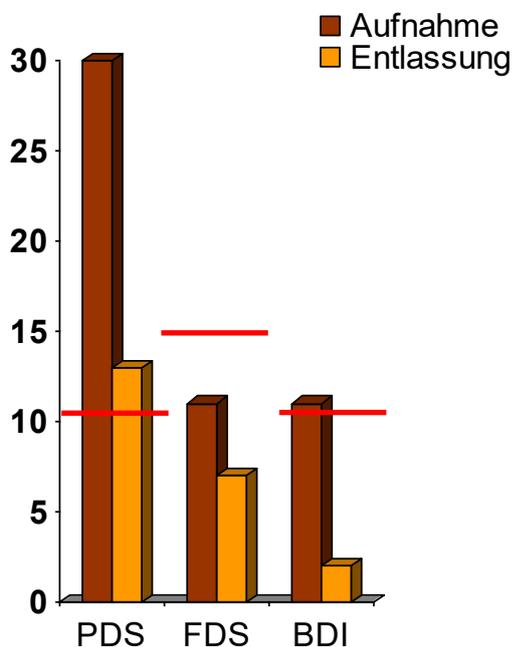
Stufe III

- Traumbericht schreiben
- Krisenplan zur Rückfallprophylaxe
- Organisation ambulanter nervenärztlicher und psychotherapeutischer Weiterbehandlung
- Bahn fahren üben

Probleme im Behandlungsverlauf:

- Konfrontation mit Indextrauma reaktiviert länger zurückliegende, ebenfalls dysfunktional verarbeitete Traumata
- Während Expositionsbehandlung wird weiteres Traumacluster reaktualisiert

Diagnostik Entlassung



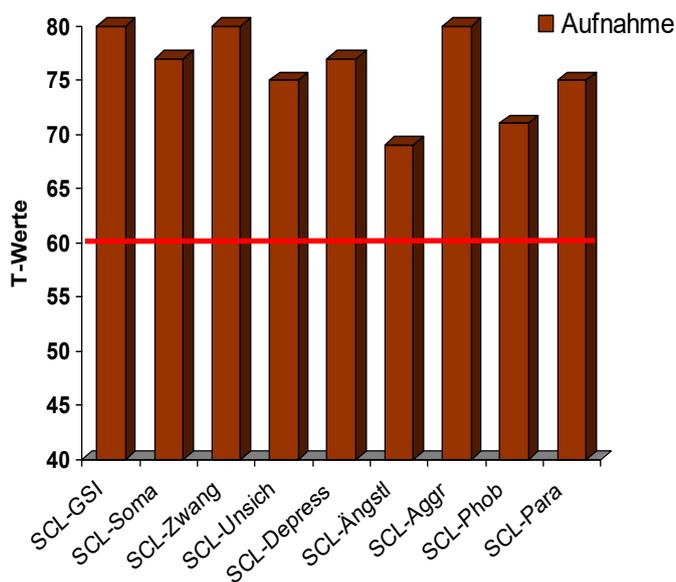
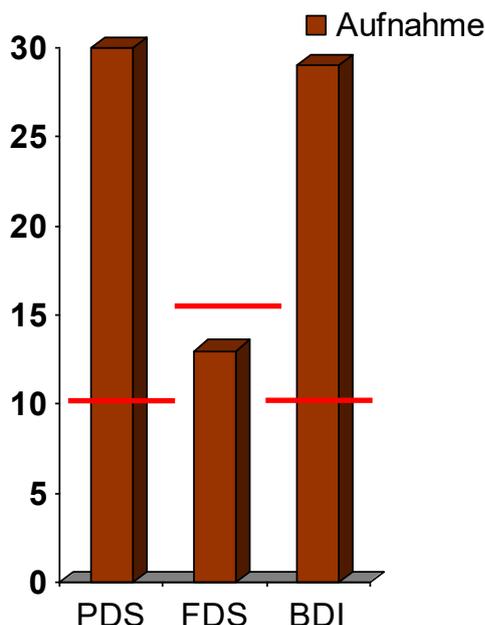
Fallbeispiel 3

Die 32 jährige Patientin, auf Empfehlung eines Gutachtens im Rahmen des OEG Verfahrens. Sie berichtet, im Kindes- und Jugendalter innerfamiliär sexuell missbraucht worden zu sein. Dies habe damals zu einem Leistungseinbruch in der Schule geführt, woraufhin sich eine Lehrerin für sie engagiert habe und „alles rausgekommen sei“.

Seither fühle sie sich insbesondere in der Gegenwart älterer Männer sehr unwohl. Bei der Arbeit als Altenpflegehelferin sei dies oft ein Problem, sie fühle sich überfordert und bekomme Angstzustände wenn „mir die zu nahe kommen“. Darüber sei sie häufig traurig, aber auch wütend und streite mit dem Ehemann, gleichzeitig habe sie Schuldgefühle, dass sie ihm zur Last falle. Sie sei oft sehr müde, im Alltag häufig abwesend und vergesslich. Sie bekomme im Gespräch Dinge oft nicht vollständig mit.

Vor dem Einschlafen liege sie mindestens eine Stunde wach und erwache zudem mehrfach durch Alpträume. Abends könne sie nicht alleine Zuhause bleiben vor Angst, dass etwas passieren könne, die Mutter oder der Ehemann müssten dann bei ihr sein.

Diagnostik bei Aufnahme:



PDS: sehr schwere posttraumatische Symptomatik

FDS: Kein Hinweis auf dissoziative Störung

BDI: mittelgradige depressive Symptomatik

CTQ: stark auffällig: sexueller Missbrauch, emotionale Vernachlässigung und körperliche Vernachlässigung

leicht auffällig: emotionaler Missbrauch, körperlicher Missbrauch, Inkonsistenzerfahrung

SCL-90: schwere Symptombelastung

Behandlungsverlauf:

Stufe I

Psychoedukation: Warum schreie ich meinen Mann an; drohe, mir ein Messer in den Bauch zu rammen?

Therapieziele erarbeiten

1. Selbstwert steigern
2. Verbessertes Umgang mit Intrusionen und Ängsten
3. Erlernen von Strategien zum Umgang mit Wut und Ärger

Medikamentöse Anpassung

Trimipramin

Stufe II

1. Selbstwert steigern

- Rollenspiele Nein sagen
- Relativierung dysfunktionaler Überzeugungen („ich bin ohnmächtig“)
- Unterstützung bei Planung und Vorbereitung eines Umzuges weg von Eltern und Tatort
- Training alltagspraktischer Fertigkeiten (Überweisungen, Telefonate mit Ämtern)

2. Verbessertes Umgang mit Intrusionen und Ängsten

- Erarbeiten von Stresstoleranzskills
- Imaginatives Nacherleben „schlimmster Moment“, imaginative Täterkonfrontation
- Diskriminationstraining

3. Erlernen von Strategien zum Umgang mit Wut und Ärger

- Gefühlsprotokolle; Vorsicht Falle!
- Rollenspiele: Gefühle ansprechen, Bedürfnisse äußern

Stufe III

- Traumbericht schreiben
- Krisenplan zur Rückfallprophylaxe
- Organisation ambulanter nervenärztlicher und psychotherapeutischer Weiterbehandlung
- Kontakt im neuen Wohnumfeld herstellen, „Bürokratie erledigen“
- berufliche Rehamaßnahme anmelden

Probleme im Behandlungsverlauf:

- Pat. wird bei Krisenverhalten von Mitpatienten „beschützt“
- Während Expositionsbehandlung wird weiteres Traumacluster reaktualisiert

Diagnostik bei Entlassung

