Klinik St. Irmingard

Herzlich Willkommen zum Satelliten-Symposium der DGTD-Tagung 2013!

Abteilungen der Klinik St. Irmingard

Onkologie (AHB, Reha)	95 Betten
Kardiologie (AHB, Reha)	65 Betten
Psychosomatik (KHB-Akut)	65 Betten
hiervon: Traumastation	bis zu 18 Betten

Klinik
St. Irmingard

Die Traumastation stellt sich vor

Dr. Peter Heinz, Leitender Oberarzt der Psychosomatischen Abteilung
Prien, Juni 2013

Implementierung des Traumakonzeptes an der KSI

- **Phase 1** (seit ca. 2003): psychotraumatologisch geschultes Personal behandelt Traumapatienten störungsspez. im Rahmen der Einzeltherapie, Adaptierung des störungsübergreifenden tiefenpsychologisch fundierten Gruppenkonzeptes.

- Projektauftrag (2007) durch die Geschäftsleitung zur Konzepterstellung für eine Traumastation im Rahmen eines Traumakompetenzzentrums als Grundlage für die Verhandlung mit den Kostenträgern

---

- **Phase 2** (seit 5/2010): „Pilotphase Traumamodul“, manualorientiert mit eigenständigen störungsspez. Gruppenangeboten, teamübergreifend, keine zusätzlichen Personalrressourcen
- **Phase 3** (seit 10/2012): Etablierung der Traumastation für 12 PatientInnen mit eigenem Team, Verbesserung der Strukturqualität (Stellenschlüssel, traumaspezifische Supervision…)
- **Phase 4** (seit 5/2013): Bettenerweiterung auf bis zu 18 PatientInnen, Umsetzung der in Arbeitsgruppen diskutierten Konzeptänderungen
- **Phase 5**: („in Arbeit“): Aufbau einer Traumaambulanz

Strukturmerkmale des Behandlungssettings

- Verbesserter Personalschlüssel: (entsprechend den Empfehlungen der Arbeitsgruppe stat. Traumatherapie der DeGPT)
- Räumlichkeiten:
  - Unterbringung in Einzelzimmern
  - Gewährung einer stressarmen Stationsatmosphäre mit dosierten Kontakt- und Rückzugsmöglichkeiten → eigener Stationsstützpunkt mit Sitzgruppe
  - 2 Kriseninterventionsräume
- Integration im Team: intensiver Austausch und traumaspez. Supervision
- Therapieangebote:
  - Kleingruppenangebote mit doppelter Therapeutenbesetzung

Ärztl. / psycholog. Einzelpsychotherapie *	100-150 min / Woche
Pflegerische Cotherapie (Einzelskillstraining) *	2 x25 min / Woche
Körper- oder Kunsttherapie	ca. 50 min / 14 tgl.
Somatische ärztl. Betreuung	gesteigerter Bedarf aufgrund hoher Komorbidität
Sozialberatung	gesteigerter Bedarf aufgrund instabiler äußerer Situation

* Zeitangaben ohne die oft zusätzlichen Zeiten für Kriseninterventionen, Dokumentation oder somatischen Betreuungsbedarf

Wurzeln des Konzepts

Das Konzept ist einer „schonenden Traumatherapie“ verpflichtet, wie sie von M. Sack, A. Hofmann, W. Wöller und anderen Autoren beschrieben wurde. Grundgedanke ist die bereits frühzeitige konfrontative Bearbeitung von belastenden Vorstellungen und Erinnerungen in Kombination mit Techniken der Ressourcenaktivierung unter Berücksichtigung des individuellen Stresstoleranzfensters.

Die Traumastation knüpft an das integrative psychodynamische Konzept der Psychosomatischen Abteilung der Klinik St. Irmingard an. Wurzeln liegen diesbezüglich in der Strukturbezogenen Psychotherapie nach G. Rudolf, sowie in PITT nach L. Reddemann und im Behandlungskonzept für traumatisierte Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen nach W. Wöller

Bei den überwiegend komplex traumatisierten Patienten der Station hat das Konzept der Strukturellen Dissoziation nach O. van der Hart und Kollegen sowohl als Störungsmodell als auch als auch in der praktischen Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen eine hohe Relevanz.

Verhaltenstherapeutische Techniken und Strategien aus der DBT-PTBS nach M. Bohus werden in stärkerem Umfang als in o.g. integrativen psychodynamischen Konzepten genutzt, insbesondere werden Elemente des manualisierten Fertigkeitentrainings eingesetzt, vergleichbar mit dem Göttinger Konzept von U. Sachsse.

Phasenablauf

- **Prästationäre Phase**: Indikationsprüfung mit Diagnostik und vorläufiger Auftragsklärung im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes

---

- **Planungsphase**: Diagnostik und Therapieplanung / 1-2 Wochen (Störungsmodell, Arbeitsbündnis und Therapiezielklärung im Kontext der Therapiezielhierarchie, Klärung des individuellen Stabilisierungsbedarfs als Voraussetzung für schonende Traumakonfrontation
- **Hauptbehandlungsphase** / 6-9 Wochen: Stabilisierung und Prozessieren sind oft nicht voneinander trennbar
- **Abschlussphase**/ 1-2 Wochen: Therapieabschluss und Evaluation, Transfer in den Alltag

---

- **Poststationäre Phase**: Unterstützung beim Transfer durch Nachbesprechung / „booster-Sitzung“ nach 6 Wochen (derzeit nur in Einzelfällen umsetzbar)

Wer wird auf der Traumastation behandelt?

Traumafolgestörung	Symptomatik	Behandlungsaspekte
Typ I „einfache“ PTBS	Trias: Intrusion, Vermeidung, Hyperaraousal	Behandlung nach evidenzbasierten Methoden, i.d.R. ambulante Therapie
Typ II (partielle) PTBS + traumakompensat. Sympt.	zusätzlich Komorbidität (z.B. Angst, Depression, Somatisierung, Zwänge)	Hierarchisierung von Therapiezielen nach vordringlicher Komorbidität
Typ III (partielle) PTBS + persönlichkeitsprägende Symptomatik (kompl. PTBS)	zusätzlich •schwere emotionale Instabilität • dissoziative Symptomatik •Bindungs-/ Beziehungsstörungen •verändertes Selbst- u. Weltbild	Zusätzlich •Selbstfürsorge •Interpersonelle Kompetenzen •Alltagsressourcen •Krisenmanagement •Bearbeitung traumaassoziierter Emotionen und dysfunkt. Kognitionen
Typ IV (partielle) PTBS + komplexe dissoziative Symptomatik	zusätzlich •teilabgespaltene Identitätszustände •Zeitverlieren, Amnesien •Identitätswechsel	zusätzlich •Förderung der Gegenwartsorientierung •Verbesserung der Binnenkommunikation •Einbindung bisher dissoziierter Bereiche des Erlebens

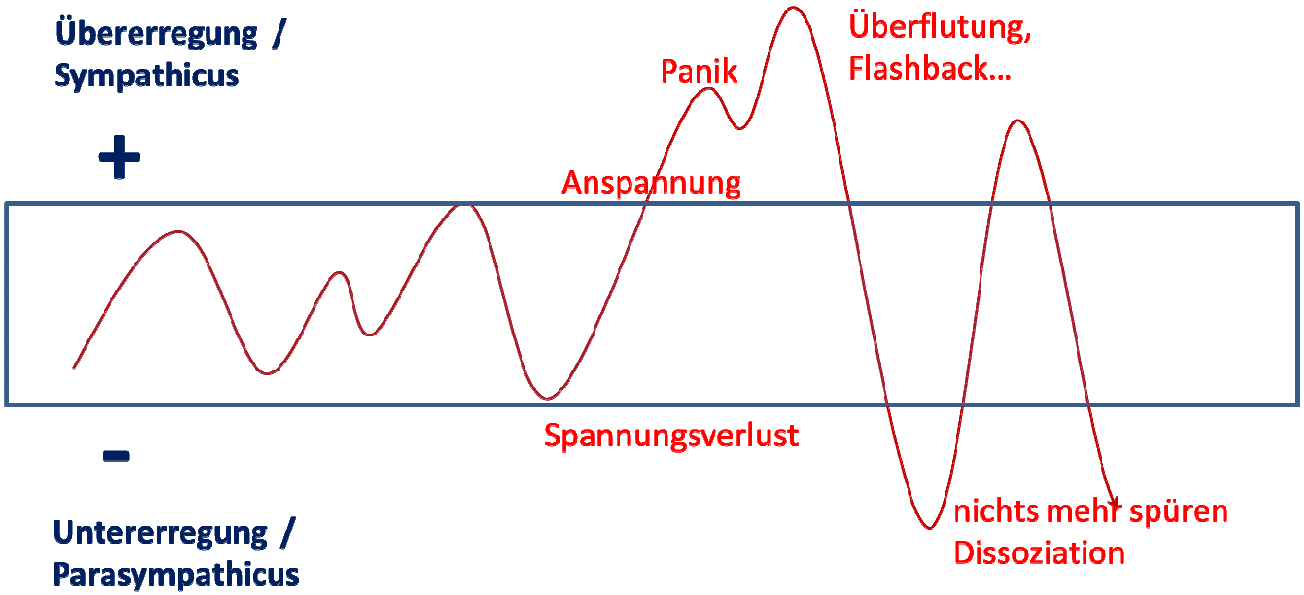
nach: Schellong, Arbeitsgruppe kompl Traumafolgestörungen der DeGPT , 2013

Phasen der Taumaarbeit

Stabilisierungs-phase			Konfrontations-phase	Integrations-phase
Sicherheit finden	Aneignung von Fertigkeiten	Zugang zum Traumamaterial finden	Bearbeitung traumatischer Erinnerungen	Integration und Wiederanknüpfen
Motto 1: **Erleben von Sicherheit durch maximalem Kontrast zur traumatischen Situation** •Therapierahmen gewährt Halt •Therapeut als Hilfs-Ich •milieutherapeutisch •übungs- und handlungsorientiert •Aktivierung der Aktionssysteme Exploration, Spiel, Sozialverhalten	**Motto 2:** **Wiedererlangung von Selbstwirksamkeit durch Aneignung selbstregulativer Fertigkeiten** •Therapeut als Coach •Patient übernimmt Verantwortung für seine Situation, indem er die Therapie (auch) als Trainingsprogramm für Fertigkeiten annimmt •Patient gewinnt Kompetenzen im eigenständigen Umgang mit Krisen (Hochstressskills) •Arbeit an Selbstfürsorge, Affektregulation und Beziehungsfertigkeiten •Erarbeitung einer Beobachterposition, Zugang zu	**Motto 3:** **„Konfrontieren durch Stabilisieren„** •Patient stellt sich den im Alltag relevanten Affekt- u. Körperphobien sowie den belastenden dysfunktionalen Kognitionen •Einsatz von schonenden körperorientierten und imaginativen Prozesstechniken u. speziellen EMDR-Techniken (z.B. Absorptionstechnik, CIPOS) •Arbeit mit scheinbar destruktiven Persönlichkeiitsanteilen •Förderung von Selbstreflexion und Mentalisierungsfähigkeit	**Motto 4:** **„Stabilisieren durch Konfrontieren“** •Verknüpfen der dysfunktionalen Erinnerungen mit Ressourcennetzwerken •Reprozessieren des Traumamaterials nach umgekehrten Standardpprotokoll	**Motto 5:** **Vergangenes und Zukünftiges in der Gegenwart gewichten** •Patient betrauert die erlittenen Verluste •Entwickeln einer Zukunftsperspektive •Überwindung der Phobien bzgl. Intimität und Sexualität •Festigung der Identität

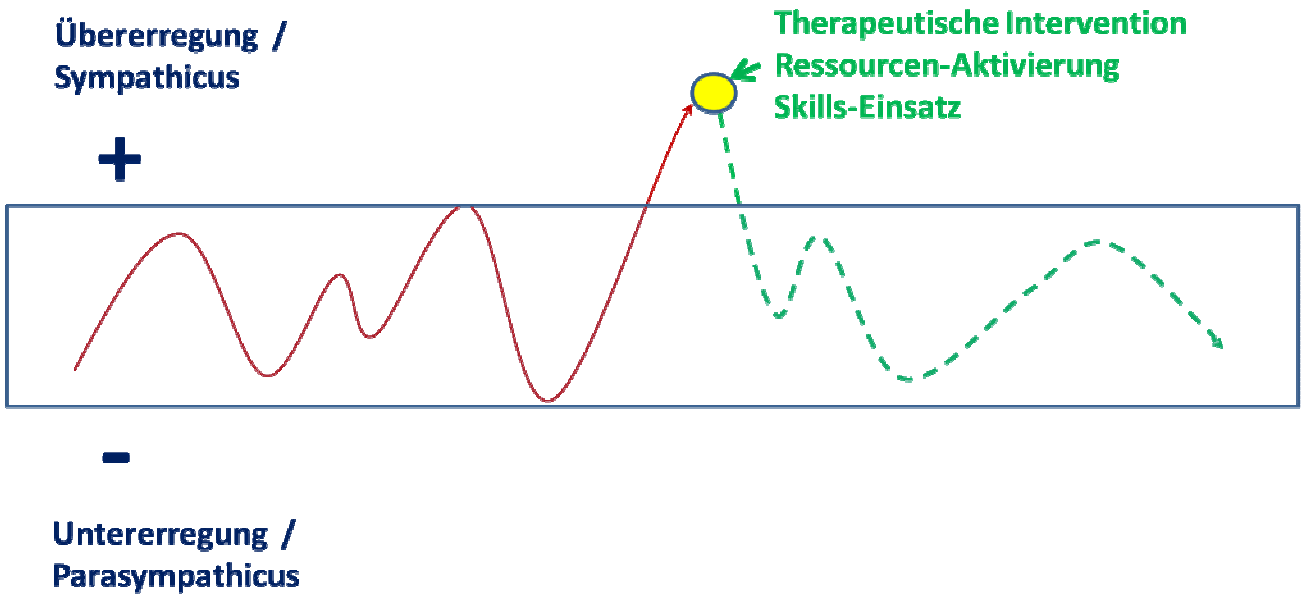
Orientierung am Stresstoleranzfenster

- Neulernen ist möglich, wenn das Stresstoleranzfenster (D. Siegel) offen ist, also keine starke Über- oder Untererregung vorherrscht.
- Traumaexposition ohne Mentalisierungsfähigkeit im Traumastate kann schaden



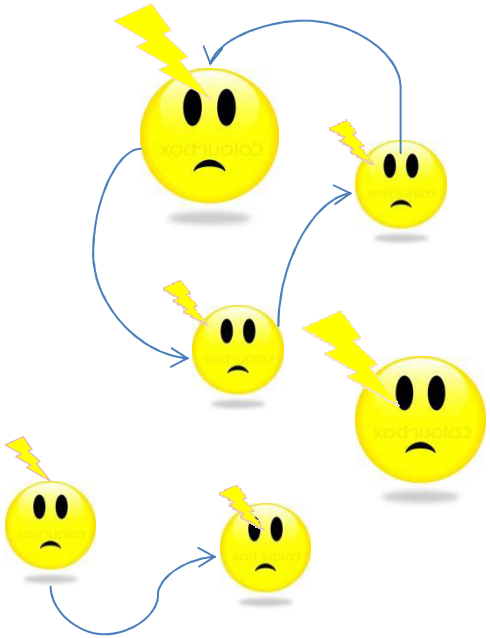
Orientierung am Stresstoleranzfenster

- Neulernen ist möglich, wenn das Stresstoleranzfenster (D. Siegel) offen ist, also keine starke Über- oder Untererregung vorherrscht.
- Traumaexposition ohne Mentalisierungsfähigkeit im Traumastate kann schaden



Interventionen auf der Basis des Modells der adaptiven Informationsverarbeitung (nach Shapiro)

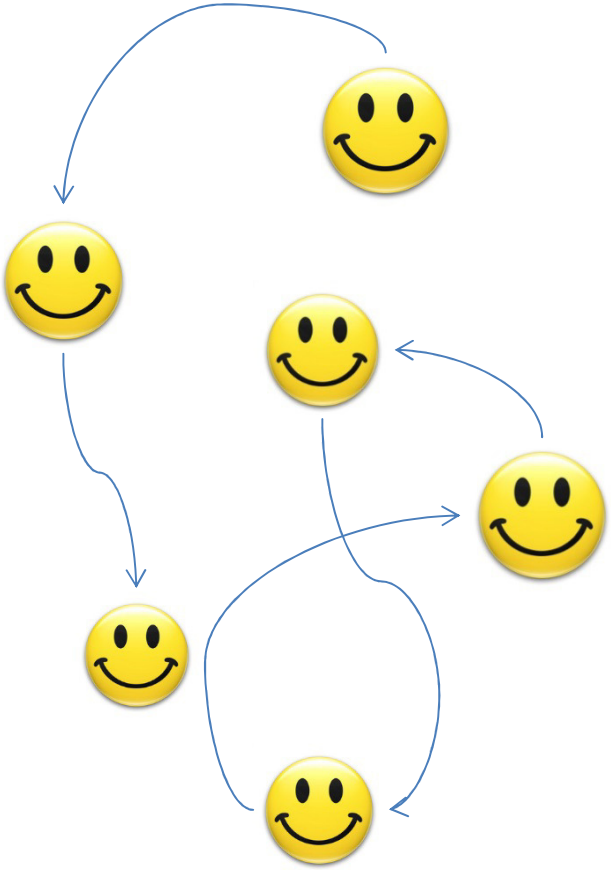
a. Isolierte Ressourcen- und Traumanetzwerke,
resourcenarmer Zustand

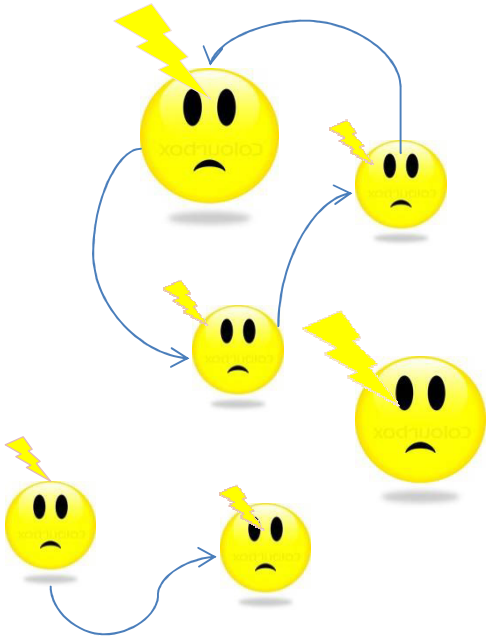


mod. nach Rost 2010

Interventionen auf der Basis des Modells der adaptiven Informationsverarbeitung

b. Stabilisierung durch Aktivierung von Ressourcennetzwerken

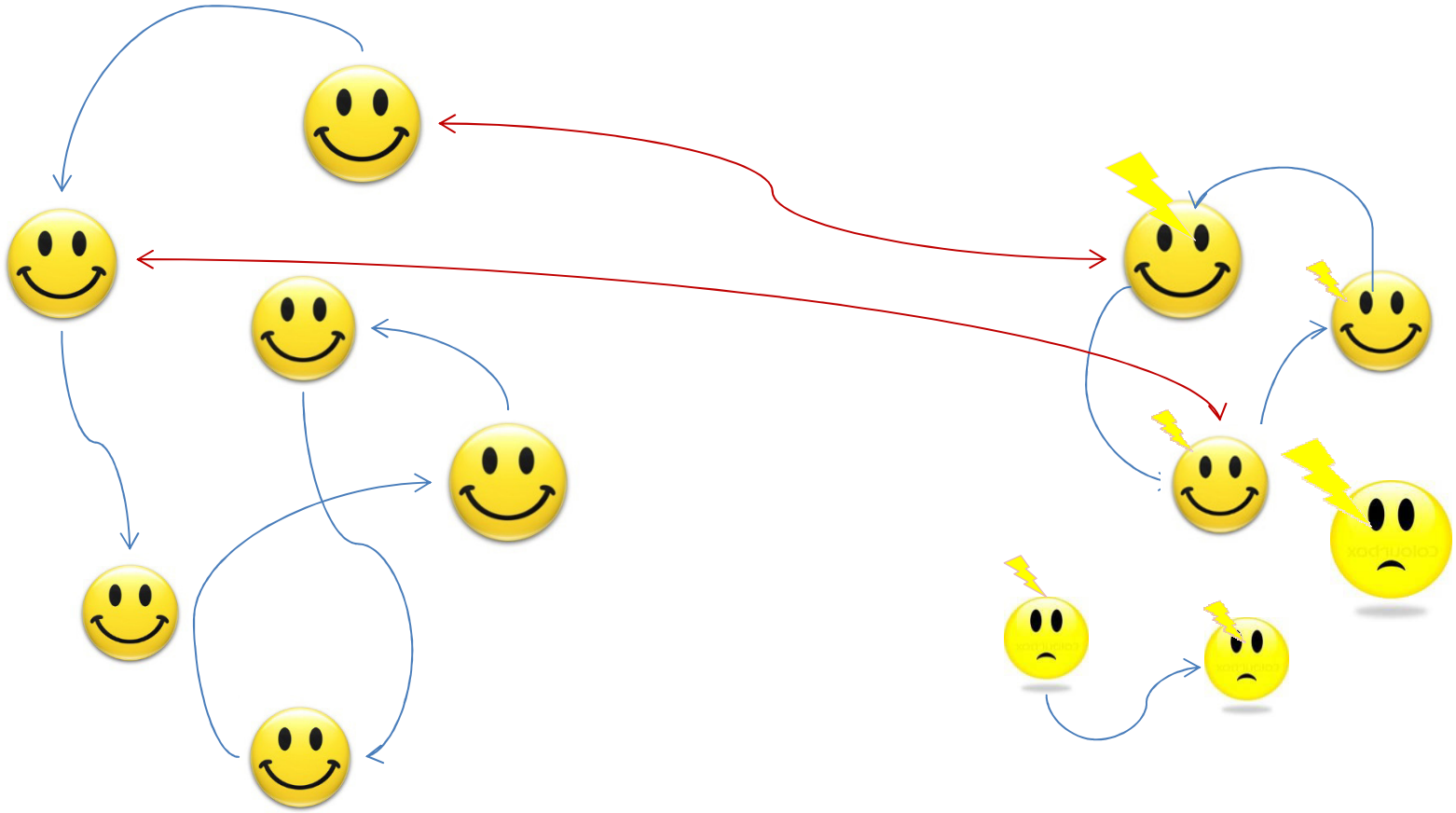




mod. nach Rost 2010

Interventionen auf der Basis des Modells der adaptiven Informationsverarbeitung

c. Schonende Traumabearbeitung: Verknüpfung der dysfunktionalen Erinnerung mit Ressourcennetzwerken = „Stabilisieren durch Konfrontation“



mod. nach Rost 2010

Arbeit mit Inneren Anteilen

- Theoretische Grundlagen:
  - Theorie der Strukturellen Dissoziation: Van der Hart et al. 2008, „Das verfolgte Selbst“.
  - Hypnotherapeutische Ego-State-Therapie: Watkins u. Watkins 1997
- Anwendung:
  - Arbeit mit inneren Anteilen bei allen Patienten mit komplexen dissoziativen Störungen.
  - Bei komplexer PTBS bei entsprechender ambulanter Vorbehandlung oder bei patientenseitiger Affinität zum Konzept

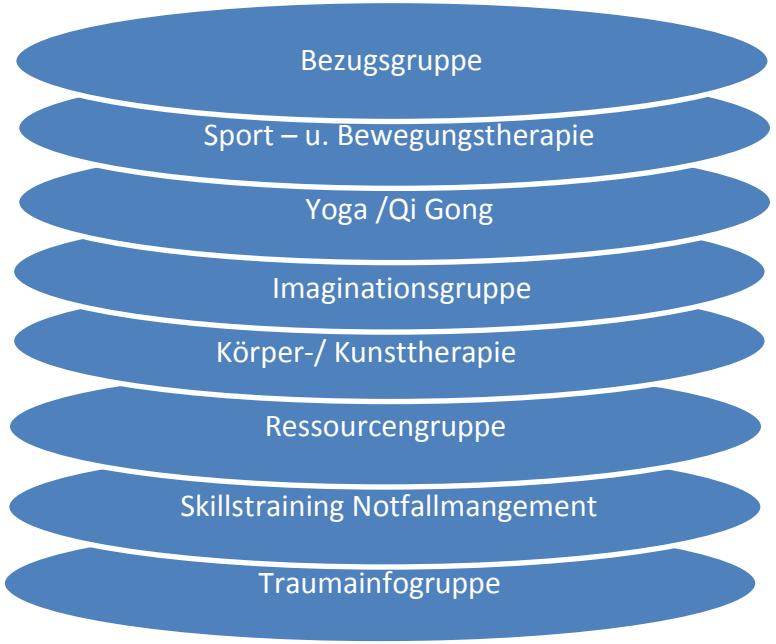
Innere Helfer
der Traumastation

Gruppenpsychotherapie bei traumatisierten Patienten

Fazit für die Praxis:

- Arbeitsauftrag für die Gruppenteilnahme abstimmen, Commitment einfordern
- oberstes Gebot: Sicherheit und Transparenz
  - Gruppenregeln müssen auch im Verlauf der Gruppenarbeit immer wieder bekräftigt werden
  - Umgang mit Krisen muss gut geregelt sein
- Abfolge:
  - beginnend mit Arbeit an Skills zur Ressourcenaktivierung und Verbesserung der Emotionsregulation (psychoedukativ / übungs- und handlungszentriert)
  - erst dann Arbeit am inneren Erleben und an den inneren Phobien (mentalisierungsbezogen, emotional, körperzentriert)
- Therapeutenpaar muss Anzeichen der Aktivierung von Defensivsystemen im Auge behalten und früh intervenieren (freundlich aber bestimmt Reorientieren, Beobachterposition fordern, spontane Ressourcen oder Skillsnutzung fördern).

Gruppentherapieangebote:

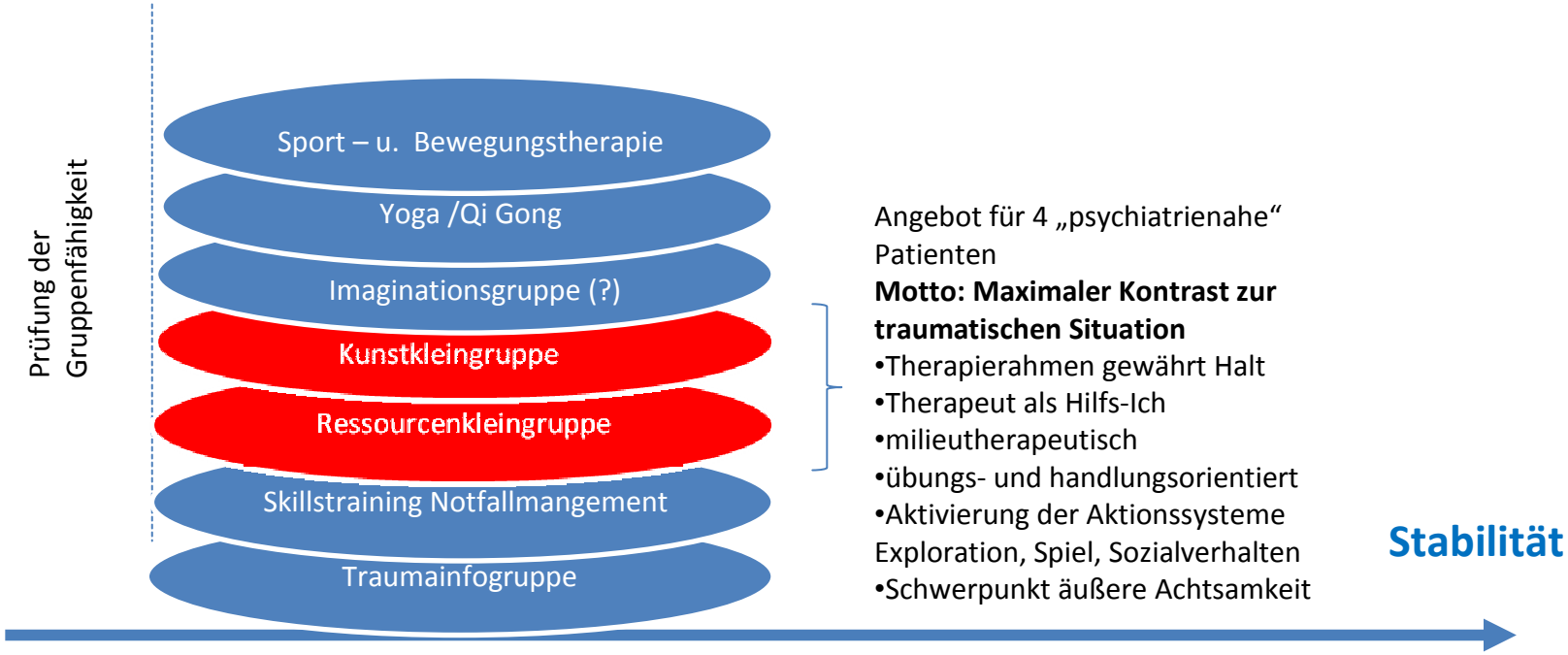


Struktur der Gruppen:

- 6 - 8 Teilnehmer
- halboffen
- Besetzung durch Therapeut + Cotherapeut
- störungsspezifisch
- weitgehend manualisiertes Übungsprogramm

Gruppentherapieangebote:

Ziele und Strategien in Abhängigkeit vom individuellen Stabilisierungsbedarf



Angebot für 4 „psychiatrienahe“ Patienten

Motto: Maximaler Kontrast zur traumatischen Situation

- Therapierahmen gewährt Halt
- Therapeut als Hilfs-Ich
- milieutherapeutisch
- übungs- und handlungsorientiert
- Aktivierung der Aktionssysteme Exploration, Spiel, Sozialverhalten
- Schwerpunkt äußere Achtsamkeit

Hohes Maß an intrusiven Emotionen, Flashbacks, Dissoziation bei fehlender Triggerkontrolle

Selbstzerstörerische Tendenzen und Missachtung basaler Selbstfürsorge

Noch brüchiges Therapiebündnis, Delegation der Verantwortlichkeit an Hilfs-Ich

Neigung zu traumatischen Reinszenierungen

Verfügbarkeit von Notfallskills , kennt die typ. Trigger

Fähigkeit auf persönl. Ressourcen zurückzugreifen und sich zunehmend selbstfürsorglich zu verhalten

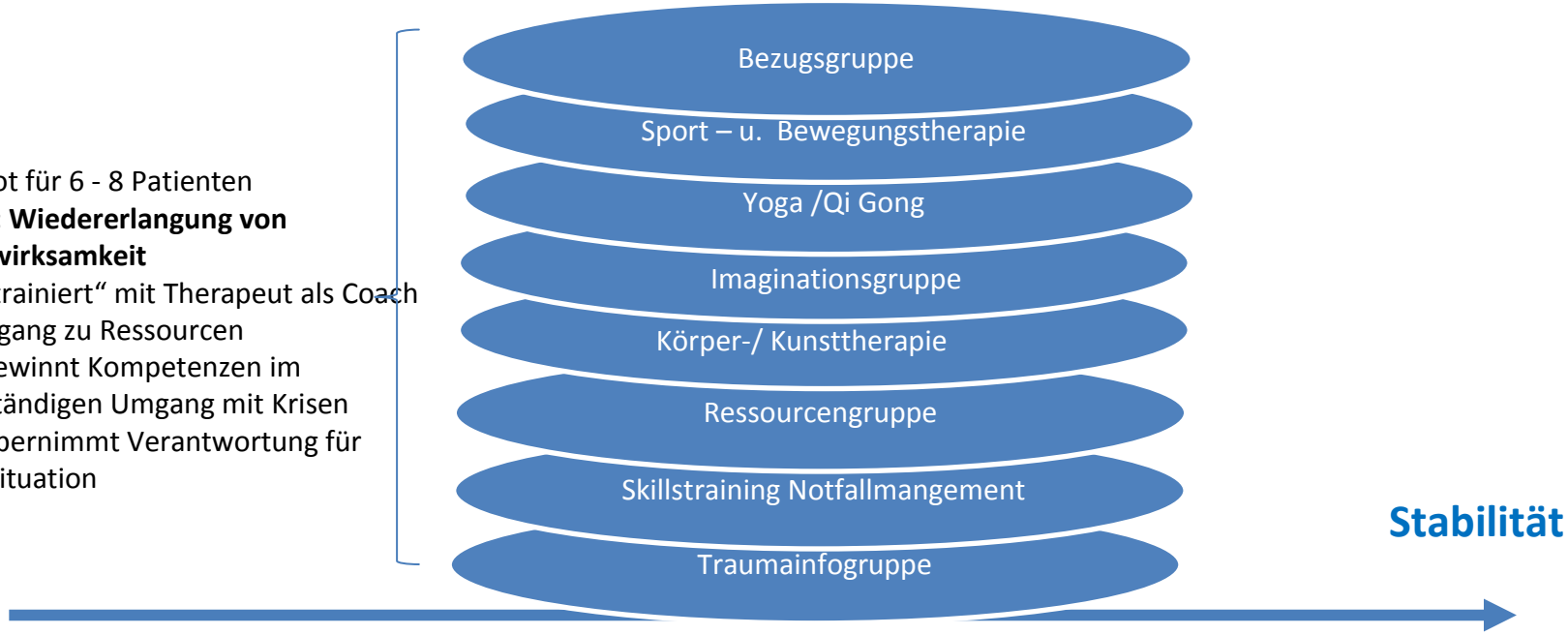
Gefestigtes Therapiebündnis, hohes Maß an Selbstverantwortlichkeit

Konstruktive Auseinandersetzung mit problematischen Beziehungsmustern

Gruppentherapieangebote:

Ziele und Strategien in Abhängigkeit vom individuellen Stabilisierungsbedarf

Angebot für 6 - 8 Patienten
Motto: Wiedererlangung von Selbstwirksamkeit
•Pat. „trainiert“ mit Therapeut als Coach den Zugang zu Ressourcen
•Pat. gewinnt Kompetenzen im eigenständigen Umgang mit Krisen
•Pat. übernimmt Verantwortung für seine Situation



Hohes Maß an intrusiven Emotionen, Flashbacks, Dissoziation bei fehlender Triggerkontrolle

Selbstzerstörerische Tendenzen und Missachtung basaler Selbstfürsorge

Noch brüchiges Therapiebündnis, Delegation der Verantwortlichkeit an Hilfs-Ich

Neigung zu traumatischen Reinszenierungen

Verfügbarkeit von Notfallskills , kennt die typ. Trigger

Fähigkeit auf persönl. Ressourcen zurückzugreifen und sich zunehmend selbstfürsorglich zu verhalten

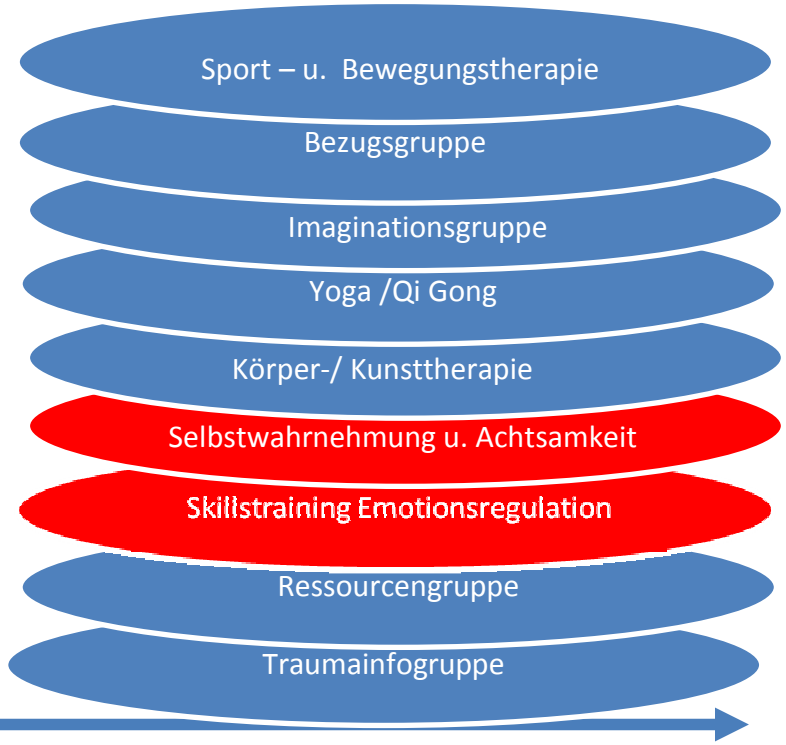
Gefestigtes Therapiebündnis, hohes Maß an Selbstverantwortlichkeit

Konstruktive Auseinandersetzung mit problematischen Beziehungsmustern

Gruppentherapieangebote:

Ziele und Strategien in Abhängigkeit vom individuellen Stabilisierungsbedarf

Angebot für 6- 8 „fortgeschrittene“ Patienten
Motto: „Konfrontieren durch Stabilisieren„
•Arbeit an den Affekt- u. Körperphobien sowie an dysfunkt. Kognitionen
•Subj. Erleben in Worte fassen
•Förderung von Selbstreflexion und Mentalisierungsfähigkeit
•Förderung der inneren Achtsamkeit



Hohes Maß an intrusiven Emotionen, Flashbacks, Dissoziation bei fehlender Triggerkontrolle

Selbstzerstörerische Tendenzen und Missachtung basaler Selbstfürsorge

Noch brüchiges Therapiebündnis, Delegation der Verantwortlichkeit an Hilfs-Ich

Neigung zu traumatischen Reinszenierungen

Verfügbarkeit von Notfallskills , kennt die typ. Trigger

Fähigkeit auf persönl. Ressourcen zurückzugreifen und sich zunehmend selbstfürsorglich zu verhalten

Gefestigtes Therapiebündnis, hohes Maß an Selbstverantwortlichkeit

Konstruktive Auseinandersetzung mit problematischen Beziehungsmustern

Zusammenfassung

Konzept der Traumastation der Klinik St. Irmingard	
Prinzip:	✓ Frühzeitiger Einsatz von Expositionselementen nach Maßgabe einer schonenden Traumatherapie ✓ Orientierung am Window of Tolerance ✓ Arbeit mit inneren Anteilen der Persönlichkeit, insbesondere bei komplexen dissoziativen Störungen
Behandlungsrahmen:	✓ Arbeit mit Therapieverträgen und dynamischer Hierarchisierung von Therapiezielen ✓ Klar definierte Strategien im Umgang mit Krisen und Problemverhaltensweisen und Berücksichtigung von Bindungsaspekten
Stabilisierung:	✓ Ansetzen am individuellen Stabilisierungsbedarf ✓ Enges Monitoring des Therapieverlaufs
Traumakonfrontation:	✓ EMDR, Bildschirmtechnik oder andere schonende Prozesstechniken ✓ Modifizierte EMDR-Protokolle bei unzureichender Stabilität für EMDR-Standardprotokoll

Klinik
St. Irmingard

Vielen Dank
Ihre Aufmerksamkeit!