



**Psychosomatische Klinik
Campus Bad Neustadt**
Medizinische Exzellenz aus Tradition

Psychotraumatherapie

Therapiekonzept



RHÖN-KLINIKUM
AKTIENGESELLSCHAFT

IMPRESSUM

Herausgeber:

Psychosomatische Klinik der RHÖN-KLINIKUM AG
Kurhausstraße 31, 97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Redaktion und Textverarbeitung:

Dr. med. M.-R. Ransburg, Dr. med. Dagmar Stelz, Prof. Dr. med.
Martin Siepmann, Burkhard Bingel, Nancy Geißler

Gestaltung & Satz:

MainKonzept, Berner Straße 2, 97084 Würzburg,
www.mainkonzept.de

Bildnachweis:

RHÖN-KLINIKUM AG

Druck:

kraus print u. media GmbH & Co. KG, 97618 Wülfershausen
im April 2016

Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers

THERAPIEKONZEPT DER PSYCHOSOMATISCHEN KLINIK BAD NEUSTADT

Psychotraumatherapie als methodenübergreifendes
Behandlungskonzept

INHALTSVERZEICHNIS

05 EINLEITUNG

06 DIAGNOSTIK

07 SETTING DER KLINIK

08 PSYCHOEDUKATION

DREI PHASEN DER TRAUMATHERAPIE

10 Stabilisierungsarbeit

11 Traumakonfrontation

13 Abschlussphase

14 LITERATURVERZEICHNIS

EINLEITUNG

Das Behandlungsangebot richtet sich an alle Patienten mit Traumafolgestörungen. Dabei sind Patienten mit einem Typ I (akutes, einmaliges traumatisches Ereignis), einem Typ II (Serien erlebter verschiedener traumatischer Ereignisse) und Bindungs-Traumata zu nennen.

Traumafolgestörungen sind nicht zwangsläufig mit der Diagnose einer PTBS assoziiert. Auch eine Depression, Angst- und Dissoziative Störung, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, komplizierte Trauerprozesse und auch z. B. Psychosen können Ausdruck erlittener unintegrierter Traumata sein. Unser Behandlungsangebot richtet sich nicht an Patienten, die sich u. a. in einer suizidalen Krise befinden oder gar Symptome einer Psychose zeigen.

Unserem Behandlungsansatz liegt die S3-Leitlinie „Posttraumatische Belastungsstörung“ (2011) zugrunde, siehe auch Posttraumatische Belastungsstörung (2013), Flatten et al.

DIAGNOSTIK

Schon im oberärztlichen Erstkontakt mit dem Patienten wird eine diagnostische Einschätzung des Patienten vorgenommen. Traumata können oft nicht unmittelbar ausgemacht werden. Die geschilderte Symptomatik deutet solche aber oft schon an. Kann ein traumatisches Ereignis nicht genannt werden, dagegen aber intrusive Phänomene, nebst Vermeidungsverhalten, negativen Einstellungen und Stimmungen und hoher innerer Anspannungen und Schreckhaftigkeit, so ist ein Hinweis auf das Vorliegen einer PTBS gegeben. Dabei ist es wichtig, recht schnell einschätzen zu können, inwieweit ein Patient ausreichend stabil ist zur Teilnahme an unserem primär tiefenpsychologisch orientierten Setting. Hierbei gibt dann der Grad der Stabilität des Patienten Auskunft über seine Ich-strukturelle Beschaffenheit und seine Fähigkeit zum Selbstmanagement.

Im Übrigen versuchen wir nicht nur aus der Schilderung des Patienten, sondern auch in Anwendung eines orientierenden psychometrischen Tests (zum Beispiel Breslau Test, kurze Screening Skala für PTBS – engl. Breslau et al, 1999, dt. Version 2009)) herauszufinden, ob das Vollbild einer PTBS vorliegt oder aber diese nur subsyndromal in Erscheinung tritt. Weitere psychometrische Tests, die Anwendung finden, sind die Post-Traumatic Stress Diagnostic Scale (PDS) nach Foa, 1995, deutsche Übersetzung von Ehlers, und das strukturierte Interview zur Diagnose dissoziativer Störungen (SiDDS-Test) nach C.A. Ross, 1997, deutsche Übersetzung von Overkamp & Frör 1999. Es wird also eruiert, inwieweit der Patient in der Lage ist, seine Ressourcen zu nutzen, um zum Beispiel traumaassoziierte Emotionen und Erinnerungsbilder zu regulieren. Auch das Bindungsverhalten des Patienten wird in den Blick genommen.

Wir streben an, den Patienten vor einer Traumakonfrontation, wenn nötig, ausreichend zu stabilisieren. Vermeidende Bewältigungsstrategien abzubauen, dient dabei auch der Zunahme an Stabilität des Patienten. Prinzipiell sollen Emotionen wie Hilflosigkeit, Ekel, Angst oder Schmerz reduziert und Selbsthass oder Schuld- und Schamangst überwunden werden. Es gilt im Übrigen, das Trauma als solches zu akzeptieren.

SETTING DER KLINIK



Die überwiegende Anzahl der traumatisierten Patienten mit der Diagnose einer PTBS beziehungsweise komplexen PTBS befindet sich in einer spezifischen Sektionszugehörigkeit des Hauses und benötigt auch in der Regel weitergehende Unterstützung im hochfrequenten Einzelsetting durch den Bezugstherapeuten, wo sowohl Objekt-Beziehungsarbeit vertieft und differenziert, Vertrauen entwickelt, aber auch Ressourcen identifiziert und gestärkt werden.

Auch sektionsübergreifend werden Patienten des Hauses dem spezifischen Behandlungsangebot zugeführt, wobei im Vorfeld eine Beziehungsaufnahme mit dem jeweiligen Patienten stattfinden muss. Regelmäßige Rückmeldungen an die jeweils zuständigen Oberärzte aus dem Spezialbehandlungsangebot ermöglichen Erkenntnis- und Integrationsprozesse, die der Optimierung des Behandlungsverlaufes dienen.

PSYCHOEDUKATION



Schon im Erstkontakt mit dem Patienten ergeben sich Möglichkeiten, über die Darlegung unserer Behandlungsstrategien auf theoretische Zusammenhänge zum Trauma, wie das Traumagedächtnis, psychoneuroendokrine Phänomene der Stressreaktionen unter zum Beispiel einer Dissoziation wie auch neuroanatomische Veränderungen hinzuweisen. Je nach Grad der strukturellen Störung des Patienten modifizieren wir dann auch die Teilnahme an unserem tiefenpsychologischen Setting. Die körperpsychotherapeutischen Angebote werden in der Regel nicht im Gruppensetting stattfinden, sondern je nach Grad der Stabilität des Patienten gegebenenfalls im Einzelsetting durchgeführt. Wir erwähnen die Notwendigkeit der Herbeiführung von Stabilität als Voraussetzung für eine Traumakonfrontation, wobei auch diejenige im Lebensumfeld Beachtung finden muss.

Hier ergeben sich bereits erste Schwierigkeiten, da für viele der Patienten anzustrebende Veränderungen zum Teil sehr umfassend und tiefgreifend sein sollten, was an sich schon große Irritation hervorruft. Ist die Bereitschaft dazu gegeben, so unterstützt unser Sozialdienst des Hauses mit konkreter Beratung und Kontaktaufnahme. Aber selbstverständlich werden die Stabilität, Verlässlichkeit und das Sicherheitserleben gerade auch im therapeutischen Kontakt in den Blick genommen und allmählich unter Berücksichtigung objektbeziehungsdynamischer Aspekte reflektiert und optimiert.



Wir fordern auf, intra- und interpersonelle Dynamiken aufmerksam zu beobachten und in Beziehung zum inneren Stresserleben einzuschätzen und zuzuordnen. Dabei soll auch eine Stressintensitätszuordnung auf einer Skala (Kennenlernen der Spannungskurve des DBT, Skills manual) vorgenommen und das innere Geschehen wahrgenommen, differenziert und möglichst zunächst im Kontakt ausgesprochen werden. Es wird hierbei verwiesen sowohl auf protokollarische Möglichkeiten im Rahmen des Skilltrainings (Das Therapeutenmanual von M. Bohus und M. Wolf-Arehult, 2013), aber auch die unmittelbare Entlastung im therapeutischen Gespräch. Dabei wird immer wieder die Notwendigkeit der gesunden Stress- und Emotionsregulation erwähnt, um das Traumanetzwerk nicht zu triggern.

Nicht das Trauma mit seiner Erinnerungsbildfolge soll den Patienten und sein Befinden und Erleben bestimmen, sondern er selbst soll lernen, die Regie über innere Abläufe zu übernehmen und Distanz zum Traumaerleben herzustellen. Aus einer sich aufdrängenden Erinnerungsbildfolge soll ein selbstbestimmtes Erinnern unter Wahrung persönlicher Grenzen möglich werden. Dazu sind teils Ab- und Umlenkung des Aufmerksamkeitsfokus und die Schaffung eines Zuganges zu eigenen Ressourcen und stabilisierende, Zutrauen erweckende Objektbeziehungserfahrung erforderlich. Insgesamt soll die Informationsvermittlung im Rahmen der Psychoedukation eine wachsende Behandlungsbereitschaft fördern.

DREI PHASEN DER TRAUMATHERAPIE

Stabilisierungsarbeit

In der sogenannten Stabilisierungsgruppe (ca. 10 Patienten) und -arbeit wird Objektbeziehungserleben differenziert wahrgenommen, angesprochen und erklärt, mit dem Ziel, Vertrauen in sich und andere zu gewinnen und Selbst- und Fremdeinschätzung vornehmen zu können (Heigl-Evers, A., Die psychoanalytische interaktionale Methode, 2002; Lettner, F. Objektgestützte psychodynamische Psychotherapie, 2007).

Auch werden kreative und imaginative Techniken (PITT nach Reddemann, L. 2004/2011) wie auch Skills aus dem DBT (M. Linehan, Methodenabwandlungen nach M. Bohus, s.o.) vermittelt, vertieft und ausgetauscht. Der sogenannten Achtsamkeit wird ebenfalls Raum gegeben.

Die Erstschilderung des Traumas soll in Distanz geschehen, in der Weise, dass Sicherheitserleben und Stressbegrenzung währenddessen garantiert sind. Sie soll im Vier-Augengespräch mit dem Bezugstherapeuten möglich sein.

Im Laufe der Stabilisierungsarbeit zeigt sich dann mehr oder weniger rasch, in wie weit der Entschluss der Patienten gefasst ist, die Symptomatik der Traumafolgestörung überwinden oder aber instrumentalisieren zu wollen im Sinne eines Krankheitsgewinnes. Im letzteren Falle wird man an einer Haltungsänderung, vor allem auch an neurotischen Mechanismen tiefenpsychologisch arbeiten müssen.

Der Austausch von Bewältigungsstrategien führt im günstigen Falle zu einem positiven Selbstbild, hilft Ängste zu reduzieren, Beschämungen zu überwinden und Autonomie zu stärken.

Einem Fortschreiten des Therapieprozesses können auch maligne Introjekte entgegenstehen. Spätestens dann kommt die Arbeit mit Persönlichkeitsteilaspekten, Ego-States nach Watkins (Watkins, J./Watkins, H., (2008): Ego-States Theorie und Therapie), ins Spiel und es kann mit Externalisierungen gearbeitet werden. Diese Arbeit mit Täterintrojekten gestaltet sich schwierig und langwierig. Symptomatisch tritt das Phänomen durch destruktives Verhalten, Selbsthass und negative Übertragungsprozesse in Erscheinung. Langwierig gestaltet sich die Arbeit auch bei Patienten mit dissoziativen Symptomen. Hier muss zunächst geduldig Kontakt mit den dissoziierten Selbstanteilen hergestellt und diese integriert werden. Es werden schließlich Täter-identifizierte Anteile und persönlichkeitszugewandte, loyale Anteile in einen Dialog gebracht und darauf hingewiesen, dass die Patienten mittlerweile über mehr Schutz als Angst wie zu Zeiten der Traumaexposition verfügen und autodestruktive Selbstanteile in helfende verwandelt werden können.

Traumakonfrontation

In der Regel reicht ein stationärer Behandlungszyklus nicht aus, um insbesondere im Falle einer komplexen Traumatisierung die notwendige Stabilität und Stressregulationsfähigkeit zu erlangen, derer es bedarf, um eine Traumakonfrontation vorzunehmen. Bevor wir die Patienten fürs Erste entlassen, bahnen wir die ambulante Weiterbehandlung im Sinne der Fortsetzung des Begonnenen und vereinbaren die Wiederaufnahme zu einem späteren Zeitpunkt. Gerade bei komplex traumatisierten Patienten, die jahrelang auf eine Traumakonfrontation vorbereitet werden müssen, ist es erforderlich, im ambulanten Sektor an der zu erzielenden Stabilität weiter arbeiten zu können. Hier kommen unter anderem auch Angebote einer Tagesklinik ins Spiel.

Vor Übertritt in den ambulanten Behandlungssektor bemühen wir uns auch gegebenenfalls um die Einbeziehung von Angehörigen in den therapeutischen Prozess, und der Patient wird gegebenenfalls durch den Sozialdienst unseres Hauses unterwiesen zum Thema „Opferhilfe“ beziehungsweise „Entschädigungsgesetz“.

Auch die Einnahme von Medikamenten wird zum Teil, wenn nötig, eingeleitet. Sobald ausreichende Selbststabilisierungsfähigkeiten vorliegen, kann eine Traumakonfrontation geplant werden, die hier in Form der Bildschirmtechnik durchgeführt wird und per Sitzung ca. 1,5 Stunden benötigt. Diese Technik ermöglicht ein hohes Maß an Kontrolle und wurde von Huber (2011) und Sachsse (2004) beschrieben. Anschließend muss das gesamte Klinikteam informiert werden, da noch heftige Nachreaktionen





möglich sind. Manchmal verstärkt sich nochmals der Selbstverletzungsdruck, kommt es zu heftigen Körperreaktionen mit Dissoziationen, drückt sich in abgewehrter Form Verlassensangst an dieser Schwelle zur Neufindung aus. Hier ist dann therapeutische Nähe unabdingbar.

Ausreichende Stabilität für eine Traumakonfrontation liegt vor, wenn das Arbeitsbündnis stabil, Vertrauen im Kontakt zum Team etabliert ist, kein Täterkontakt besteht, Affekttoleranz gegeben ist und keine unkontrollierte Selbstdestruktion und auch keine anhaltende Dissoziationsneigung, keine schwere körperliche Erkrankung, keine Psychose, Suizidalität beziehungsweise schwere Suchterkrankung vorliegen. Der Patient sollte in der Lage sein, vor der Konfrontation Traumainhalte teilweise aus der nötigen Distanz berichten zu können.

Abschlussphase

In der Abschlussphase der Traumatherapie geht es um Integrationsprozesse, und die Patienten lassen sich nicht mehr nur in der Opferrolle wiederfinden, sondern dürfen ihr neues Selbsterleben hineinnehmen in ihr Lebensgefühl. In dieser Phase stehen u. a. Trauern und Schmerzbewältigung im Fokus, in der Form, dass beides ausgehalten und reflektierbar wird. Überhaupt wird ein umfassenderer Zugang zu Gefühlen möglich sein, die zuvor zum Teil dissoziiert wurden. In dieser Phase wird auch das Körperselbsterleben wieder zugänglich, Spüren angstfreier möglich.

Insgesamt wird ja aus einem teils beängstigenden bildhaften ein Erinnern, das der Patient versprachlichen und in Distanz zu sich betrachten kann. In dieser Phase geht es auch darum, sich selbst zu verzeihen, seinerzeit keine Position gegen den Täter, der oft auch nahe Bezugsperson war, eingenommen zu haben. Entscheidend ist, erlittenes Leid zu würdigen und zu erkennen, dass im Abverlangten auch Kompetenzerlangung lag. Mitunter wird in dieser Phase auch die Frage nach räumlicher und beruflicher Neuorientierung laut. Unter Hinzuziehung auch des Sozialdienstes wird der Patient unterstützt, ein neues, nicht schädigendes Netzwerk im unmittelbaren Lebensumfeld zu etablieren. Insgesamt sollte es in dieser Phase um eine Reintegration und im umfassenden Sinne eine Einbettung des Patienten in einen größeren Lebenszusammenhang gehen.

LITERATURVERZEICHNIS

Flatten, G. et al., Posttraumatische Belastungsstörung, S3
Leitlinie und Quellentexte, Schattauer, 2013

Bohus, M., Wolf-Arehult, M., Interaktives Skillstraining für
Borderline-Patienten: Das Therapeutenmanual, Schattener,
2013

Heigl-Evers, A. Ott, J., Die psychoanalytisch-interaktionelle
Methode, Vandenhoeck Ruprecht, 2002

Lettner, F., Buchhein, P., Kernberg, O. F., Objektgestützte psy-
chodynamische Psychotherapie, Schattauer, 2007

Reddemann, L., Psychodynamisch imaginative Traumatherapie
– PITT, Das Manual, Klett-Cotta, 2004 und 2011

Watkins, J. G., Watkins, H. H., Ego-States – Theorie und Therapie,
Carl-Auer-Systeme-Verlag, 2008

Sachsse, U., Reddemann, L., Traumazentrierte Psychotherapie,
Schattauer, 2004/2009

Huber, M., Viele sein – Ein Handbuch, Junfermann Verlag, 2011

Huber, M., Der Feind im Innern, Junfermann Verlag, 2013

Seidler, G. H. et al., Handbuch der Psychotraumatologie,
Klett-Cotta, 2015

Smucker, M. et al., Imagery Rescripting & Reprocessing Thera-
py, Shaker Verlag, 2008



**Psychosomatische Klinik
Campus Bad Neustadt**
Medizinische Exzellenz aus Tradition

Psychosomatische Klinik

der RHÖN-KLINIKUM AG

Kurhausstraße 31

97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Telefon 09771 67 70

Fax 09771 6 77 90 01

anmeldung@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de

www.psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de

04.2016 / 2000



RHÖN-KLINIKUM
AKTIENGESELLSCHAFT