



Klinik am Osterbach

**Traumatherapeutisches Konzept der
Klinik am Osterbach
Abteilung für Psychotherapeutische Medizin
Am Osterbach 2
32545 Bad Oeynhausen**

Das traumatherapeutische Konzept der Abteilung bietet verschiedene mögliche therapeutische Settings, die den unterschiedlichen symptomatischen Folgen der Traumatisierung und den dadurch entstehenden Anforderungen an die Therapie und die individuellen Bedürfnisse der Patient/innen entsprechen.

Das klassische Setting der Abteilung sieht die Behandlung in einer geschlossenen Traumagruppe mit maximal 8 Patient/innen vor, die von einer traumatherapeutisch erfahrenen und speziell qualifizierten Therapeutin geleitet wird.

Hierfür stehen 2 Gruppen zur Verfügung, in denen ausschließlich Patient/innen mit dem Störungsbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung aufgenommen werden.

Die Co-Morbidität – bzw. das Strukturniveau können hierbei variieren, wobei komplex traumatisierte Patient/innen auf Borderline-Niveau, insbesondere wenn ein hohes Aggressionspotential, Selbstverletzungen oder ein gering integriertes Strukturniveau vorliegt, nur einen Teil der Gruppe ausmachen dürfen, um deren Halte – und Arbeitsfähigkeit nicht zu überfordern.

Da die Gruppenleiterin gleichzeitig die Bezugstherapeutin der einzelnen Patient/innen ist und konzeptionell so vorgesehen auch deren ärztliche Betreuung übernimmt, kommt es zu einer hohen therapeutischen Verdichtung, die durch die Möglichkeit, die dyadische Beziehung auch in einer starken Hilfs-Ich Funktion zu nutzen, auch bei Patient/innen mit starken Fragmentierungsängsten, Neigung zu Dissoziationen, Angstattacken etc. eine intensive therapeutische Arbeit möglich macht.

Hierbei bildet die Basis der therapeutischen Arbeit die Gestaltung eines sicheren therapeutischen Raumes, der den PatientInnen vermittelt in der therapeutischen Beziehung, in der Gruppe, aber auch im gesamten Haus geschützt, gehalten und aufgefangen zu sein.

Diese Basis muss angepasst und an die klinische Symptomatik durch eine klare Struktur und Grenzsetzungen ergänzt werden .

Dies kann, insbesondere bei selbstschädigendem und therapiegefährdendem Verhalten, verhaltenstherapeutische Interventionen z.B. mit Therapieverträgen oder Kontaktsperre erforderlich machen.

Grundsätzlich geht jeder Arbeit am Trauma eine in Bezug auf Dauer und Inhalte individuell ausgestaltete Stabilisierungsphase voran.

Die Patient/innen erlernen Stabilisierungs- und Entspannungstechniken, arbeiten therapeutisch zunächst daran, ein Selbstmanagement zu erzielen, um dann zunehmend eine ressourcenorientierte Selbstwahrnehmung und Stärkung der Differenzierungs-, Integrations- und Handlungskompetenz in überschneidenden, für jede Patientin aber auch individuell zu erarbeitenden und zu focussierenden Bereichen, zu erreichen.

Die Arbeit am Trauma an sich kann dabei einen individuell unterschiedlich großen Raum einnehmen.

Therapieplan der geschlossenen Traumagruppen :

Die Patient/innen erhalten derzeit 2 mal pro Woche psychodynamisch orientierte Gruppentherapie mit psychodramatischen und imaginativen Elementen (à jeweils 90 min.), 1 mal pro Woche tiefenpsychologisch fundierte Interaktionelle Gruppe (à 60 min.), 2 mal pro Woche Kunsttherapiegruppe als non – verbales Therapieverfahren (à 90 min.) sowie mindestens 50 min. Einzeltherapie pro Woche.

Die interaktionelle Gruppe wird im Laufe des Jahres 2011 durch eine psychoedukative Gruppe „Träume“ ersetzt werden.

Zusätzlich haben die Patient/innen die Möglichkeit, jeden Tag die ärztliche und therapeutische Sprechstunde aufzusuchen.

Insbesondere in Phasen der Traumabearbeitung und Integration ist der Einzeltherapiebedarf höher mit dann täglichen kürzeren Kontakten und intensiver Co – Therapie durch die Pflege.

Gerade für Patient/innen, die einen starken Halt im Gegenüber und die therapeutische Dyade benötigen, um sich auf sich und das Thema focussieren zu können, ist in ausgewählten Einzelfällen auch Kunsttherapie als zusätzliche Einzelsitzung möglich.

Für die beiden geschlossenen Traumagruppen stehen ergotherapeutische Projekt - Frauengruppen zur Verfügung, die insbesondere für Patient/innen mit starker Rückzugstendenz, Antriebsstörung, Angststörung, Problemen, sich selbst zu strukturieren, erheblichen Problemen im interaktionellen Kontakt etc. vorgesehen sind.

Auf der körper- und bewegungstherapeutischen Ebene wird besonderer Wert darauf gelegt, die Patientinnen behutsam und unter Achtung von Ängsten und Defiziten wieder in den Kontakt mit ihrem Körper zu bringen, um das traumatisierte Körperselbst in den Heilungsprozess zu integrieren und hier Kräfte und Ressourcen zu aktivieren.

Aus diesem Grunde erfolgt eine Behandlung mit Focussierung auf achtsame und integrierende Methoden der Körper- und Bewegungstherapie, die aber je nach Co – Morbidität auch durch energetische sportliche Therapien ergänzt werden können.

Primär erhalten die Patientinnen Körperwahrnehmung für Frauen, ebenfalls regelmässig gut indiziert und geeignet sind Bewegungsmeditation und Yoga, Tanztherapie, Stretching und Tai Chi, die bei bestehender Indikation und durch Wirbelsäulengymnastik, seltener Wassergymnastik, Body Workout, Terrainwandern, Sport und Spiel ergänzt werden können.

Als Entspannungsverfahren wird für diese Patientinnen PMR angewandt.

Beim autogenen Training kam es bei einem Teil der Patient/innen im Rahmen der Ich-Regression im Prozess der therapeutischen Selbsthypnose zu Angstattacken oder dissoziativen Zuständen. Autogenes Training wird nur nach genauer Rücksprache auf besonderen Wunsch der PatientInnen verordnet , wenn z.B. bereits positive Vorerfahrungen und Kompetenzen mit diesem Verfahren bestehen.

Zur Förderung einer positiven Körperwahrnehmung und zum Abbau von Schmerz – und Spannungszuständen genießen die physikalischen Maßnahmen im Rahmen des traumatherapeutischen Ansatzes ebenfalls einem hohen Stellenwert.

Hier erfolgt eine individuelle Indikationsstellung wobei darauf geachtet wird, dass diese Therapien (z.B. Massagen, Packungen, Elektrotherapie...) bei Frauen nur von Therapeutinnen durchgeführt werden, Ausnahmen sind nur nach ausdrücklicher Genehmigung durch die Patiententinnen möglich. Bei traumatisierten Männern wird dies selbstverständlich ebenfalls thematisiert, wobei hier erfahrungsgemäß je nach Traumatisierung und Übertragungsbeziehung eher individuelle Problematiken im Kontakt zum Behandler / zur Behandlerin entstehen können.

Einen herausragenden Stellenwert hat für diese Patient/innengruppe die Sozialberatung, da oft ein erheblicher Hilfebedarf vorliegt, der neben den Sozialmedizin- und Sozialrechtsvorträgen eine individuelle Einzelberatung bei so gut wie allen PatientInnen über mehrere Termine parallel zum und vernetzt mit dem therapeutischen Prozess erforderlich macht.

Die Ernährungsberatung und die Lehrküche wird von den Patient/innen bei bestehender Indikation regelmäßig genutzt

Die klinische Erfahrung zeigt, dass in dieser Patient/innengruppe erwartungsgemäß ein hoher Anteil an Essstörungen vorliegt.

Bei entsprechendem Bedarf besteht die konzeptionelle Möglichkeit, ebenso geschlossene Traumagruppen für Männer mit entsprechend erfahrenen und qualifizierten männlichen Therapeuten anzubieten.

Dies konnte angesichts des in diesem Bereich immer noch zurückhaltenderen Antragsverhalten der männlichen Versicherten bislang nur intermittierend durchgeführt werden.

Die bisherigen therapeutischen Erfahrungen sind bei sorgfältiger Zusammenstellung der Gruppe (nur ein geringerer Teil der Gruppe komplex-traumatisiert auf Borderline Strukturniveau, Aggressionen können im interaktionellen Prozess mit therapeutischer Unterstützung noch ausreichend gehalten und gesteuert werden...) sehr positiv.

Neben der Zuweisung zur Traumatherapie gelangen viele traumatisierte Patienten und Patientinnen unter einem anderen diagnostischen und symptomatischen Schwerpunkt zur stationären psychosomatischen Reha.

Hierbei handelt es sich oft um Menschen mit komplexen psychosomatischen Störungsbildern, insbesondere auch Schmerzstörungen, Menschen mit schweren affektiven Störungen oder Angst – und Panikstörungen.

Die Traumatisierung gelangt dann im Verlauf der Therapie in das Bewusstsein und den Therapiefocus häufig begleitet von starker emotionaler Erschütterung und Destabilisierung, sowie dem Anliegen der Patienten und Patientinnen, mit den Introjekten durch nachhaltig wirksame therapeutische Maßnahmen und Techniken besser umgehen und sich selbst stabilisieren zu können.

Um diesen Patientinnen und Patienten neben traumatherapeutischen Einzelinterventionen auch eine indikative Gruppe anbieten zu können wurde die nachstehende Gruppe neu konzeptionalisiert:

Musterwochenpläne für den gesamten Aufenthalt (nur Name und Geburtsdatum der Patientin sind geändert):

1. Woche																					
Mustermann, Gaby, geb.: 01.01.1955																					
Zeit	Mo. 12.05.			Di. 13.05.			Mi. 14.05.			Do. 15.05.			Fr. 16.05.			Sa. 17.05.			So. 18.05.		
	KTL			KTL			KTL			KTL			KTL			KTL			KTL		
7.00							39	Zwischen 7.00 und 8.00	H074A												
							26	8.00	C010F	11	8.45 – 9.35D	C050K	49	8.00 – 8.15	C131C						
									G039F				10	8.20 – 8.40	C070D						
							38	9.00	C070Z	3	10.20-12.00	F163N	1	8.40-10.20	G049P						
									G333Z		In G1!		25 a	11.40-12.10	A021F						
12.00 Mittag 13.00							36	11.00	G449I				11	10.45-11.35E	C050J						
				35	16.15	G303L	12	16.00 Anreise	E201Z												
							12	Test/ BaDo	D290Z	53	19.00-20.30	L019N									
				37	18.45	D200F															
					Treff Stat.2																
20.00																					

2. Woche																			Mustermann, Gaby, geb.: 01.01.1955								
Zeit	Mo. 19.05.			Di. 20.05.			Mi. 21.05.			Do. 22.05.			Fr. 23.05.			Sa. 24.05.			So. 25.05.								
			KTL			KTL			KTL			KTL			KTL			KTL			KTL						
7.00			B069D								Feier- tag																
	3	8.40 – 10.20	F163N	1	8.40- 10.20	F163N	3	8.40- 10.20	F163N					1	8.40- 10.20	F163N											
														25	10.30 - 11.30	A021L				11	10.00- 10.50	C050K					
	16 a	10.30 12.00	E220N	16 c	10.30- 12.00	E240N	41	10.30- 10.25	K230D																		
12.00 Mittag 13.00																											
				42	13.00- 13.30	K090F	2	13.30- 14.30	G049L																		
				26	13.40- 14.30	G039K								23	14.30 - 15.00	B069D											
	55	19.20- 19.40	A022D	23	15.00- 15.30	B069D	55	19.00- 19.20	A022D																		
20.00																											

3. Woche																					
Mustermann, Gaby, geb.: 01.01.1955																					
Zeit	Mo. 26.05.			Di. 27.05.			Mi. 28.05.			Do. 29.05.			Fr. 30.05.			Sa. 31.05.			So. 01.06.		
			KTL			KTL			KTL			KTL			KTL			KTL			KTL
7.00																					
	3	8.40-10.20	F163N	1	8.40-10.20	G049P	3	8.40-10.20	F163N	16 c	8.30-10.00	E240N	1	8.40-10.20	F163N						
													25	10.30-11.30	A021L						
	16 a	10.30-12.00	E220N	16 c	10.30-12.00	E240N				42	10.30-11.00	K090F									
							41	11.30-11.55	K230D												
12.00 Mittag 13.00																					
				42	13.00-13.30	K090F	2	13.30-14.30	G049L	16 b	13.00-14.00	E099L									
				26	13.40-14.30	G039K				8	15.00-16.00	A099L	15	14.00-15.00	D059I						
				23	15.00-15.30	B069D															
				18 a	17.00-17.45	A069I															
20.00																					

4. Woche																					
Mustermann, Gaby, geb.: 01.01.1955																					
Zeit	Mo. 02.06.			Di. 03.06.			Mi. 04.06.			Do. 05.06.			Fr. 06.06.			Sa. 07.06.			So. 08.06.		
			KTL			KTL			KTL			KTL			KTL			KTL			KTL
7.00	23	7.30-8.00	B069D																		
	3	8.40-10.20	F163N	1	8.40-10.20	G049P	3	8.40-10.20	F163N	1	8.40-10.20	G049P									
													25	10.30-11.30	A021L				11	10.00-10.50C	C050K
	16a	10.30-12.00	E220N																		
				42	11.00-11.30	K090F	41	11.00-11.25	K230D	42	11.00-11.30	K090F									
12.00 Mittag 13.00							2	13.30-14.30	G049L	16b	13.00-14.00	E099L									
				26	13.40-14.30	G039K					14.05 Visite	G239B	15	14.00-15.00	D059I						
				23	15.00-15.30	B069D					Bitte ab 14.00 Uhr im Zimmer sein. Danke										
	53	19.00-20.00	L032L							8	15.00-16.00	A099L									
20.00																					

5. Woche																					
Mustermann, Gaby, geb.: 01.01.1955																					
Zeit	Mo. 09.06.			Di. 10.06.			Mi. 11.06.			Do. 12.06.			Fr. 13.06.			Sa. 14.06.			So. 15.06.		
			KTL			KTL			KTL			KTL			KTL			KTL			KTL
7.00	23	7.30-8.00	B069D																		
	3	8.40-10.20	F163N	1	8.40-10.20	G049P	3	8.40-10.20	F163N					1	8.40-10.20	F163N					
										26	9.00-9.50	G039K	25	10.30-11.30	A021L						
	41	11.00-11.25	K230D	42	11.00-11.30	K090F	41	11.00-11.25	K230D	42	11.00-11.30	K090F									
12.00 Mittag 13.00							2	13.30-14.30	G049L	16 b	13.00-14.00	E099L									
										8	15.00-16.00	A099L	15	14.00-15.00	D059I						
				23	15.00-15.30	B069D															
	53	19.00-20.00	L031M																		
20.00																					

6. Woche																					
Mustermann, Gaby, geb.: 01.01.1955																					
Zeit	Mo. 16.06.			Di. 17.06.			Mi. 18.06.			Do. 19.06.			Fr. 20.06.			Sa. 21.06.			So. 22.06.		
			KTL			KTL			KTL			KTL			KTL			KTL			KTL
7.00	23	7.30-8.00	B069D																		
	3	8.40-10.20	F163N	1	8.40-10.20	G049P	3	8.40-10.20	F163N				1	8.40-10.20	F163N	39	Zwischen 7.00-8.00	H074A			
										26	9.30-10.20	G039K	25	10.30-11.30	A021L						
				42	11.00-11.30	K090F	41	11.00-11.25	K230D	42	11.00-11.30	K090F									
12.00 Mittag 13.00							2	13.30-14.30	G049L	16 b	13.00-14.00	E099L									
										8	15.00-16.00	A099L									
				23	15.00-15.30	B069D															
20.00																					

7. Woche																				Mustermann, Gaby, geb.: 01.01.1955																			
Zeit	Mo. 23.06.				Di. 24.06.				Mi. 25.06.				Do. 26.06.				Fr. 27.06.				Sa. 28.06.				So. 29.06.														
	KTL				KTL				KTL				KTL				KTL				KTL																		
7.00																																							
	3	8.40-10.20	F163N																																				
12.00 Mittag 13.00																																							
	12	15.45 Abreise	E201Z																																				
	12	Test / BaDo	D290Z																																				
20.00																																							

Selbststeuerungsgruppe (psychoedukative Gruppe für Menschen mit traumatischen Erfahrungen)

Diese indikative Gruppe wird bei bestehender Indikation vom Bezugstherapeuten zusätzlich zu einer nicht traumatherapeutisch orientierten Basisgruppe verordnet.

Frequenz 1mal / Woche à 60 min.

Maximale Teilnehmerzahl : 15 Patientinnen und ggf. auch Patienten

Indikationen :

Patientinnen mit hoher emotionaler Instabilität und geringem Selbststeuerungsvermögen der eigenen Emotionen. Patientinnen die nah an der psychischen Dekompensation sind oder durch die stationäre Therapie dekompensieren können.

Insbesondere indiziert für Patientinnen mit traumabedingten gravierenden Angststörungen – insbesondere Panikattacken und Patientinnen, bei denen sich im Verlauf eine Posttraumatische Belastungsstörung klinisch manifestiert.

Ziele :

Aufklärung über die Folgen traumatischer Erlebnisse:

In einer Sitzung wird mit den Patientinnen besprochen was ein Trauma überhaupt ist, wie es verarbeitet wird, welche psychosozialen Folgen es hat und wie es behandelt werden kann.

Förderung der Erfahrung von Selbstwirksamkeit:

Den Patientinnen werden ühend ressourcenorientierte Möglichkeiten vermittelt, das eigene psychische Befinden selbst zu steuern. Ziel ist die unmittelbare Erfahrung, dass ich meine Gefühle beeinflussen kann, dass ich Grenzen setzen kann.

Förderung von Resilienz

Ziel ist die Aktivierung eigener Kräfte um sich wohler zu fühlen, damit Belastendes bewusst sein kann, ohne alles zu dominieren. So können die Teilnehmerinnen die Erfahrung machen, eigene Emotionen zu steuern, um sich selbst wieder in ein stabileres psychisches Gleichgewicht zu bringen.

Gewinnen von Stabilität

Die Patientinnen lernen Stabilisierungs– und Distanzierungstechniken zur emotionalen Regulierung kennen. Es geht immer wieder darum, im Hier und Jetzt zu sein, damit die traumatische Vergangenheit immer weniger Einfluss auf die Gegenwart nimmt.

Inhalte :

Durchgeführt werden 6 Sitzungen, die erste ist rein psychoedukativ, dann erfolgen 5 Sitzungen mit verschiedenen Übungen.

Die Termine beginnen stets mit einem kurzen Warming-up . Dies besteht beispielsweise aus soziometrischen Übungen, einer durch Musik begleiteten Tanzsequenz oder Tai Chi Übungen.

Danach erfolgt eine kurze Ansprache zu Inhalt und therapeutischem Kontext der folgenden Sitzung sowie eine Erläuterung der folgenden Übungen.

Dann schließt sich das ressourcenorientierte Üben an, das den Schwerpunkt der Gruppe darstellt.

Zu einigen Imaginationsübungen werden zum Schluss Übungsblätter verteilt.

A7 18.1 Traumatherapeutisches Konzept PTH	Revision: 002	©Klinik am Osterbach
Erstellt: 23.06.08 as	geändert: 05.05.11 as	freigegeben: uh Seite 11 von 14

Es erfolgt eine kurze Reflexion der Übung: Sollte eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Erfahrungen nötig erscheinen, wird darauf hingewiesen, dies beim Bezugstherapeuten anzusprechen.

Die Sitzung endet wiederum mit einer kurzen körperorientierten Übung, z.B. wieder mit einer Tanzsequenz.

Die durchgeführten Übungen stammen aus verschiedenen Bereichen – imaginativ, körpertherapeutisch, kognitiv – verhaltenstherapeutisch...

1. Imaginationäbungen :

Tresorübung

Zugübung

Innerer Sicherer Ort

Gepäck ablegen

Baumübung

Ich bin ein Vogel und sehe alles mit Abstand von oben: den Blick weiten

Übung vom Tempel der inneren Weisheit.

2. Groundingübungen

3. Pendelübung

4. Sich – abgrenzen – Übung:

Seile als Grenzgebiet um mich herum legen, Bälle dienen als Kontaktaufnahme

5. Zitronenübung:

Ich erkenne, wie stark ich von meinen Gedanken beeinflusst bin

6. Distanzierungstechnik nach Dolan:

Im Hier–und–Jetzt–sein, ich benenne 5 Objekte, die ich sehe, ich beschreibe 4 Geräusche die ich höre, ich benenne 3 Empfindungen, die ich spüre...

7. Lichtstrahlmethode

8. Arbeit mit Texten

Die einzelnen Übungen sind in einer Übungsmappe, die bei Bedarf allen Therapeuten offen steht, in der Form eines therapeutischen Manuals beschrieben.

Ein übergeordnetes konzeptionelles Ziel ist es, sowohl die traumatherapeutische Kompetenz des Teams als auch die Kompetenz in der Arbeit mit persönlichkeitsstrukturell gestörten Patienten und Patientinnen kontinuierlich zu stärken und auszubauen.

Dies erfolgt im Rahmen der Teambesprechungen, der Reha – Konferenzen, der Chef – und Oberarztvisiten, der Fallsupervisionen, der abteilungsinternen Fortbildung, einer Balint – Gruppe für die Pflege und das Bewegungsteam, der externen Supervision sowie im Rahmen von externen Fortbildungen.

Die Förderung von externen Fortbildungen hat angesichts der zunehmend komplexer werdenden Störungsbilder im Bereich der psychosomatischen Reha kombiniert mit in weiten Bereichen ausgeprägteren sozialen und wirtschaftlichen Problematiken eine hohe Priorität für die Teamentwicklung. Der individuelle Fortbildungsbedarf wird durch regelmäßige Gespräche aller Teammitglieder mit der Chefärztin und den Oberärzten ermittelt und im Rahmen der Möglichkeiten konsequent und zielorientiert umgesetzt. Individuelle Wünsche und Prioritäten der Teammitglieder genießen hier einen hohen Stellenwert und werden gefördert, soweit sich dies konzeptionell integrieren lässt.

Bei komplex traumatisierten und in ihrer Persönlichkeitsentwicklung gestörten Patienten und Patientinnen sind in höherem Ausmaß Zweitsichten sowie in besonderen Einzelfällen auch therapiebegleitende Mitbehandlungen durch Chefärztin/Oberärzte erforderlich. Diese werden insbesondere dann durchgeführt, wenn die Bezugstherapeuten in ihrer therapeutischen Haltefähigkeit beginnend überfordert sind und Rückhalt und Struktur benötigen, um dem Patienten diese noch ausreichend anbieten zu können.

Von den Versicherten wird diese Art der therapeutischen Betreuung zwanglos im Sinne einer besonderen Wertschätzung und Achtsamkeit bzw. eines besonders gut geschützten therapeutischen Raumes, oder „sicheren Containers“ angenommen.

Die Erarbeitung einer fundierten sozialmedizinischen Stellungnahme parallel zur Entwicklung und Vorbereitung weiterführender Maßnahmen hat hier eine besondere Wichtigkeit und Priorität, da bei den Patientinnen und Patienten zumeist ein besonderer Hilfebedarf im sozialen und beruflichen Bereich mit besonderen Anforderungen an die therapeutische Weiterversorgung vernetzt werden muss.

Die möglichst konkrete Planung und Vorbereitung von weiterführenden Maßnahmen und Therapien ist bei den traumatisierten PatientInnen eine Behandlungsvoraussetzung und ein absolutes Qualitätsziel.

Behandlungsindikationen :

Das Behandlungskonzept ist ausgerichtet für die Behandlung sowohl von monotraumatisierten als auch komplex traumatisierten Patienten und Patientinnen.

Die Mischung von Frauen und Männern auf der Station sowohl bei den Versicherten als auch bei den Therapeuten und Therapeutinnen ist konzeptuell ausdrücklich erwünscht, um ein Stück Realität im Kontakt mit dem anderen Geschlecht zu ermöglichen.

Um dennoch den erforderlichen geschützten therapeutischen Raum mit einer starken Verdichtung therapeutischer Prozesse entstehen zu lassen, wird die oben beschriebene Behandlung in einer geschlossenen Frauen – oder Männergruppe durchgeführt.

Für Patientinnen und Patienten, die traumatische Erfahrungen erlitten haben, bei denen aber keine PTBS vorliegt, sondern eine andere Form der psychosomatischen Verarbeitung stattgefunden hat und dementsprechend zumindest primär andere Problematiken und Symptommatiken vorherrschen (Angststörung, Schmerzstörung, Psychosomatischer Symptomenkomplex), wird das Behandlungssetting modifiziert mit Behandlung in einer *halboffenen Frauengruppe oder einer gemischten halboffenen Gruppe*, erweitert durch die indikative Traumagruppe.

Die damit gemachten Erfahrungen sind bei sorgfältiger Beachtung der Kontraindikationen und Beachtung der Gruppenzusammenstellung sowie der Passung Patient / Patientin, Therapeut / Therapeutin sehr gut.

Eine der wichtigsten Kontraindikationen besteht darin, dass eine Behandlung von Tätern in diesem Setting nicht möglich ist, da dies den sicheren therapeutischen Raum gefährden und die erwünschten Kontakte zwischen den Patienten und Patientinnen vorhersehbar im Sinne der Täter – Opfer Dynamik aufladen würden.

Die entsprechende Dynamik ist ein Thema in der Therapie und wird dort reflektiert und bearbeitet, soll aber nach Möglichkeit nicht in einer Wiederholung der traumatischen Beziehungskonstellation ausagiert werden.

Komplex traumatisierte Patientinnen und Patienten auf Borderline-Niveau sind nur dann im Psychosomatischen Setting der Abteilung behandelbar, wenn bezüglich des Niveaus der Selbstschädigung und des Aggressionsausdruckes eine gewisse Steuerungsfähigkeit und Vertragsfähigkeit vorliegt .

Eine zu ausgeprägte aggressive Dynamik würde wiederum die Gefahr der Re – Traumatisierung für die Mitpatienten und Mitpatientinnen in sich tragen.

Ein Therapeuten – und damit Gruppenwechsel ist schon auf Grund des hohen therapeutischen Wertes der Gruppenkohäsion als Grundlage eines stabilen Arbeitsbündnisses nur in besonders indizierten und individuell zu erarbeitenden Ausnahmen möglich.

Um ein therapeutisches Arbeitsbündnis zu stützen bzw. zu triangulieren, sind konzeptionell primär zunächst zusätzliche Sitzungen bei der Chefärztin/den Oberärzten vorgesehen.

Wird ein Gruppenwechsel dennoch im Sinne eines nicht (oder nur längerfristig) zu bearbeitenden therapeutischen Widerstandes erforderlich, sollte dieser rasch und konsequent erfolgen, um es dem Patienten / der Patientin zu ermöglichen, so lange als möglich von einem tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnis zu profitieren.

Grundlegend ist für das Behandlungssetting der Abteilung eine Vertrags– und Absprachefähigkeit des Patienten / der Patientin erforderlich.

Für die Wirksamkeit des Therapieprozesses ist eine Bereitschaft des Patienten / der Patientin, sich auf die Ebene der Selbsterfahrung und Selbstentwicklung einzulassen und sich mit dem eigenen „So – sein“ authentisch, aber auch verantwortlich einzubringen, als essentiell anzusehen.

Bei den traumatisierten PatientInnen wird im besonderen Maße deutlich, dass die Rehabilitationsbehandlung einen wichtigen Baustein im therapeutischen Prozess darstellt, dieser aber überwiegend noch einer umfänglichen , fundierten Weiterführung über einen längeren Zeitraum bedarf.

Überarbeitet :

Dr. Anke Stroop

Bad Oeynhausen, den 05.05.2011