

Patienteninformation zum Behandlungskonzept des MediClin Traumazentrum Durbach

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Ihnen im Nachfolgenden unser damit verbundenes Behandlungskonzept vorstellen.

| | |
|---|----|
| A. Das Behandlungskonzept | 2 |
| B. Was ist eine Posttraumatische Belastungsstörung?..... | 3 |
| C. Ziele der traumazentrierten Behandlung | 6 |
| D. Therapieablauf..... | 9 |
| E. Spezielle Grundbausteine der PTBS- Behandlung..... | 11 |
| F. Wie erfolgt die Aufnahme in das PTBS Behandlungskonzept? | 19 |
| G. Überblick: Therapeutisches Programm..... | 19 |
| H. Allgemeine Therapievereinbarungen und Regeln | 20 |

A. Das Behandlungskonzept

Wir bieten Ihnen ein spezielles Behandlungskonzept für Patienten 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 dialektischbehavioralen 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:

1. häufig mit extremen oder lebensbedrohlichen Ereignissen konfrontiert waren.
2. Misshandlungen und gewalttätigen Übergriffen ausgesetzt waren.
3. schwere Arbeits- oder Freizeitunfälle erlitten haben.
4. 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

Außerdem an Patienten, die begleitend zu den o.g. Traumafolgestörungen leiden unter :

- Schmerzstörungen
- Zwangsstörungen
- Substanzmissbrauch
- Schmerzstörungen

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?

Posttraumatische Belastungsstörungen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen. Die Wahrscheinlichkeit in seinem die Leben eine PTBS zu entwickeln beträgt in der BRD 13% (Maerker 2008). 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 einem 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 los gelöst seins von sich selbst oder der Welt
- Wiederholungen des traumatischen Geschehens, entweder als sich aufdrängende sog. 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 koronarer 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 folgt 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 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. 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 Traumaeexposition. 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 Ergotherapie 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. Der Therapieverlauf wird durch die PDS nach Foa überprüft. Von einem positiven Verlauf ist abhängig ob Ihnen ggf. eine Verlängerung der Behandlung von maximal 2 Wochen gewährt wird, wenn dies sinnvoll erscheint. Wird dagegen eine Verschlechterung im PDS 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 in Stufe 1-3 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 objektivierbaren Verbesserung der Symptomatik im PDS nach Foa 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 hinzuwirken, 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. 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

2.

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 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.

3. 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
- ein individuelles Störungsmodell
- Auslöser, Intrusionen und Alpträume, traumabezogene Gedanken und typische Meidungs- und Fluchtstrategien.
- Strategien im Umgang mit Traumafolgesymptomatik.

Die inhaltliche Struktur lehnt sich an das Psychoedukationsmanual von Knaevelsrud und Liedl (2010) sowie die das Lehrbuch zur Psychotraumatologie von Sachsse (2003) an.

4. 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)

5. Kognitive (Gedankenbezogene) traumatherapeutische Interventionen

- Veränderung dysfunktionaler Gedanken zum Trauma, zum eigenen Verhalten und zum Selbstwert
- Überprüfung der Realität
- Schuldkreis hinterfragen

6. Traumakonfrontation

- Erarbeitung des Indextraumas (Trauma, das die stärksten Intrusionen und den stärksten Impuls zur Vermeidung auslöst)
- Aktivierung traumabezogener Gedanken, Erinnerungsbilder, Gefühle und Körperreaktionen durch imaginatives Nacherleben mittels

Bildschirmtechnik, kognitiver Traumatherapie, Prolongierte Exposition, EMDR oder Narrative Expositionstherapie NET.

- In begründeten Einzelfällen werden auch andere Methoden zur Traumaaufarbeitung angewandt wie z.B.:
 - Das Schreiben oder Lesen des Traumas
 - Imaginatives Umschreiben (Imagery rescripting nach Smucker)
 - Expo in vivo

7. Zusatzbausteine

- Albtraumbehandlung
 - Alptraum Behandlung nach Krakow (Imagery Rehearsal Therapie nach Krakow)
 - Pharmakotherapie
- Körpertherapie
- Soziales Kompetenztraining
- Kunsttherapie
- Ergotherapie
- Progressive Muskelrelaxation
- Imagination
- Lichttherapie
- Wachtherapie

8. Als Expositionstechniken verwenden wir

EMDR

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 wiederhergestellt 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.

EMDR erfolgt in 8 Therapiephasen.

1. **Erhebung der Vorgeschichte, Diagnostik und Behandlungsplanung:** Erfassung von gegenwärtiger Symptomatik, Traumavorgeschichte, seelischer Stabilität, Psychotherapiefähigkeit, Behandlungsindikation und Integration von EMDR in den bestehenden Behandlungsplan.
2. **Vorbereitung und Stabilisierung** Aufklärung über den Behandlungsplan und die Methode. Stabilisierung durch so genannte Ressourcenaktivierung mit EMDR. Vermittlung von Entspannungs- oder imaginativen Stabilisierungstechniken, ggf. auch Medikamentöse Stabilisierung.
3. **Bewertung einer belastenden Erinnerung:** In dieser Phase wird eine bestimmte Erinnerung, die mit dem Beginn der Erkrankung verbunden ist mit ihren visuellen, affektiven und sensorischen Komponenten in EMDR-typischer Weise systematisch erfasst.
4. **Desensibilisierung und Durcharbeitung:** In dieser Phase wird mit dem repräsentativen Bild der Erinnerung, der sensorischen Komponente des Traumas und der erarbeiteten negativen Kognition gearbeitet. Gleichzeitig wird meist über Augenbewegungen eine bilaterale Stimulation induziert, die zum Teil nach Verstärkung der Emotionen (Abreaktionen) in der Regel eine emotionale Entlastung bewirkt.
5. **Verankerung:** Nachdem der emotionale Druck der Erinnerung ausreichend abgenommen hat, wird die in Phase 3 erarbeitete oder eine im Verarbeitungsprozess neu gefundene, bessere Kognition noch einmal in Erinnerung gerufen. Ebenso wie

negative traumatische Empfindungen durch bilaterale Stimulation abgeschwächt werden, wird diese positive Kognition durch bilaterale Stimulation verstärkt und scheint dadurch nachhaltiger aufgenommen zu werden.

6. **Körper-Test:** Hier werden eventuell noch verbleibende sensorische Erinnerungsfragmente („Körpererinnerungen“) des Traumas gesucht und wenn nötig bearbeitet.
7. **Abschluss:** In dieser Phase wird die häufig auch für den Patienten eindrückliche und meist zügige Bearbeitung nach besprochen. Noch verbliebene Elemente des Traumas werden u. a. durch Distanzierungstechniken wieder „verpackt“ und Verhaltensmaßnahmen für den Notfall besprochen.
8. **Nachbefragung:** Zu Beginn der nächsten Stunde findet zunächst eine Nachbefragung bezüglich der durchgeführten der Traumaexposition statt. Diese beinhaltet eine erneute Überprüfung der bearbeiteten Erinnerung hinsichtlich der Belastung und zeigt nicht selten, z. B. durch zwischenzeitlich erlebte intensive Träume, Ansätze für die nächsten zu bearbeitenden Erinnerungen. Nach den auslösenden Erinnerungen werden in der EMDR Behandlung auch gegenwärtige Auslöser der Symptomatik und mögliche zukünftige Auslöser (sog. Zukunftsprojektion) anvisiert und bearbeitet.

9. Kognitive Traumatherapie nach Ehlers und Clark

Grundlagen:

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.

Ablauf

1. Diagnostik und Problemanalyse.
2. Aufklärung über das Störungsbild und Vermittlung einer grundsätzlichen Behandlungstheorie.

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

10. 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.

Ablauf

1. Diagnostik und Problemanalyse
2. Psychoedukation und Vorbereitung der Exposition
3. Vermittlung von Entspannungstechniken (PMR/Atemtechnik)
4. 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.
5. Zusätzlich müssen Sie bis zu nächsten Sitzung einmal täglich eine Tonbandaufnahme der Exposition anhören.
6. Unter Umständen erfolgt auch eine Exposition unter realen Bedingungen (in vivo).
7. Abschluss der Therapie.
8. Kognitive Rückfallprophylaxe.

11. 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

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 u.s.w.). 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 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 Lebens-Mustern und Zusammenhängen, sowie die Würdigung der Person und der Biographie des Überlebenden.

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 bitten wir Sie bereits vor Aufnahme verschiedene Fragebögen sowie einen Verhaltenstherapeutischen Fragebogen zur grundsätzlichen Therapieplanung auszufüllen und an uns zurückzuschicken oder spätestens zu Behandlungsbeginn ausgefüllt mitzubringen. 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.

G. 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
- 2 x wöchentlich Körperwahrnehmung
- 1xwöchentlich soziales Kompetenztraining

- 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

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.

Grundvereinbarung zu Verhaltensanalysen (VA)

1. Verhaltensanalysen dienen dem Verständnis problematischen Verhaltens wie suizidales Verhalten, Selbstverletzungen, therapieschädigendes Verhalten oder anderem Problemverhalten 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.
2. Arbeitsblätter für eine Verhaltensanalyse finden Sie frei zugänglich vorrätig.
3. 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 besprochen ist. Falls erforderlich können Sie sich hierzu eine kurze Unterstützung (5 min) bei den Co-Therapeutin holen.
4. Die erste Analyse schreiben sie von Punkt 1-4 und besprechen diese direkt mit ihrem Einzeltherapeuten.

5. Bei nachfolgenden Verhaltensanalysen schreiben Sie von Punkt 1-7 und berufen dann eine DBT/PTBS-Bezugsgruppe ein, die aus mindestens 3 DBT/PTBS-Patienten besteht. In der Bezugsgruppe erläutern Sie Ihren Mitpatienten Ihre Verhaltensanalyse.
6. In geeigneten Fällen und im fortgeschrittenen Therapieverlauf können auch Kurz-VA Protokolle genutzt werden.
7. Nach der Bezugsgruppenbesprechung ziehen Sie einen Co-Therapeuten (Pflegeteam) hinzu. Diesem erklären dann die Mitpatienten der Bezugsgruppe Ihre Verhaltensanalyse.
8. Einzelgespräche finden nach selbstverletzenden Handlungen für mindestens 24 Stunden nicht statt. Im nächsten Einzel stellen Sie Ihre Verhaltensanalyse und Ihre neu erarbeiteten Lösungsstrategien ihrem Einzeltherapeuten vor.
9. 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 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. Diese Therapiepause beträgt i. d. R. 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. Im Time out müssen Sie eine 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. notwendige Zusatzvereinbarungen entscheiden wird.

Grundregeln der stationären Behandlung

Als allgemeine Vertragsgrundlage für die stationäre Behandlung bitten wir Sie folgenden Vereinbarungen zuzustimmen:

- **Keine Gewalt.**

Ich übe keine Gewalt gegen Mitpatienten und Teammitglieder aus, dies beinhaltet verbale Androhung und körperliche Angriffe und schließt auch Schreien, Türenknallen, usw. mit ein. Das Mitführen von Waffen auf Station ist verboten.

- **Keine Diskriminierung.**

Ich werde keine Personen bzgl. ihrer Herkunft, ihres Geschlechts, ihrer sexuellen Orientierung, ihrer Religion, ihrer körperlichen und/oder geistigen Fähigkeiten sowie bzgl. ihres Erscheinungsbildes herabwürdigen oder benachteiligen.

- **Keine Drogen oder Alkohol.**

Der Konsum von Drogen, Alkohol und nicht von uns verordneten Medikamenten ist untersagt.

- **Einhalten der Routineabläufe der Station im täglichen Zusammenleben.**

Ich bin damit einverstanden, alle täglichen Routineabläufe vom Traumazentrum und Vereinbarungen mit dem Pflegepersonal und den Therapeuten einzuhalten. Ich nehme regelmäßig und pünktlich an den angeordneten Therapien teil.

- **Keine Kommunikation über traumatische Erlebnisse im Detail.**

Es dürfen keine Erlebnisse mit traumatischen Inhalten im Detail zwischen den PatientInnen ausgetauscht werden.

- **Keine suizidale Kommunikation.**

Ich bespreche das Thema Suizid ausschließlich mit Mitgliedern des therapeutischen Teams und nicht mit MitpatientInnen, da dies MitpatientInnen unangemessen belasten würde.

- **Schweigepflicht.**

Alle persönlichen Aussagen von Mitpatienten (Namen, Daten, Erfahrungen,...) stehen unter Schweigepflicht, d.h. dürfen außenstehenden Personen gegenüber nicht erwähnt werden.

- **Keine intimen Beziehungen.**

Ich gehe keine intime Beziehung mit anderen Patienten ein, da dies eine erfolgreiche Therapie unmöglich macht.

- **Meldung von Verstößen gegen Therapieregeln.**

Verstöße gegen Therapieregeln sollen dem Team unverzüglich gemeldet werden, entweder von den betreffenden Patientinnen selbst oder von den Mitpatientinnen.

Konsequenzen

- Falls ich einen der oben genannten Punkte nicht einhalten kann, bin ich zu einem Reflektionsgespräch bereit, erkläre ich mich mit den vereinbarten Konsequenzen einverstanden. Das beinhaltet auch, dass die Behandlung im Traumazentrum anschließend zeitnah beendet werden kann.

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