

# THERAPIEKONZEPT INTEGRIERTE TRAUMATHERAPIE



## INTEGRIERTE TRAUMATHERAPIE



## Psychotraumatologische Behandlungsangebote in der Johannesbad Fachklinik Hochsauerland

Die Wahrscheinlichkeit, ein potentiell psychotraumatisierendes Ereignis während seines Lebens zu erfahren, liegt bei über 50%. Ca. 20% der Betroffenen entwickeln Symptome, die den Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung entsprechen. Frauen sind hierbei wesentlich stärker als Männer betroffen. Das Erkrankungsrisiko ist dabei von der Art des Traumas abhängig. Bei einer sexuellen Traumatisierung z. B. beträgt das Risiko ca. 50% nach einem schweren Unfall bis zu 15 %. Die Balance zwischen traumatogenen Faktoren und protektiven Faktoren spielt dabei eine wichtige Rolle. Psychische Störungen infolge traumatisierender Lebensereignisse stellen eine komplexe neurobiologische Störung auf der Matrix funktioneller und struktureller neuroanatomischer Veränderungen sowie der Dysfunktion neuroendokriner Regulationssysteme dar. Gemäß ICD 10 sind die akute Belastungsreaktion (F 43.0), die PTBS (F 43.1) sowie die andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung (F 62.0) diagnostisch abzugrenzen. Diagnostische Kriterien sind hierbei die Konfrontation mit einem Ereignis außergewöhnlicher Belastung oder katastrophalen Ausmaßes, das bei jedem eine tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde, das unkontrollierte und ungestörte intrusive Wiedererleben der Traumata (Flashbacks), eine emotionale Abgestumpftheit sowie ein vegetatives Hyperarousal mit Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen und erhöhter Reizbarkeit. Diese Symptome entwickeln sich zumeist innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis.

Ist die Diagnose einer der o. g. Belastungsstörungen gestellt, unterscheidet man grundsätzlich zwischen zwei Traumtypen:

1. Typ-I-Traumata (small T, Monotrauma), meistens einmalige abgegrenzte traumatische Lebenserfahrung
- und
2. Typ-II-Traumata (big T, Komplextrauma), meistens kumulative Ereignisse über eine längere Lebensphase mit erheblichen Auswirkungen auf die Persönlichkeitsstruktur des Patienten.

Leider lassen sich die bestehenden klinischen Phänomene selten in solch einer diagnostischen Klarheit erfassen. Sehr häufig wird man primär mit vielfältigen Krankheitsbildern, die Folge der Traumatisierung sind, z. B. Depressionen, Angststörung, Essstörung, aber insbesondere auch mit somatoformen Störungen und Persönlichkeitsstörungen, wie emotional instabiler Persönlichkeit (Borderline) oder auch dissoziativen Persönlichkeitsstörungen konfrontiert. Die Komorbidität ist hoch. Aus dem bisher Geschilderten leitet sich die Notwendigkeit eines speziellen, phasenspezifischen Behandlungskonzeptes ab. In der Internistisch-Psychosomatischen Fachklinik Hochsauerland besteht seit 1999 ein integriertes Therapiekonzept, das kognitiv-behaviorale sowie psychodynamische Therapieverfahren miteinander verknüpft.

Wir unterscheiden dabei grundsätzlich eine ressourcenorientierte, persönlichkeitsstärkende Stabilisierungsphase und eine traumaintegrierende Konfrontationsphase. Im Anschluss an eine durch klinische Interviews und verschiedene psychometrische Testverfahren gekennzeichnete Diagnostikphase wird ein individueller Behandlungsplan erstellt. Methodisch liegt dem Konzept das Modell der gestörten Informationsverarbeitung unter Extremstress zugrunde. Das Durcharbeiten der Erfahrung, Klärung der Bedeutung und Implikationen für Selbst-/Weltbild und Beziehungen sowie die Gegenwart und Zukunftsorientierung sind Behandlungsziele der einzelnen Prozessphasen. Ist der/die Patient/in fähig, seine verletzten Persönlichkeitsanteile zu versorgen und damit den traumatischen Erfahrungen besser standzuhalten, d.h. bedrängende Erinnerungen und Gefühle zu tolerieren bzw. selbst zu verarbeiten, sind die wesentlichen Behandlungsziele erreicht. In neurologischer Hinsicht erfolgt ein Transfer von traumatischem Erinnerungsmaterial von Amygdala- zu Hippocampus-Ebene bis hin zur kognitiven Verarbeitung und Beurteilung auf Cortex-Ebene und abschließender Abspeicherung im Langzeitgedächtnis.

Wir fassen dies in einem sog. **Vier-Aktivitäten-Modell** zusammen, in dem

1. ein psychoedukatives Trainingsmodul
2. themenzentrierte interaktionelle Gruppen

3. ressourcenstärkende Therapiegruppen sowie
4. traumaintegrierende Therapieverfahren

die entscheidenden Therapiekomponenten präsentieren.

Selbstverständlich ist die Behandlung der komorbiden Störungsbilder in Form additiver indikativer Trainingsprogramme im Rahmen unseres integrierten Gesamtbehandlungs-Konzeptes fester Bestandteil des individuellen Behandlungsplanes.

## ➤ **Projekt zur stationären Psychotraumatherapie**

Die traumaspezifische Therapie auf unserer Station gliedert sich in mehrere Phasen und greift dabei auf kognitiv- behaviorale (z.B. Ehlers) sowie auf psychodynamisch imaginative Konzepte (Sachse, Reddemann, Huber) wie auch auf Trainingsmodule des DBT (Lineham) und der Kohärenz Therapie (Eckers) zurück:

- **Diagnostische Phase**
  - Abklärung des posttraumatischen Störungsbildes (Intensität, Schwere)
  - Erfassung von Komorbiditäten
  - Herstellung äußerer Sicherheit (Täterkontakt)
- **Stabilisierungsphase**
  - Beziehungsaufbau/-gestaltung unter Berücksichtigung der Basisvariablen
  - (Vertrauen, Sicherheit, Verlässlichkeit, Kontrolle, Flexibilität, Symmetrie, Authentizität)
  - Besprechen der Rahmenbedingungen, Etablierung von Verträgen,
  - Entwicklung einer Notfallliste
  - Psychoedukation
  - Ressourcenorientierte Entwicklung konstruktiver Stress-Coping Mechanismen
  - Verbessertes Selbstmanagement
  - Erlernen von Selbstberuhigungstechniken
  - Erlernen von Distanzierungstechniken
  - Herstellung Innerer Sicherheit durch Innere Kind Arbeit
- **Expositionsphase**
  - Gesteuerte, dosierte Re-Konfrontation und erneute Abspeicherung mit Hilfe von Screen-Technik, EMDR, TRIMB und Imagery Modification
  - Entwicklung eines deklarativen Narrativs
  - Integration des traumatischen Erlebnisses mit Hilfe psychodynamisch imaginativer Verfahren (Innere Kind Arbeit)
- **Reintegrationsphase**
  - Trauerarbeit
  - Neuorientierung/ Berufliche Reintegration
  - Zukunftsperspektiven
  - Vernetzung

Dauer des gesamten Programms: 8– 12 Wochen

## ➤ **Module:**

- **Basisgruppen** (durchlaufend einmal wöchentlich)
  - Psychoedukation (Bio-Psycho-Soziales Modell, Neurologisches Modell)
    - Vermittlung von Distanzierungstechniken (Notfallkoffer, Tresortechnik)
    - Vermittlung von Entspannungstechniken (PMR/AT/Imaginationstechniken)
    - Mentalisierung z.B. durch Bewusstwerdung traumabedingter, Generationen übergreifender Verhaltensmuster (Weitergabe der Gewalt und Schuld)

- **Innere Kind Gruppe** (durchlaufend, zweimal wöchentlich)
  - stabilisierend durch Herstellung innerer Sicherheit, Tröstung und Versorgung verletzter Persönlichkeitsanteile
  - traumaintegrierend durch schonende Traumakonfrontation- und integration auf der Inneren Bühne
- **Imaginationsgruppe** (durchlaufend, zweimal wöchentlich)
  - Selbstberuhigung / Stressmanagement
  - Training von Hippocampus
- **Traumaspesifische IA** (Bezugsgruppe, durchlaufend, einmal wöchentlich)
- **Skills-Training** (durchlaufend, zweimal wöchentlich)
  - Stressbewältigung
  - Affektregulation
  - Identifizierung/Umstrukturierung irrationaler Kognitionen
  - Reflektion der aktuellen Beziehungsgestaltung
  - Reflektion maladaptiver Bewältigungsstrategien
  - Umgang mit Scham-/Schuldgefühlen
  - Überwindung der emotionalen Taubheit
  - Neubewertung des Selbstbildes
  - (Opfer → hartnäckiger Überlebender, change of history)
  - Zukunftsperspektiven
  - Soziale/Juristische Problembereiche
- **Sporttherapie** (durchlaufend, dreimal wöchentlich, Bewegungstherapie niedrigere und höhere Belastung, Walking)
  - Aktivierung
  - Ausdauertraining
  - Anspannungsreduktion
  - Körperliche Selbsterfahrung in der Gruppe

Wahlweise bzw. auf Verordnung Gestaltungstherapie, Ergotherapie, PMR und Aromatherapie

### ➤ **Weg zur Reha:**

Der Antrag auf eine medizinisch-psychosomatische Rehabilitation wird in der Regel durch den behandelnden Haus- oder Facharzt gestellt. Patienten können einen Wunsch angeben, in welcher Klinik Sie behandelt werden möchten; die Entscheidung über die Zuweisung liegt dann beim Kostenträger, d.h. in der Regel bei der Kranken- oder Rentenversicherung. Nach erfolgter Kostenzusage und hausinterner Überprüfung der Indikation erhalten unsere Patienten ihren Aufnahmetermin sowie die zur Aufnahme erforderlichen Unterlagen auf dem Postweg zugesandt.

### ➤ **Ansprechpartnerin:**

Dr. rer. Nat. Dipl.-Psych Kriependorf  
Klinisch-Psychologische Leitung

Telefon: 02974-73-2149  
E-Mail: [petra.kriependorf@johannesbad.com](mailto:petra.kriependorf@johannesbad.com)  
Homepage: [www.fachklinik-hochsauerland.de](http://www.fachklinik-hochsauerland.de)

Johannesbad Fachklinik Hochsauerland  
Zu den drei Buchen 2  
57392 Schmallenberg – Bad Fredeburg