

Therapiekonzept

Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie Traumatherapie



Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH
Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie
Traumatherapie

Brockenstraße 1
38875 Elbingerode
Tel.: 039454/8-2601 – Sekretariat
Tel.: 039454/8-2219 – Station
Fax: 039454/8-2603

Mail: Ilona.drews@diako-harz.de (Sekretariat)

Chefärztin der Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie:

Frau Dr. med. Ulrike Birth, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Weitere Informationen über unser Haus erhalten Sie über unsere Website unter www.diako-harz.de.

Allgemeines

Die Abteilung für die Behandlung traumatisierter Frauen befindet sich im „Diakoniekrankenhaus Harz GmbH“ in Elbingerode in der waldreichen Gegend des Oberharzes am Fuße des Brockens. Sie ist der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie angegliedert. Um die äußere Sicherheit zu gewährleisten, befindet sich die Station einem abgeschlossenen Gebäudeteil, der nur den Patientinnen und dem Stationspersonal zugänglich ist.

Häufig vorkommende komorbide Störungen bei Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS)

- Depressionen
- Angststörungen
- Dissoziative Störungen
- Zwangserkrankungen
- Somatisierungsstörungen
- Essstörungen
- Partnerschaftskonflikte
- Sinnkrisen
- Burnout
- Trauer
- Bindungs- und Beziehungsstörungen
- Persönlichkeitsstörungen u.a.

sind selbstverständlich im Behandlungskonzept eingebunden

Die Adressaten:

Traumatisierte Frauen (Typ 1- und Typ 2-Traumata, komplexe PTBS nach ICD 11) ab dem 18. Lebensjahr

Zeitlicher Rahmen

Die Therapiedauer beträgt i.d.R. zwischen 6 und 12, bei Wiederkehrern oder Patientinnen, die zu einer Intervalltherapie kommen, nicht länger als 6-8 Wochen.

Voraussetzungen für eine Aufnahme

Aus den Erfahrungen der vergangenen Jahre haben wir folgende Bedingungen für eine Aufnahme:

- Ein hohes Maß an eigener Motivation sowie die Bereitschaft, sich auf einen längeren Therapieprozess einzulassen
- Ein klar erkennbarer, konkreter Therapieauftrag, verbunden mit der Bereitschaft zu Veränderungen
- Glaubwürdige Absprachefähigkeit
- Eine ausreichende Fähigkeit des sog. ANP („Anscheinend normaler Anteil“) bzw. des Selbst, psychotherapeutische Interventionen zu reflektieren.
- Keinen Kontakt zum Täter
- 6-monatige Abstinenz (bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogenkonsum in der Vorgeschichte)
- Ein BMI von mindestens 17

Hinderungsgründe für eine stationäre Aufnahme sind

- akute Suizidalität: Um eine hinreichende Versorgung der Patientin gewährleisten zu können, müssten wir die Frau im geschützten Bereich der Psychiatrie in Blankenburg unterbringen. Dies stellt für uns jedoch keine hilfreiche Option dar.
- Habituiertes, sehr schweres selbstverletzendes Verhalten: Eine ausreichende chirurgische Versorgung bei sehr tiefen Verletzungen können wir ebenfalls nicht rund um die Uhr gewährleisten und müssten die Patientin nach Wernigerode verlegen, um unserer Fürsorgepflicht nachzukommen.
- Suchtverhalten
- Medikamentenabhängigkeit
- Psychosen
- Schweres Risikoverhalten
- Täterkontakt während der Therapiezeit

Der Weg in die Therapie

Die Patientin bewirbt sich in einem **Brief an die Traumastation im Diakoniekrankenhaus Harz GmbH, Brockenstr. 1, 38875 Elbingerode**, um einen Therapieplatz. Sie stellt sich kurz vor, berichtet von dem, was sie belastet und beschreibt, was sie in der stationären Therapie erreichen möchte. In den meisten Fällen führen wir ein Vorgespräch, telefonisch oder in Präsenz, durch. In letzteren Fall bringt die Patientin einen **Einweisungsschein für "prästationäre Diagnostik, APP"** mit. Wenn uns eine Aufnahme möglich erscheint, wird die Patientin auf eine Warteliste gesetzt, und sobald ein Platz frei wird, zur Aufnahme einbestellt. Sie wird informiert, wann genau ein Therapieplatz zur Verfügung steht und was für den Aufenthalt bedacht und mitgebracht werden muss. Vorberichte aus anderen Therapien sollten schon vor der Aufnahme an uns geschickt, spätestens jedoch bei der Aufnahme mitgebracht werden. Ebenso ist im Vorfeld auszuschließen, dass die Patientin an schweren organischen Symptomen leidet. Zur Aufnahme bringt die Patientin einen Einweisungsschein von ihrer/m Fach- oder Hausarzt/-ärztin oder Psychiater/in mit.

Gut zu wissen

Um das Ankommen zu erleichtern, Gelegenheit zur Besinnung auf sich selbst zu ermöglichen und sich in die therapeutische Gemeinschaft einleben zu können, sind in den ersten drei Wochen Kontakte nach außen nur in außergewöhnlichen Ausnahmefällen erlaubt.

Das Team

Das Team besteht aus zwei männlichen, ansonsten weiblichen Mitarbeitern: dem traumaspezifisch ausgebildeten Pflege- und Betreuungspersonal, Ärztinnen, Psychologinnen und Cotherapeutinnen mit begleitenden Schwerpunkten wie Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT), Ergotherapie, Ernährungsberatung, Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK), Logotherapie, Musiktherapie, Physiotherapie, Psychoedukation, Sport sowie einem Seelsorger, der im Gesamtkrankenhaus tätig ist.

Wir arbeiten fachübergreifend zusammen und treffen uns täglich zum Austausch bzw. zum Besprechen und Planen der Behandlungsabläufe für jede einzelne Patientin.

Wir bemühen uns um eine familiäre Atmosphäre, in der sich die Frauen verstanden, sicher und geschützt fühlen können. In regelmäßigen Abständen lassen wir dazu unsere Arbeit oder einzelne Fälle durch einen externen Fachmann supervidieren.

Interne und externe Weiterbildungen und Schulungen helfen uns, unsere fachliche Kompetenz zu erhalten und zu fördern. Die Abteilung wird zudem als Teil der „Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH“ in

jedem Jahr nach DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert. Dadurch wird eine bestmögliche Behandlungsqualität und eine regelmäßige Evaluierung qualitätssichernder Maßnahmen gewährleistet sowie unter Beteiligung der Mitarbeiter ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess in Gang gehalten.

Gegebenheiten vor Ort

Aktuell begleiten wir jeweils acht Frauen.

Das Schwesterndienstzimmer ist an Wochentagen zwischen 06.00 bis 20.00 Uhr und an den Wochenenden von 10.30-19.00 Uhr besetzt. Dort finden die Frauen erste Ansprechpartner und in akuten Krisen Hilfe. Abends und nachts gibt es einen Notdienst, der durch die Psychiatrische Abteilung abgesichert ist. Alle 2 Stunden geht eine Schwester nachts über die Station, um sich zu vergewissern, dass alles in Ordnung ist.

Auf der Station gibt es neben den Patientendoppelzimmern- und dem Therapeutenzimmer einen Gruppen- und Gemeinschaftsraum, einen Speiseraum, eine Küche, ein Wellness-Bad mit einer Wärme-Sandliege sowie einen Aktions- und Krisenraum zum u.a. Abbau von innerer Anspannung. Diesem angegliedert ist ein „Matschraum“ zum großflächigen ganzkörpermäßigen kreativen Arbeiten mit Farben.

Unser Anliegen

Da den meisten psychischen Erkrankungen und ganz besonders der kPTBS tiefgreifende Beziehungsstörungen zugrunde liegen, ermöglicht das Konzept das Bearbeiten dysfunktionaler zwischenmenschlicher Muster. Die Frauen leben für mehrere Wochen in einer Gemeinschaft zusammen und lernen u.a. durch die Übernahme konkreter Aufgaben, Verantwortung für sich und andere zu übernehmen. Wir gehen davon aus, dass Veränderungen dann am tiefgreifendsten möglich sind, wenn die Patientin neue Erfahrungen auf kognitiver und emotionaler Ebene machen kann. Darum wollen wir durch gemeinsame Unternehmungen und Freizeitaktivitäten Raum schaffen, in welchem sich Phantasie, Kreativität und Begeisterung (wieder) entwickeln und die Freude und der Sinn im Leben (wieder) gefunden werden können. Ein wichtiges Anliegen ist für die Zeit des Aufenthaltes die Einbindung der Frauen in eine Gemeinschaft mit Menschen, die ähnliche Symptome kennen. Eine Atmosphäre zu schaffen, in der sich jeder willkommen und angenommen fühlen kann, liegt uns genauso am Herzen wie die Erfahrung der eigenen Handlungsfähigkeit in der Bewältigung alltäglicher Dinge.

Die Aufnahme

In den ersten zwei Wochen nehmen wir uns Zeit, die Patientin kennenzulernen, anamnestisch notwendige Fakten zu erheben und Diagnosen zu stellen. Gleich zu Beginn der Behandlung möchten wir der Patientin das Gefühl vermitteln, dass sie die Kontrolle über den Verlauf der Therapie behält. U.a. wird sie durch einen zuvor versandten Aufklärungsbogen über Verlauf und Vorgehensweise, aber auch über Risiken und Nebenwirkungen einer stationären Traumatherapie informiert. Wenn es dazu Fragen oder Unklarheiten gibt, werden diese im ersten Aufnahmegespräch besprochen.

Neben der psychologischen Aufnahme durch ihre Bezugstherapeutin wird die Patientin von einem Arzt/Ärztin medizinisch aufgenommen. In den folgenden Tagen wird sie neben zwei psychologischen Fragebögen eine Selbstauskunft und einen Beziehungsepisodenbogen ausfüllen. Bei unklarem Krankheitsbild werden weitere diagnostische Testungen veranlasst.

Dem multiaxialen Diagnose- und Klassifikationssystem „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ (OPD) entsprechend formulieren wir nach ca. 14 Tagen neben einem Beziehungsfokus einen Struktur- und ggf. Konfliktfokus. Die Foci wollen wir während der Therapie im Blick behalten. Gemeinsam mit der Patientin legen wir konkrete Therapieziele fest und erstellen einen für sie stimmigen, heilungsfördernden Behandlungsplan. Wir bemühen uns dabei um ein Setting, in dem die Patientin in

möglichst großer Autonomie herausfinden kann, was ihre Ressourcen und Heilungskräfte sind, wie sie diese aktivieren und handlungsfähig werden bzw. bleiben kann.

Therapie, Behandlungsangebote und Ziele in der Therapie

Unser leitlinienorientiertes Therapiekonzept ist das einer sog. „schonenden Traumatherapie“. Wir verstehen es als ein ressourcenbasiertes, integratives, multiprofessionelles Konzept, in dem Elemente verschiedener Therapierichtungen und -ansätze miteinander verknüpft werden. Für jede Patientin erarbeiten wir einen individuellen Behandlungsplan, der in der wöchentlichen multiprofessionellen Fallkonferenz überprüft und ggf. angepasst wird. Dabei folgen wir der Leitlinienempfehlung, dass jedem PTBS-Patienten eine traumafokussierte Therapie angeboten werden soll. Ebenfalls orientieren wir uns im umfassenden Therapieangebot an „Qualitätsstandards für stationäre Traumatherapie“ der DeGPT (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie).

Die Therapien finden in der Regel in zwei wöchentlichen Gruppen- und dazu in Einzelgesprächen statt. In den Gruppentherapien kommen immer zwei Therapeuten zum Einsatz, da stets die Gefahr der Aktivierung von Defensivsystemen besteht mit ggf. Dissoziieren o.a., so dass aus der zusätzlichen Beobachterposition schnell interveniert werden kann. Wo es hilfreich erscheint, bieten wir Angehörigen gespräche an. Zudem können im Sozialdienst wichtige Anliegen im Blick auf Finanzen, Wohnumfeld, Arbeit oder Ausbildung besprochen werden.

Das langfristige Ziel des (u.U. mehrmaligen, in Intervallen stattfindenden) Aufenthaltes ist die Bearbeitung, Konfrontation und Integration der traumatischen Erinnerungen. Die konfrontative Bearbeitung von belastendem Vorstellungen und Erinnerungen erfolgt je nach individuellem Stresstoleranzfenster, nach jeweiligem Stand und den Fähigkeiten unter Zuhilfenahme von Methoden zur Ressourcenaktivierung. Methodisch nutzen wir Techniken der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT), der Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), die Trauma-Recapitulation with Imagination Motion and Breath (TRIMB) oder die Emotional Freedom Techniques (EFT) sowie ergänzende, zum großen Teil imaginative Verfahren und Methoden: Innere Landkarte, Konferenzraum, Sicherer Ort, Tresorübung, Rettungsaktion.

Relevant für die Therapie ist zudem das Störungsmodell der Strukturellen Dissoziation (Van der Hart et al, 2008). In diesem Zusammenhang nutzen wir das Arbeiten mit den sog. „Ego-States“ oder Persönlichkeitsanteilen (s. dazu u.a. Watkins et al, 1997). Auf diese Weise kann die Patientin sich selbst besser wahrnehmen und verstehen lernen und zu den traumatisierten Anteilen in Kontakt kommen, also zu mehr Selbstbewusstsein und Selbstakzeptanz gelangen. Insbesondere nach traumafokussierten Einzelsitzungen benötigen die Patientinnen die intensive Nachbetreuung durch das Pflegepersonal.

In Anlehnung an die OPD und dem in der Aufnahme ausformulierten Struktur-Focus lernen die Frauen parallel zur Aufarbeitung ihrer Traumata

- über sich selbst und die eigenen (betäubten) Gefühle differenziert nachzudenken, sich realistisch wahrzunehmen und ein integriertes, stabiles Selbstbild zu entwickeln.
- eigene Gefühle, Impulse und Gedanken von denen anderer zu unterscheiden und wahrzunehmen, dass sowohl positive als auch negative Eigenschaften Seiten ein und derselben Person sein können.
- eigene Impulse zu erleben und diese zu steuern, ggf. auch auszuhalten und angemessen zu regulieren sowie das Gefühl für den eigenen Wert bei Kränkungen und Kritik angemessen zu stabilisieren und wiederherzustellen.
- eigenständig für eigene Sicherheit zu sorgen, sich bei hoher Anspannung selbst zu regulieren, Coping-Strategien für eine Traumakonfrontation zu entwickeln, Trigger wahrzunehmen, einen angemessenen Umgang damit zu finden bzw. präventiv dafür zu sorgen, diese zu reduzieren und die Dinge, die den Therapieprozess blockieren zu kommunizieren

- Beziehungen zu anderen Menschen durch die innere Bewältigung eigener Gefühle und Impulse angemessen zu schützen, in Beziehungen eigene Interessen zu wahren und dabei die Interessen des Gegenübers angemessen zu berücksichtigen sowie die Reaktion anderer auf die eigenen Gefühle und Impulse realistisch vorauszusehen.
- die Fähigkeit, nach innen zu kommunizieren, Gefühle in ihrer Vielfalt zuzulassen, mithilfe der eigenen Fantasie positive Zukunftsbilder zu entwickeln
- den eigenen Körper realistisch wahrzunehmen, als lebendig zu erleben und fürsorglich mit diesem umzugehen
- eine angemessene Kommunikationsfähigkeit in Beziehungen zu entwickeln, zu anderen in angemessener Weise Kontakt aufzunehmen und Gemeinsamkeit entstehen zu lassen, anderen die eigenen Gefühle adäquat mitzuteilen sowie sich in das Erleben des Gegenübers einzufühlen
- durch positive, auf Vertrauen und Offenheit basierende Bindungserfahrungen stabile Repräsentationen zu entwickeln, sich mithilfe positiver innerer Bilder von sich und anderen selbst zu beruhigen und zu ermutigen sowie unterschiedliche Beziehungen nebeneinander erleben und aufrechterhalten zu können
- sich längerfristig und stabil emotional an andere zu binden, Hilfe von außen zu suchen und in Anspruch zu nehmen sowie Trennungen auszuhalten und angemessen zu betrauern.

Hilfreich für das Erreichen dieser Ziele sind neben den Gruppen- und Einzelgesprächen die Begleitung im Alltagsgeschehen auf der Station, insbesondere durch unseren Alltagsbegleiter, das Erlernen von Skills aus der DBT, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, Ernährungsberatung und -begleitung, Interventionen aus dem Gruppentraining für soziale Kompetenzen (GSK), der Körpertherapie, Musiktherapie, Physiotherapie, psychoedukative Interventionen und Sporttherapie, aber auch die Reflektion und Analyse des gemeinsamen Lebens auf der Station (erfolgt u.a. durch tägliches Tagebuchschreiben) sowie die Übernahme konkreter hauswirtschaftlicher Verantwortung für sich und andere. Zusätzlich sieht der Wochenplan erlebnispädagogische Bausteine vor, die die Frauen unter Anleitung gemeinsam planen, vorbereiten und durchführen. Zudem üben die Frauen in der Vorbereitung und gemeinsamen Einnahme der Mahlzeiten gesunde, regelmäßige Essgewohnheiten ein.

Einmal in der Woche gibt es eine Chefarztvisite. Die medizinische Betreuung wird durch die Ärztinnen sichergestellt. Hier wird auch die Einnahme von Medikamenten besprochen und veranlasst.

Unserem Krankenhausleitbild entsprechend sind uns spirituelle und seelsorgerliche Anliegen wichtig. Wir bieten Anregungen durch täglich stattfindende logotherapeutische, geistliche Inputs oder auch die Möglichkeit zu einem seelsorgerlichen Gespräch.

Mehr Informationen

Für weitere Informationen z.B. über unser Krankenhaus-Leitbild, die Hausordnung oder anderen Abteilungen können Sie sich gerne auf unserer Internetseite umschauen.