

Patienteninformation zum Behandlungskonzept des MediClin Traumazentrum Durbach

**Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,**

wir möchten Ihnen im Nachfolgenden unser Behandlungskonzept, allgemeine Therapievereinbarungen sowie die Grundregeln der Station vorstellen.

A. Das Behandlungskonzept.....	2
B. Was ist eine Posttraumatische Belastungsstörung?.....	3
C. Ziele der traumazentrierten Behandlung	6
D. Therapieablauf	8
E. Spezielle Grundbausteine der PTBS- Behandlung.....	10
F. Wie erfolgt die Aufnahme in das PTBS Behandlungskonzept?	15
G. Überblick: Therapeutisches Programm	15
H. Allgemeine Therapievereinbarungen und Regeln	16
I. Grundregeln der Station	18

A. Das Behandlungskonzept

Wir bieten Ihnen ein spezielles Behandlungskonzept für Patient:innen mit Traumafolgestörungen an. Das Konzept orientiert sich an den Empfehlungen zur stationären Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und den grundsätzlichen Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) zu traumatherapeutischen Qualitätsstandards. Inhaltlich berücksichtigt es Therapieempfehlungen u.a. der dialektisch-behavioralen Traumatherapie (DBT-PTBS), der kognitiven Traumatherapie nach Ehlers und Clark, imaginativ, psychodynamische Verfahren, sowie als explizite Expositionsverfahren „Eye movement Desensitization and reprocessing“ (EMDR) nach Shapiro, Narrative Expositionstherapie (NET) nach Schauer und Neuner und prolongierte Exposition nach Edna Foa.

Das Konzept richtet sich v.a. an Patienten, die:

- häufig mit extremen oder lebensbedrohlichen Ereignissen konfrontiert waren,
- Misshandlungen und gewalttätigen Übergriffen ausgesetzt waren,
- schwere Arbeits- oder Freizeitunfälle erlitten haben,
- plötzlich mit Tod und Verlust konfrontiert wurden,

und deswegen unter folgenden Traumafolgestörungen leiden:

- posttraumatische Belastungsstörung
- Anpassungsstörungen
- Depression als Traumafolge
- Angststörungen
- dissoziative Störungen
- Depersonalisations-/Derealisationssyndrome
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen als Traumafolge

Zudem richtet sich unser Konzept an Patienten, die begleitend zu den o.g. Traumafolgestörungen unter folgenden Störungen leiden:

- Schmerzstörungen
- Zwangsstörungen
- Substanzmissbrauch

Unser Behandlungsangebot richtet sich insbesondere an Patienten,

- die unter akuter, schwerer Symptomatik leiden oder
- bei denen ambulante und stationäre drei- bis sechswöchige Behandlungen nicht die gewünschten Therapieerfolge zeigen.

B. Was ist eine Posttraumatische Belastungsstörung?

Eine PTBS ist eine seelische Reaktion auf ein traumatisches, hoch belastendes Ereignis. Die Weltgesundheitsorganisation WHO spricht hierbei von Ereignissen außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes, die bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde, wie z.B. potentielle oder reale Todesbedrohungen, ernsthafte Verletzungen oder Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit, bei sich oder anderen, auf die mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken reagiert wird (APA 1996). Nach einem traumatischen Erlebnis haben fast alle Menschen unangenehme Gefühle, Gedanken und körperliche Empfindungen. Es kann recht lange dauern, bis diese wieder abklingen. In der Zeit nach einem traumatischen Erlebnis kommen ungewollt Bilder, Geräusche, andere Empfindungen und Gedanken an das Trauma in den Kopf, auch wenn man versucht, sie beiseite zu schieben. Diese Gedanken, Gefühle und Empfindungen sind eine normale Reaktion auf Stress. Sie zeigen, dass Ihr Körper und Ihr Verstand daran arbeiten, mit dem traumatischen Erlebnis fertig zu werden. Auf ein traumatisches Erlebnis reagiert jeder Mensch auf seine eigene Art und Weise und ist u.a. abhängig von den Erfahrungen im bisherigen Leben. Trotzdem gibt es Reaktionen, die bei vielen gleich sind.

Im Nachfolgenden werden einige dieser typischen Reaktionen beschrieben. Wahrscheinlich werden Sie feststellen, dass auch Sie viele dieser Reaktionen erlebt haben oder noch erleben. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann eine Heilung erwartet werden. Bei einigen Betroffenen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf.

Typische Symptome sind:

1. Andauernde Erinnerungen an das Trauma, Flashbacks, Gedankenintrusionen, Alpträume.
2. Vermeidungsverhalten auf Hinweise und Signale, die in Beziehung stehen zum traumatischen Ereignis.
3. Unfähigkeit, partielle oder ganze Aspekte von dem traumatischen Ereignis zu erinnern.
4. Andauernde Zeichen der Übererregung als Folge von einer zunehmenden psychischen Sensibilität, z.B.:
 - Schwierigkeiten, ein und durchzuschlafen,
 - Irritierbarkeit oder Ausbrüche von Ärger,
 - Schwierigkeiten sich zu konzentrieren,
 - Überwachheit (Hypervigilanz),
 - Übertriebene Schreckreaktion.

Was wird unter einer komplexen PTBS verstanden?

Von einer komplexen PTBS sprechen wir, wenn sich zusätzlich eine anhaltende Symptomatik eingestellt hat, die sich in problematischem bzw. dysfunktionalem Verhalten äußert, das zu Beeinträchtigungen in den zwischenmenschlichen, sozialen und beruflichen Beziehungen führt.

Für eine komplexe PTBS müssen nach Herman (2003) Symptome aus folgenden Bereichen vorliegen:

1. Störungen der Gefühlsregulation wie:

- anhaltende Verstimmung (Dysphorie),
- chronische Suizidgedanken,
- Selbstverstümmelung,
- aufbrausende oder extrem unterdrückte Wut (eventuell alternierend),
- zwanghafte oder extrem gehemmte Sexualität.

2. Bewusstseinsveränderungen wie:

- Gedächtnislücken (Amnesie) bezüglich oder übermäßiges Erinnern (Hypermnesie) der traumatischen Ereignisse,
- zeitweilig dissoziative Phasen,
- Gefühl des Losgelöst Seins von sich selbst oder der Welt,
- Wiederholungen des traumatischen Geschehens, entweder als sich aufdrängende sogenannte intrusive Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung oder als ständige grüblerische Beschäftigung mit dem Trauma.

3. Gestörte Wahrnehmung wie:

- Ohnmachtsgefühle, Lähmung jeglicher Initiative,
- Scham- und Schuldgefühle, Selbstbezeichnung,
- Gefühl der Beschmutzung, Stigmatisierung oder Ekel,
- Gefühl, sich von anderen grundlegend zu unterscheiden.

4. gestörte Wahrnehmung des Täters wie:

- ständiges Nachdenken über die Beziehung zum Täter,
- unrealistische Einschätzung des Täters, der für allmächtig gehalten wird,
- Idealisierung oder paradoxe Dankbarkeit,
- Gefühl einer besonderen oder übernatürlichen Beziehung,
- Übernahme des Überzeugungssystems oder der Rationalisierungen des Täters.

5. Beziehungsprobleme wie:

- Isolation und Rückzug,
- gestörte Intimbeziehungen,

- wiederholte Suche nach einem Retter,
- anhaltendes Misstrauen,
- wiederholt erfahrene Unfähigkeit zum Selbstschutz.

6. Veränderung des Wertesystems wie:

- Verlust fester Glaubensinhalte,
- Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung.

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

- emotional-instabile Persönlichkeitsstörung,
- schwere Depression,
- dissoziative Störungen,
- Substanzmissbrauch,
- Essstörungen,
- Zwangsstörungen.

Häufigkeit

Die Wahrscheinlichkeit in seinem Leben an einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken wird in der deutschen Allgemeinbevölkerung mit 1-3% angegeben. Klinische Studien zeigen jedoch, dass die Zahl bei schweren psychischen Erkrankungen (Read et al. 2005, Driessen et al. 2008, Assion et al. 2009) bei strukturierter Befragung erheblich höher ist, als in den Krankenunterlagen verzeichnet und zwar häufig mehr als 25%. D.h. jeder vierte Patient weist neben anderen Hauptdiagnose auch eine PTBS auf.

Neuere Studien zeigen eine hohe Rate an begleitenden körperlichen Erkrankungen mit der Diagnose PTBS. Es besteht ein direkter Zusammenhang zwischen der Zahl der Belastungen/Traumata und der Wahrscheinlichkeit, chronische körperliche Erkrankungen zu entwickeln (Sledjeski et al. 2009; zahlreiche Arbeiten von Felitti et al.). In Verbindung gesehen werden u.a. Schmerzsyndrome wie z.B. Fibromyalgie, Colon irritabile, Hypertension, Hyperlipidämie, Fettleibigkeit, Diabetes und die koronare Herzkrankheit (McFarlane 2010).

Traumatisierungen geschehen sowohl direkt (z.B. Schusswechsel, gewalttätige Übergriffe) wie indirekt (z.B. Anblick grotesker Situationen von Schwerstverletzten). Untersuchungen zur PTBS zeigten unterschiedliche Häufigkeiten bei Feuerwehrleuten (18-30%), Polizei (5-46%), Rettungsdienst (36%) oder Soldaten (3-20%). Dies ist abhängig von der Art des Einsatzes bzw. des Befragungszeitraumes. Depressive Störungen sowie Suchtprobleme treten zusätzlich als komplizierende Faktoren auf. Die negativen Auswirkungen der Symptomatik sind nicht beschränkt

auf die Berufsausübung, auch die privaten Beziehungen sind in Mitleidenschaft gezogen. Die wechselseitige Beziehung der Faktoren kann in eine Abwärtsspirale münden.

C. 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 Ausbau 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 stabilisierenden Reorientierung auf das Hier und Jetzt. An welcher Stelle man ansetzt, ist abhängig von der aktuellen Symptomatik, der Persönlichkeitsstruktur und Stabilität. Deshalb folgen die Zielformulierung und Therapieplanung einer dynamischen Hierarchie:

Wenn schwer problematisches bzw. unfunktionales Verhalten auf den Zielebenen

Zielebene 1: lebensbedrohliches Verhalten

Zielebene 2: therapie(zer)störendes Verhalten

Zielebene 3: anhaltend krisengenerierendes Verhalten

im Vordergrund steht, empfehlen wir Ihnen zunächst eine **Standard-DBT** Behandlung. Diese ist jedoch nicht Schwerpunkt des Traumazentrums.

Zielebenen der DBT-PTBS

Wenn dysfunktionales Verhalten auf o.g. drei Ebenen nicht oder nicht mehr im Vordergrund steht, orientiert sich die Behandlung an den unten aufgeführten vier DBT-PTBS 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 Beziehungsmustern,
- 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.

Darüberhinausgehende Ziele können sein:

Therapie typischer psychischer Begleit- und Folgeprobleme, wie:

- Depressionen,
- Schlafstörungen,
- Ängste,
- Zwänge,
- Abhängigkeitserkrankungen,
- Dissoziative Störungsbilder:
 - Identifizieren und Wahrnehmen von unterschiedlichen Persönlichkeitsanteilen und von Befindlichkeit, Bedürfnissen und Zielen dieser Anteile,

- Förderung des inneren Dialoges unter Einbeziehung auch aggressiver Persönlichkeitsanteile,
- Erarbeitung eines Gefühls von seelischer Einheit.

D. Therapieablauf

Für eine DBT-PTBS-Behandlung müssen u.a. folgende Eingangskriterien erfüllt werden:

- keine aktuelle schwere 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 schwere Selbstverletzung in den letzten 4 Wochen vor Aufnahme,
- keine hochakute Suizidalität oder andere hochakute stationäre Behandlungsbedürftigkeit in den letzten vier Wochen vor Aufnahme,
- eigenständige Therapiemotivation,
- Absprachefähigkeit,
- fester Wohnsitz.

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 (Wo 1-3)

In dieser Stufe erarbeiten wir ein individuelles Störungsmodell, die individuelle Behandlungshierarchie, basierend auf dem Schweregrad der jeweiligen Traumata und formulieren Ihre Therapieziele. Am Ende der Phase 1 stellen Sie ihre abgeleiteten Therapieziele zusammen mit Ihrem Therapeuten dem therapeutischen Team vor (Teamvorstellung). Sie nehmen an der Patientenbezugsgruppe, an der Traumaedukations- und Traumaskillsgruppe teil, in denen Sie ein Störungsverständnis sowie eine individuelle Skillskette zum Einsatz in hochbelastenden Situationen und Skills im Umgang mit Traumafolgesymptomatik erarbeiten.

Stufe II: Traumatherapie (ab Wo 4):

In dieser Stufe arbeiten Sie in der Einzeltherapie und in den verschiedenen Therapiegruppen an Ihren Zielen. Der Schwerpunkt liegt auf der Bearbeitung dysfunktionaler Gedanken und der Durchführung formaler Traumaexposition. In dieser Phase werden zusätzlich Strategien zur Verbesserung der Lebensqualität und des

Selbstwertes, der Selbstakzeptanz sowie des Umgangs mit dem eigenen Körper fokussiert. Neben der Werktherapie und verschiedenen körpertherapeutischen Angeboten nehmen Sie jetzt zusätzlich an der Kunsttherapie PTBS teil.

Stufe III: Therapiereflektion und Entlassvorbereitung (ab Wo 9):

In dieser Stufe arbeiten Sie in der Einzeltherapie und in den verschiedenen Therapiegruppen weiter an Ihren Zielen. In einem Reflexionsgespräch (Stufe III Gespräch) überprüfen Sie mit ihrem Einzeltherapeuten und Ihrer Bezugspflege den bisherigen Therapieverlauf. Von einem positiven Verlauf ist abhängig ob Ihnen ggf. eine Verlängerung der Behandlung gewährt wird, wenn dies sinnvoll erscheint. Wird dagegen eine Verschlechterung festgestellt wird ein früherer Entlasstermin vereinbart, da es aus lerntheoretischen Gründen nicht sinnvoll ist, eine für sie nicht hilfreiche Therapie fortzusetzen. Zusätzlich besprechen Sie was Sie ggf. für die Zeit nach der stationären Behandlung vorbereiten müssen, wie die ambulante Anschlussbehandlung und ggf. Psychotherapie und die Erarbeitung eines Krisenplans zur Rückfallprophylaxe.

Behandlungsdauer

Die Dauer der Behandlung richtet sich nach Art und Schwere der Symptomatik und der Zustimmung des Kostenträgers. Die Behandlungszeit, welche Stufe 1-3 umfasst, beträgt insgesamt 12 Wochen. Diese 12 Wochen können auch fraktioniert in Intervallen durchlaufen werden. Günstig ist in diesen Fällen ein Wechsel von ambulantem und stationärem Behandlungsangebot. Danach gibt es die Möglichkeit, nach Schwere der Erkrankung und gezielter Absprache, zu weiteren Behandlungsintervallen von 8 Wochen zu kommen. Die endgültige Dauer des ersten Behandlungszyklus und weitere Behandlungsintervalle machen wir von einer Verbesserung der Symptomatik abhängig. Bei einer Verschlechterung kann die Therapie auch vorzeitig beendet werden, da es nicht sinnvoll ist eine Therapie, die Ihnen nicht weiterhilft, fortzuführen. In Fällen, in denen die traumazentrierte Behandlung abgebrochen werden musste, kann eine Wiederaufnahme frühestens nach drei Monaten Therapiepause erfolgen.

Allgemeine Therapiebausteine der DBT- PTBS-Behandlung

1. Eine dialektische Haltung

Die Sichtweise der DBT ist die, dass es keine starre Position, kein nur richtig oder nur falsch, kein recht oder unrecht, kein entweder- oder, kein schwarz oder weiß gibt. In der DBT wird jedes Handeln, Denken und Fühlen, als in sich verstehbar und damit grundsätzlich stimmig angesehen. Dialektik heißt also, einerseits eine Situation vor dem Hintergrund der individuellen Gedanken und Gefühle zu verstehen und die aktuelle Sichtweise anzunehmen (Validierung), andererseits auf eine Veränderung hinzuarbeiten, wenn diese Sichtweise schadet. Gelernt werden soll, die Existenz

einer Situation oder eines Verhaltens festzustellen, anzunehmen, ohne dieses gut zu heißen oder negativ zu bewerten (Radikale Akzeptanz), außerdem die Übernahme von Verantwortung zur Veränderung. Dabei geht es um eine Balance zwischen der Betonung von Fertigkeiten und Betonung von Grenzen und Defiziten.

2. Verhaltenstherapeutisches Vorgehen (Behavioral)

Die Veränderung von Verhaltensweisen (auch gedankliches Verhalten wie automatische Gedankenketten) ist Ziel der Therapie. Wichtige Methode zum Verständnis sowie zur Veränderung von Verhalten ist u.a. die Arbeit mit Verhaltensanalysen (s.u.). In Ihnen geht es darum, aktuelle Schwierigkeiten und problematisches Verhalten gemeinsam zu analysieren, dadurch besser zu verstehen und alternative Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten.

E. Spezielle Grundbausteine der PTBS- Behandlung

1. Achtsamkeit

Ein wesentliches Element unserer Behandlung ist die Vermittlung von Achtsamkeit. Eine achtsame Haltung ist uns wichtig, da Patienten oft viel Zeit mit sorgenvollen, negativen, und katastrophisierenden Gedanken zubringen. Diese Gedanken sind meist mit ständigen negativen (Selbst-)Bewertungen verbunden und gehen mit negativen Gefühlen oder undefinierbaren „Spannungen“ einher, die in Selbstverletzungen oder andere dysfunktionale Verhaltensweisen münden.

Achtsamkeit entstammt der buddhistischen Meditationspraxis und ist eine allgemeine menschliche Fähigkeit und nicht an eine bestimmte Schule oder Technik gebunden. Es geht in der Achtsamkeit um eine gerichtete Aufmerksamkeitslenkung auf den gegenwärtigen Moment und das Annehmen der damit verbundenen gegenwärtigen Sensationen, Gedanken oder Emotionen ohne diese zu werten. Achtsamkeit ist die Bereitschaft, jede aufkommende Regung, jeden Gedanken und jedes aufkommende Gefühl zuzulassen (Akzeptanz) und jeden Gedanken und jedes Gefühl wieder loszulassen. „Ich bin nicht mein Gefühl, sondern habe ein Gefühl“. Das Annehmen der gegenwärtigen Situation so wie sie ist, ohne sie sofort verändern zu müssen, schafft Distanz zum momentanen Erleben und macht dadurch das Erleben für eine genaue Analyse und Veränderung zugänglich.

Achtsamkeitsübungen begegnen Ihnen in den verschiedenen Therapiegruppen und werden darüber hinaus in der Achtsamkeitsgruppe vertieft.

2. Traumaedukationsgruppe

Ziel der Psychoedukationsgruppe ist die Vermittlung von Wissen

- darüber, was ein Trauma ist,
- welche Folgesymptome damit einhergehen können,

- über die Entstehung und Aufrechterhaltung einer PTBS,
- über das Traumagedächtnis und Lernmechanismen,
- über das Behandlungsrational,
- über ein individuelles Störungsmodell,
- über Auslöser, Intrusionen und Alpträume, traumabezogene Gedanken und typische Meidungs- und Fluchtstrategien,
- über Strategien im Umgang mit Traumafolgesymptomatik.

3. Trauma-Skillstraining

Das Traumaskillstraining dient der Vermittlung von Fertigkeiten in fünf wesentlichen Problembereichen, die mit der Traumafolgesymptomatik in Zusammenhang stehen. Es orientiert sich an dem Skillstraining der Standard-DBT mit den Modulen I-V und wird ergänzt durch traumaspezifische Bewältigungsstrategien. Im Unterschied zur Standard-DBT liegt der Schwerpunkt weniger auf der Vermittlung von Ablenkungsstrategien, sondern auf der Vermittlung von bewusster Distanzierung einerseits und Konfrontation mit traumabezogenen Erinnerungen andererseits.

Modul I: Achtsamkeit:

- Sich selbst und den Augenblick wertfrei annehmen.
- Traumabezogene Gefühle annehmen ohne diese und die dazugehörigen Gedanken bekämpfen zu müssen.

Modul II: Stresstoleranz:

- Skills zur Toleranz von Belastungen.
- Erarbeiten eines Notfallkoffers.
- Antidissoziative Skills.

Modul III: Umgang mit Gefühlen:

- Gefühle wahrnehmen und sinnvoll steuern.
- Vermittlung von Informationen zu Gefühlen.
- Umgang mit häufigen traumabezogenen Gefühlen wie Schuld, Scham, Ekel, Wut und Selbsthass.

Modul IV: Zwischenmenschliche Fertigkeiten:

- Stabile, Beziehungen aufbauen.

Modul V: Selbstwert:

- Das Selbstwertgefühl verbessern.
- Annehmen der eigenen Vergangenheit und des so seins (Radikale Akzeptanz).
- Fertigkeiten zur Selbstfürsorge und Selbstbeelterung (Innere-Kind-Skills)
-

4. Kognitive (Gedankenbezogene) traumatherapeutische Interventionen

Kognitiv-traumatherapeutische Interventionen haben zum Ziel, dysfunktionale Gedanken zum Trauma, zum eigenen Verhalten und zum Selbstwert zu verändern. Techniken wie bspw. die Überprüfung der Realität mittels Verhaltensexperimenten, oder die Erarbeitung eines Schuldkreises kommen zu Einsatz.

5. Traumakonfrontation

Vor dem Beginn der Traumakonfrontation wird Ihr Indextrauma (Trauma, das die stärksten Intrusionen und den stärksten Impuls zur Vermeidung auslöst) gemeinsam mit Ihnen erarbeitet. Während der Traumakonfrontation werden traumabezogene Gedanken, Erinnerungsbilder, Gefühle und Körperreaktionen durch imaginatives Nacherleben mittels Bildschirmtechnik, kognitiver Traumatherapie, Prolongierte Exposition, EMDR oder Narrative Expositionstherapie (NET) aktiviert. In begründeten Einzelfällen werden auch andere Methoden zur Traumaaufarbeitung angewandt wie z.B. das Schreiben und Lesen eines Traumaberichts, imaginatives Umschreiben (Imagery rescripting nach Smucker) und Expositionen in vivo. Zum Einsatz kommende Traumakonfrontationsmethoden werden im Folgenden näher beschrieben.

5.1. EMDR (eye movement desensitization and reprocessing)

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. Die Grundvorgehensweise besteht darin, dass der Patient in der Sicherheit einer haltgebenden therapeutischen Beziehung eine Konfrontation mit seinen traumatischen Erinnerungen erlebt. Ziel der Traumabearbeitung ist die Integration von kognitiven, emotionalen und körperlichen Reaktionen auf das Trauma, indem die Erinnerungen wiederbelebt, wahrgenommen und verarbeitet werden. Die in der traumatischen Situation unterbrochene Verbindung zwischen Wahrnehmungen, Gedanken, Emotionen und Körperreaktionen wird wieder hergestellt und die durch das Trauma induzierte Dissoziation wieder aufgehoben. Danach erfolgt eine Bearbeitung von dysfunktionalen Kognitionen, wie z.B. von Schuldgefühlen, die auf unrealistischen Einschätzungen der traumatischen Situation beruhen. Abweichend von der klassischen verhaltenstherapeutischen Traumaexposition werden im EMDR die Traumaexpositionsphasen nur relativ kurz durchgeführt und durch bilaterale Stimulierung in Form von Augenbewegungen (der Hand des Therapeuten mit den Augen folgen) oder durch alternierende Berührungsreize auf die linke und rechte Hand (sog. Tapping) oder durch alternierend dargebotene Töne ausgelöst.

5.2. 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 sowie zu einer hohen emotionalen 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. Die Kognitive Traumatherapie nach Ehlers und Clark enthält daher u.a. Behandlungsbausteine wie:

- Kognitive Interventionen zu verzerrten Bewertungen und Einstellungen. Überprüfen katastrophisierender Befürchtungen. Veränderung der dysfunktionalen Bewertungen und Interpretationen zum Trauma und seiner Folgen.
- Nachholen einer gesunden Verarbeitung durch imaginatives Nacherleben in der Vorstellung und nachfolgend evtl. auch Konfrontation in der Realität.
- Unterscheiden lernen zwischen damals und heute.
- Traumaerinnerungen mit hilfreichen Gedanken verknüpfen.
- Sich das Leben zurückerobern. Durch Aufgeben der typischen aufrechterhaltenden dysfunktionalen Verhaltensweisen wie Grübeln oder Gedankenbekämpfen. Generalisierung des Erlernten.

5.3. Prolongierte Exposition nach Foa.

Alternativ zu EMDR oder kognitiver Traumatherapie nach Ehlers und Clark setzen wir in geeigneten Fällen auch die prolongierte Exposition nach Edna Foa als traumatherapeutisches Expositionsverfahren ein. Dieses Verfahren umfasst u.a.:

- Die Vermittlung von Entspannungstechniken (PMR/Atemtechnik.)
- Eine prolongierte (45 min) imaginative Exposition des Traumas in der Erinnerung (in sensu). Ihr Therapeut hilft Ihnen dabei so lange in der Vorstellung zu bleiben, bis Ihre Belastung sinkt.
- Zusätzlich müssen Sie bis zu nächster Sitzung einmal täglich eine Tonbandaufnahme der Exposition anhören.
- Unter Umständen erfolgt auch eine Exposition unter realen Bedingungen (in vivo).

5.4. Narrative Expositionstherapie (NET) nach Schauer und Neuner.

NET wurde besonders an Traumapatienten in Krisengebieten erprobt, für die nur kurze Behandlungszeit zur Verfügung stand. Inzwischen gibt es gute Evidenz für die Effektivität von NET bei verschiedenen Traumaformen und nach multipler, sequenzieller und kumulativer Traumatisierung. Grundlage der NET ist die Annahme, dass Stichpunktartige „Arbeit“ an einzelnen traumatischen Szenen oder Stabilisierungs- und Distanzierungstechniken allein einem traumatisierten Menschen,

dessen personale Identität gebrochen oder der schon in der Entwicklung gestört wurde, nicht gerecht werden. Durch die spezifische Gedächtnisproblematik Traumatisierter, kommt es nach Schauer et al. (2011) zum Fehlen der Verortung der traumatischen Szene in die Lebensgeschichte; sogenannte "kalte" (logisch strukturierte) und "heiße" (emotionale, verwirrende) Gedächtnisinhalte bleiben unverbunden.

Ablauf der Therapie: Um eine raumzeitliche Einbindung der traumatischen Erlebnisse zu erreichen, wird symbolisch mit einem Seil eine Lebenslinie gelegt, auf die dann traumatische Erlebnisse mit einem Stein, Verluste mit einer Kerze und Ressourcen mit einem positiven Symbol, z.B. einer Blume sichtbar gemacht werden. Auf diese Weise wird einerseits das Trauma in den Lebenskontext gesetzt und kann so besser verarbeitet und integriert werden. Bei der Narrativen Expositionstherapie (NET) geht der Patient zusammen mit dem Therapeuten aus der Position der Gegenwart die ressourcenvolle und die traumatische Lebensgeschichte in chronologischer Reihenfolge durch, wobei der Fokus auf den negativen und traumatischen Ereignissen liegt. Gleichzeitig wieder erinnerte positive Erlebnisse werden als Ressourcen eingebunden. Durch das intensive Wiedererfahren aktualisiert sich die Vergangenheit auf allen Ebenen (Gedanken, Gefühle, Bedeutungen, Empfindungen, Körperhaltung usw.). Möglichst alle Elemente des Traumanetzwerkes werden durch das Sprechen 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 empathische Verbalisierung eine detaillierte und konsistente, schriftliche Narration der Lebensereignisse erarbeitet. Hierdurch gelingt in der Regel eine Zusammenschau des eigenen Lebens mit dem Erkennen von Lebensmustern und Zusammenhängen, sowie die Würdigung der Person und der Biographie des Überlebenden.

6. Zusatzbausteine

- Albtraumbehandlung
- Pharmakotherapie
- Körpertherapie
- Soziales Kompetenztraining
- Kunsttherapie
- Werktherapie
- Progressive Muskelrelaxation
- Imagination
- Lichttherapie
- Wachtherapie

F. Wie erfolgt die Aufnahme in das PTBS Behandlungskonzept?

Die Zuweisung erfolgt durch den Truppen- oder Polizeiarzt, den niedergelassenen Nervenarzt, Hausarzt oder Psychotherapeuten über das Aufnahmemanagement unserer Station unter der Telefonnummer 0781/473-7510 oder das Aufnahmesekretariat unserer Klinik, unter der Telefonnummer 0781/473-235.

Vor Aufnahme zur Traumatherapie kann nach Absprache auch ein ambulantes Vorgespräch in der Klinik erfolgen. Dies soll einem ersten Kennenlernen, der ersten Diagnostik und Motivationsklärung sowie dem Treffen grundsätzlicher Absprachen dienen.

Zur Vordiagnostik und Erleichterung der Behandlungsplanung bitten wir Sie bereits vor Aufnahme einen Verhaltenstherapeutischen Fragebogen zur grundsätzlichen Therapieplanung auszufüllen und an uns zurückzuschicken oder spätestens zu Behandlungsbeginn ausgefüllt mitzubringen.

G. Überblick: Therapeutisches Programm

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

Individuelle Interventionen

2 x wöchentlich Einzeltherapie mit dem Therapeuten. Zur Durchführung der Traumakonfrontation ist ein Termin als Doppelstunde konzipiert.

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

Gruppeninterventionen

1 x wöchentlich Traumaskillsgruppe

1 x wöchentlich Traumainfogruppe

1 x wöchentlich Patienten-Bezugsgruppe PTBS

1 x wöchentlich Kunsttherapie-PTBS

6 x wöchentlich Gruppe Evaluation und Tagesstrukturierung

1 x wöchentlich Multiprofessionelle Teambesprechung

2 x wöchentlich Fernöstliche Körperwahrnehmung

1 x wöchentlich soziales Kompetenztraining

1 x wöchentlich Bewegungsgruppe

2 x wöchentlich Werktherapie

1 x wöchentlich 5 Sinne Gruppe

1 x wöchentlich Stationsversammlung

2 x wöchentlich Entspannungsgruppe (PMR)

2 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 sowie Krankengymnastik möglich.

H. Allgemeine Therapievereinbarungen und Regeln

Das Therapiekonzept und das dazugehörige therapeutische Programm basiert außerdem auf grundsätzlichen Therapievereinbarungen und Regeln. Dazu gehören das regelmäßige Ausfüllen von Fragebögen, Arbeitsblättern und Wochenbögen. Bei gravierenden Verstößen gegen die Behandlungsvereinbarungen und Stationsregeln kann die stationäre Therapie um min. 48 Stunden (ggf. länger) für ein Time Out unterbrochen werden.

Grundvereinbarung zu Verhaltensanalysen (VA)

- Verhaltensanalysen dienen dem Verständnis problematischen Verhaltens wie suizidales Verhalten, Selbstverletzungen, therapieschädigendes Verhalten (z.B. Nichtteilnahme an Therapien) oder anderem Problemverhalten (z.B. Vermeidung, Dissoziation) und der Erarbeitung sinnvoller Handlungsalternativen. Da ohne dieses Verständnis die Fortführung der Therapie nicht sinnvoll ist, ist die Bereitschaft zum Schreiben von Verhaltensanalysen Grundvoraussetzung für die Behandlung. Ihr Einzeltherapeut wird mit Ihnen individuell festlegen, welches Problemverhalten bei Ihnen im Vordergrund steht und besondere Beachtung findet.
- Verhaltensanalysen müssen in Ruhe während einer 2-stündigen „Auszeit“ auf dem Zimmer geschrieben werden. Das bedeutet, dass alle anderen Therapien solange pausieren bis die Verhaltensanalyse fertig geschrieben und in der Patientenbezugsgruppe, welche aus drei Mitpatienten besteht, besprochen ist.
- Falls erforderlich können Sie sich hierzu eine kurze Unterstützung bei den Co-Therapeuten (Pflegeteam) holen.
- Nach der Bezugsgruppenbesprechung ziehen Sie einen Co-Therapeuten (Pflegeteam) hinzu. Diesem erklären dann die Mitpatienten der Bezugsgruppe Ihre Verhaltensanalyse.
- Selbstreflexive VAs sind von dieser Time-out und Bezugsgruppen-Regelung nicht betroffen.

Therapievertrag

Grundlagen für die stationäre Behandlung ist der gemeinsam besprochene und vereinbarte Therapievertrag, mit dem Sie sich verpflichten:

1. während der gesamten Therapie keinen Suizidversuch zu unternehmen,
2. an der Reduzierung von suizidalen bzw. parasuizidalen Gedanken und Verhaltensweisen zu arbeiten,

3. an der Reduzierung von Verhaltensmustern zu arbeiten, die die Therapie behindern bzw. unmöglich machen,
4. an der Reduzierung von Verhaltensmustern zu arbeiten, die zur stationären Aufnahme geführt haben,
5. an der Reduzierung von Verhaltensmustern zu arbeiten, die ihre Lebensqualität beeinträchtigen,
6. an der Reduzierung von Therapiefortschritt behinderndem Verhalten zu arbeiten,
7. an schweren psychosozialen Problemen zu arbeiten,
8. an PTBS aufrechterhaltendem Verhalten zu arbeiten,
9. an eingeschränkter Lebensqualität, geringem Selbstwert sowie Schwierigkeiten im Umgang mit dem Körper und Sexualität zu arbeiten.

Dabei ist Ihre Motivation an diesem Konzept aktiv mitzuarbeiten entscheidend für den Verlauf der Behandlung.

Die Mitglieder des therapeutischen Teams stimmen dem Folgenden zu:

1. Wir unternehmen jede sinnvolle Anstrengung, um eine kompetente und effektive Psychotherapie durchzuführen.
2. Wir halten die festgesetzten ethischen und beruflichen Richtlinien ein.
3. Wir wahren die Integrität der Rechte der Teilnehmer und wir bewahren die Schweigepflicht.
4. Wir gehen mit unseren persönlichen Grenzen offen um. Wir holen uns Rat und Unterstützung, wann immer es notwendig ist.

Therapiepausen (Time out)

Bei schweren Verstößen gegen die Behandlungsvereinbarungen oder unten genannten Therapieregeln wird eine Therapiepause (Time-out) notwendig, die zu einer vorübergehenden Entlassung führen kann. Dieses dient der Klärung der Motivation zur Mitarbeit, der Analyse der Problematik und der Lösungsfindung. Die Therapiepause beträgt in der Regel 48 Stunden und wird von der Gesamtzeit der Behandlung abgezogen. In besonderen Fällen kann aber auch eine längere Pause von bis zu mehreren Monaten vereinbart werden, wenn z.B. aktuell keine Aussicht auf eine erfolgreiche Traumabehandlung besteht. Mit diesen Therapiepausen geben wir Ihnen die Möglichkeit zu überdenken, in wie weit ihrerseits noch Zustimmung zum geschlossenen Therapievertrag besteht. Während des Time-outs müssen Sie mit Hilfe einer VA zum Time-out auslösenden Problemverhalten Lösungsvorschläge erarbeiten und schriftlich mögliche Wege aufzeigen, um die Therapie im gegenseitigen Einvernehmen sinnvoll weiterführen zu können. Das Ergebnis dieser Ausarbeitung müssen Sie nach Beendigung der Therapiepause dem Team vorstellen, das danach über die Fortführung der PTBS Behandlung und ggf. über notwendige Zusatzvereinbarungen entscheiden wird.

I. Grundregeln der Station

Bevor Sie Ihre hoffentlich für Sie erfolgreiche Therapie bei uns beginnen, möchten wir Sie daher mit einigen Grundregeln unserer Station vertraut machen. Diese sollen dazu dienen, die Zusammenarbeit und die Atmosphäre auf der Station für uns alle angenehm, produktiv und akzeptabel zu gestalten. Bitte verstehen Sie diese Regeln als Grundlage für eine hoffentlich erfolgreiche Therapie Ihrer Erkrankung. Haben Sie auch Verständnis dafür, dass wir bei Nichteinhaltung dieser Regeln für Sie transparent nach den jeweiligen im Folgenden festgelegten Regeln reagieren werden. Wir bitten Sie, diese aufmerksam zu lesen und Fragen hierzu im Einzelgespräch anzusprechen. Verstöße gegen diese Regeln machen in der Regel eine Verhaltensanalyse (siehe oben) notwendig, können in schweren Fällen aber auch zur sofortigen Beendigung der Therapie führen. Bitte berücksichtigen Sie auch, dass manche dieser Regeln Sie nicht unmittelbar betreffen können. Sollten Sie Fragen zu oder Schwierigkeiten mit der Einhaltung dieser Regeln haben, dann können Sie Hilfe der Therapeuten und Co-Therapeuten (Pflegeteam) in Anspruch nehmen.

1. Gewaltfreiheit

Die Station ist in jeder Hinsicht gewaltfrei. Jede Form von Gewaltausübung und Gewaltandrohung gegenüber Mitpatient:Innen oder dem Personal hat eine sofortige Beendigung der Therapie zur Folge. Gewalt schließt für uns zudem auch Schreien/Türenknallen mit ein. Sollte dieses therapiestörende Verhalten auftreten, erfolgt ein 2-stündige Therapiepause und eine Vorstellung der VA in der Bezugsgruppe.

2. Keine Diskriminierung

Die Benachteiligung oder Herabwürdigung von Gruppen oder einzelnen Personen nach Maßgabe bestimmter Wertvorstellungen hat keinen Platz auf unserer Station. Sollten Diskriminierungen zum Beispiel bzgl. der Herkunft (Fremdenfeindlichkeit, Rassismus), des Geschlecht (Sexismus, Transphobie), der Religion (Judenfeindlichkeit, Islamophobie), der sexuellen Orientierung (Homophobie), der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten sowie bzgl. des körperliches Erscheinungsbild einer Person unter den Mitpatienten oder gegenüber dem Personal stattfinden, erfolgt daher unmittelbar ein Gespräch mit dem DBT-Team. In diesem Gespräch wird entschieden, ob und unter welchen Umständen die Therapie fortgeführt werden kann und welche Konsequenzen erfolgen.

3. Verzicht auf Alkohol und Drogen

Die Teilnahme an einer DBT-PTBS-Therapie erfordert einen klaren Kopf, nüchternen Verstand und den Zugang zu den eigenen Gefühlen. Aus diesem Grund müssen Sie während der gesamten Therapie auf Alkohol, Drogen und weitere betäubende Mittel (es sei denn, ärztlich verschrieben) verzichten. Wir behalten es uns vor, einen

unangekündigten Drogen-/Alkoholtest durchzuführen. Bei Nichtabgabe eines Drogenurins innerhalb von 8 Stunden muss dies als Drogeneinnahme gewertet werden. Gleiches gilt für die Verweigerung eines Alkoholtestes durch Atemluftkontrolle oder Blutentnahme. Findet ein Drogen- oder Alkoholkonsum/ eine Einnahme anderer betäubender Mittel, die ärztlich nicht verordnet waren, auf Station oder dem Klinikgelände statt, erfolgt ein Time-out für min. 48 Stunden, wobei Ihnen diese 2 Tage von der Gesamtdauer Ihrer Therapiezeit abgezogen werden. Während des Time-Outs verpflichten Sie sich dazu, eine Lang/Kurz-VA zu schreiben und diese nach Rückkehr im DBT-Team vorzustellen und Lösungen aufzuzeigen. Im Wiederholungsfall erfolgt die Beendigung der PTBS-Behandlung.

4. Nichtteilnehmen an den Therapien

Um mit Ihnen an Ihren Problemen arbeiten zu können, ist es eine wichtige Voraussetzung, dass Sie an den Therapien der DBT-PTBS Therapien teilnehmen. Wir sind davon überzeugt, dass jeder einzelne Therapiebaustein unseres Behandlungsplans Sie darin unterstützen kann Ihre Traumafolgestörungen zu bewältigen. Das Nichtteilnehmen an Therapien (Therapien = Termine auf Ihrem Therapieplan) ohne Absprache mit dem DBT-Team ist daher ein therapiestörendes Verhalten. Bei einem dreimaligen Versäumen der Therapien **ohne Absprache** mit dem Bezugstherapeuten, wird dieses Verhalten als Problemverhalten definiert. Beim 4. Versäumen einer Therapie ohne Absprache, hat dies das Schreiben einer Lang/Kurz-VA und Vorstellung in der Bezugsgruppe als Konsequenz (mit 2h Time-Out).

5. Einhaltung der Schweigepflicht

Um die notwendige Offenheit in der Gruppe zu garantieren, müssen Sie sich als Teilnehmer dazu verpflichten, alle in der Stunde besprochenen Inhalte vertraulich zu behandeln. Darüber hinaus verpflichten Sie sich mit Unterschreiben des Behandlungsvertrags dazu, keinerlei Informationen, die Sie über Mitpatienten erhalten, an Dritte weiterzugeben. Jeder Verstoß gegen die Schweigepflicht hat eine sofortige Beendigung der Therapie zur Folge.

6. Verstöße gegen spez. Vereinbarungen

Der Umgang mit spezifischem dysfunktionalem Problemverhalten ist zentrales Element der DBT. Wenn wir solches Verhalten (z.B. Vermeidung von Triggern, Dissoziation) gemeinsam mit Ihnen identifiziert haben, wird es auf der Diary Card eingetragen, um dieses Verhalten täglich im Blick zu haben. Für die Teamvorstellung, welche den Eintritt in die Stufe II markiert, legen Sie mit Ihrer Bezugstherapeutin auf dem Arbeitsblatt Protokoll spezifisches Problemverhalten zudem fest, welche Konsequenzen es hat, wenn das Problemverhalten erneut auftreten sollte (z.B. Schreiben von Verhaltensanalysen/ Gefühlsprotokollen und

Vorstellung in der Bezugsgruppe). Mit dem Unterzeichnen des Therapievertrags verpflichten Sie sich, an Ihrem Problemverhalten mittels der individuell vereinbarten Konsequenzen zu arbeiten.

7. Umgang mit Selbstverletzung

Nach einer Selbstverletzung sind Sie verpflichtet sich umgehend beim therapeutischen Team zu melden. Anschließend werden Ihre Wunden im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit versorgt. Nach der Wundversorgung erfolgt eine Therapiepause von zwei Stunden, während der Sie allein in Ihrem Zimmer sind und eine Verhaltensanalyse zu Ihrer selbstverletzenden Handlung erarbeiten, welche Sie im Anschluss in der Bezugsgruppe besprechen. Von der Vorstellung in der Bezugsgruppe ausgenommen sind Verhaltensanalysen mit suizidalen Inhalten. Selbstverletzungen, die durch Ihre Schwere eine Bedrohung für Sie selbst und ihr Leben darstellen, haben eine Beendigung der DBT-Behandlung zur Folge haben. Eine Wiederaufnahme der DBT-PTBS Behandlung kann frühestens nach 3 Monaten erfolgen.

8. Umgang mit Vermeidung und/oder Dissoziationen

Viele Menschen mit einer PTBS versuchen ihre Symptome in den Griff zu bekommen, in dem sie alles vermeiden, was an das traumatische Erlebnis erinnern könnte (z.B. Orte, Personen, Gespräche, bestimmte Kleidungsstücke, Fernsehsendungen). Auch Dissoziationen werden als Vermeidungsverhalten angesehen. Vermeidungsverhalten bzw. Dissoziationen sind einerseits ein Schutzmechanismus, andererseits im Alltag nicht mehr angemessene Verhaltensweisen, welche häufig neue, konstruktive Erfahrungen verhindern und langfristig die Bewältigung des Traumas verhindern. Das Ziel der DBT-PTBS Therapie ist es, dass Sie mit Unterstützung Ihres Therapeuten lernen, nicht mehr vor dem Gefühl der Gefahr und den Erinnerungen an das traumatische Erlebnis „wegzulaufen“, sondern an ihnen zu arbeiten, um so das Wiedererleben und die körperliche Erregung langfristig in den Griff zu bekommen. Sie müssen sich deshalb bereit erklären, daran zu arbeiten Vermeidungsverhalten und/oder Dissoziationen zu erkennen, zu managen und aufzugeben.

9. Gespräche außerhalb der Therapien

Gespräche über Selbstverletzungen, Suizidgedanken und Details zu traumatischen Erfahrungen (Missbrauchserfahrungen, Gewalterfahrungen, Unfälle, etc.) können bei Mitpatienten Unsicherheit und Überforderung auslösen. Daher müssen Sie sich dazu verpflichten, Gespräche über diese Themen nicht außerhalb der Therapien zu führen. Um Scham und Stigmatisierung abzubauen, sehen wir zwar einen Austausch über das Erlebte als einen wichtigen Bestandteil einer Traumatherapie an. Allerdings sollten hier aufgrund der oben genannten Gründe nur Überschriften (z.B.: „Ich wurde

vergewaltigt“; „Ich hatte einen Unfall.“) - und keine Details (!) - unter den Patienten besprochen werden. Bei wiederholter Verletzung dieser Regel erfolgt daher unmittelbar ein Gespräch mit dem DBT-Team. In diesem Gespräch wird entschieden, ob und unter welchen Umständen die Therapie fortgeführt werden kann und welche Konsequenzen erfolgen.

10. Umgang mit suizidalen Situationen

Suizidalität nehmen wir sehr ernst, weshalb sie grundsätzlich Ziel von Verhaltensanalysen ist. Wenn sie sich mit Suizidgedanken beschäftigen, müssen Sie das therapeutische Team informieren. Suizidhandlungen und Suizidphantasien stellen keine annehmbare Lösung Ihrer Lebensschwierigkeiten dar. Sie müssen sich deswegen dazu verpflichten, während der Behandlung und einen gemeinsam vereinbarten Zeitraum über die stationäre Behandlung hinaus keinen Suizidversuch zu unternehmen. Wir werden dazu einen gesonderten Non-Suizidvertrag mit Ihnen vereinbaren. Da eine akute Suizidgefährdung nicht mit den Zielen und vor allem den therapeutischen Belastungen der Traumatherapie vereinbar ist, wird bei einem Suizidversuch die Therapie auf unserer Station für mindestens 3 Monate pausiert. Sollte ein Mitpatient Ihnen von konkreten Suizidplänen berichten, müssen Sie dies in jedem Fall an das therapeutische Team weitergeben.

11. Partnerschaft unter den Teilnehmern der PTBS-Gruppe

Die PTBS-Behandlung ist eine individuelle Behandlung innerhalb einer Gruppe. Enge Beziehungen sexueller Art führen zur Bildung einer Untergruppe in der Gruppe und stören damit das Zusammengehörigkeitsgefühl der gesamten PTBS-Gruppe. Aus diesem Grund können Paare an der Behandlung nicht gemeinsam teilnehmen. Finden während der Behandlung Paarbildungen statt, wäre die Entlassung und spätere Wiederaufnahme von einem der beiden Patienten erforderlich.

12. Videoaufnahmen in Gruppentherapien und ggf. Einzeltherapien

Während der Behandlung können mehrfach Videoaufnahmen in den Gruppen (und ggf. in den Einzeltherapien) durchgeführt werden, die entweder der Fortbildung des therapeutischen Teams oder der Rückmeldung von Rollenspielen im sozialen Kompetenztraining dienen. Wenn Sie einer Behandlung bei uns zustimmen, erklären Sie sich auch hiermit einverstanden.

13. Einhalten der Ausgangsregelung und der Nachtruhe

Die Durchführung einer Traumatherapie erfordert Kraft. Daher ist uns das Einhalten der Nachtruhe wichtig, um eine Erholung zu ermöglichen. Auch sollten Sie sich nach 22.30 Uhr nicht mehr auf den Zimmern von Mitpatienten aufhalten. Ein Verlassen der Station ist nach 22.30 Uhr nur nach Absprache mit dem Bezugstherapeuten erlaubt. Sollten Sie die Station nach 22.30Uhr verlassen, muss dies dem Nachtdienst bei

Ausgang und Rückkehr persönlich gemeldet werden. Sie müssen während nächtlicher Ausgänge telefonisch erreichbar sein. Sollten Sie wiederholt (zum zweiten Mal) die Ausgangsregeln verletzen, zieht dies ein Time-out für min. 48 Stunden nach sich, während dessen sie sich dazu verpflichten eine Lang/Kurz-VA zu schreiben und diese nach Rückkehr im DBT-Team vorzustellen und Lösungen aufzuzeigen.

14. Non-Compliance bzgl. verordneter Medikamenteneinnahme

Sollten Sie gemeinsam mit dem therapeutischen Team eine Medikamenteneinnahme vereinbart haben oder bereits bei Aufnahme Medikation verordnet haben, ist eine regelmäßige Einnahme der Medikamente wichtig. Um dies sicherzustellen, sind Sie verpflichtet Ihre Medikation morgens bei uns abzuholen (wochentags zwischen 7.15Uhr und 8.30 Uhr, am Wochenende spätestens bis 10.00Uhr) und regelmäßig einzunehmen. Bei einem dreimaligen Versäumen wird dieses Verhalten als Problemverhalten definiert. Beim 4. Versäumen hat dies das Schreiben einer Lang/Kurz-VA und Vorstellung in der Bezugsgruppe als Konsequenz (mit 2h Time-Out).

15. Konflikte auf Station/ unter Mitpatienten

Während einer Traumatherapie ist es wichtig, sich voll und ganz auf die eigene Behandlung konzentrieren zu können. Sollte es zu Konflikten auf Station/ unter Mitpatienten kommen, sprechen Sie diese bitte offen mit den Betroffenen an. Wenn Sie sich mit unserem Behandlungsvertrag einverstanden erklären, erklären Sie sich gleichzeitig bereit, bei Konflikten, die Sie selbst nicht untereinander lösen können, an einem Gespräch mit Ihrem Therapeuten, dem betroffenen Mitpatienten und dessen Therapeut teilzunehmen, um gemeinsam nach einer Lösung zu suchen.

Wir hoffen Ihnen mit dieser umfassenden Informationsschrift ausreichende Transparenz und Klarheit über unser Behandlungsprogramm für Traumafolgestörungen hergestellt zu haben und freuen uns auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit Ihnen.

Das Team des Traumazentrums