



Klinik
Hohe Mark



Therapiekonzept

Traumatherapie

**Behandlung von Patientinnen
mit Traumafolgestörungen**

Psychotherapie | Psychosomatik



DGD Stiftung
Mehr als
Medizin



Impressum:

DGD Klinik Hohe Mark gGmbH, Friedländerstraße 2, 61440 Oberursel

Telefon: 06171/204-0

Telefax: 06171/204-8000

E-Mail: klinik@hohemark.de

www.hohemark.de

Chefärzte der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik:
Dr. Friederike Vogel, Dr. Sebastian Krug

Verantwortlich für den Inhalt dieses Konzepts:

Dr. med. Heike Thomas, Oberärztin

Dr. med. Dominik Volk, Oberarzt der Traumatherapiestation

Dr. med. Martin Grabe, Chefarzt a. D.

Layout und Satz: Karin Horstmann-Görllich

Inhaltsverzeichnis

1.	Institutionelle Einbindung der Klinik	4
2.	Therapiekonzept für die Behandlung von Patientinnen mit Traumafolgestörungen	5
2.1.	Behandlungsvoraussetzungen	7
2.1.1.	Zielgruppe und Indikation	8
2.1.2.	Aufnahmevoraussetzungen und Aufnahmeverfahren	9
2.1.3.	Nachsorge	9
3.	Zur praktischen Durchführung der Therapie	10
3.1.	Gruppentherapieverfahren	11
3.1.1.	Kompetenzgruppe	11
3.1.2.	Psychoedukationsgruppe	12
3.1.3.	Visualisierungsgruppe	12
3.1.4.	Erlebnisorientiert-interaktionelle Gruppe	12
3.1.5.	DBT-Gruppe und Achtsamkeitsübungen	13
3.1.6.	Gartentherapie	13
3.1.7.	Selbstversorgungsgruppe und Stationsdienste	14
3.2.	Einzeltherapie	14
3.3.	Spezialtherapeutische Angebote	15
3.3.1.	Körper- und Bewegungstherapie	15
3.3.2.	Kunst- und Gestaltungstherapie	16
3.3.3.	Maltherapie	16
3.3.4.	Theatertherapie	17
3.3.5.	Musiktherapie	17
3.3.6.	Tiergestützte Therapie	17
3.3.7.	Sozialdienst	17
3.4.	Therapievereinbarungen	18
4.	Diagnostische / Therapeutische Dokumentation	18
5.	Therapieevaluation	19

1. Institutionelle Einbindung der Klinik

Die DGD Klinik Hohe Mark ist eine gemeinnützige Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Suchtmedizin. Unter dem Motto „Fachlich kompetent – christlich engagiert – herzlich zugewandt“ arbeiten fast 500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den Standorten Oberursel und Frankfurt am Main. Therapeutische Schwerpunkte liegen in der Behandlung von Depressionen, Burnout, Suchterkrankungen, Trauma-Folgestörungen, Essstörungen und psychosomatischen Erkrankungen.

Die DGD Klinik Hohe Mark gehört zum Verbund der DGD-Kliniken. Träger ist die Stiftung des Deutschen Gemeinschafts-Diakonieverbandes mit Sitz in Marburg. Gemeinsames Ziel der DGD-Kliniken ist, auf christlicher Grundlage die einzelnen Patientinnen und Patienten als Menschen in den Mittelpunkt des Handelns zu stellen und zugleich eine medizinische und pflegerische Versorgung auf höchstmöglichem Qualitätsniveau zu gewährleisten. Über den DGD ist die Klinik ebenfalls Mitglied im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland.



2. Therapiekonzept für die Behandlung von Patientinnen mit Traumafolgestörungen

Traumatische Ereignisse können tiefe Spuren in einem Menschen hinterlassen: Wunden, die häufig nicht von selbst heilen und psychische Störungen nach sich ziehen. Oft sind diese durch klassische psychotherapeutische Verfahren allein nicht ausreichend behandelbar. Daher wurden spezifische therapeutische Methoden und Strategien entwickelt, um die posttraumatische Symptomatik besser behandeln zu können.

Nicht alles Belastende bedeutet jedoch ein seelisches Trauma und nicht jedes traumatisierende Ereignis geht mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung einher. Bei einem seelischen Trauma wird die betroffene Person so bedroht oder verletzt, dass es zu intensiven Gefühlen von Furcht, Hilflosigkeit und Entsetzen kommt und der Betroffene eine Zeit lang davon psychisch überwältigt ist. Wenn dann langfristig eine Erschütterung des Vertrauens in sich selbst, die Umwelt und das Leben entsteht oder sich spezifische Symptome wie Übererregung, belastende, wiederkehrende Bilder, anhaltend wiederkehrende Gefühlsüberflutung, Alpträume, ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten

oder ähnliche Symptome entwickeln, sprechen wir von einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Diese führt häufig zu einer erheblichen Beeinträchtigung im Alltag und im Bereich der Lebensqualität.

In der Psychotherapieabteilung der DGD Klinik Hohe Mark gibt es seit 1994 eine spezielle Traumatherapiestation, auf der Frauen mit schweren Traumafolgestörungen im stationären Rahmen außerhalb des Alltags behandelt werden. Viele der ärztlichen, psychologischen, pflegerischen oder anderweitigen Therapeuten haben in Bezug auf die Psychotraumathe- rapie spezifische Weiterbildungen abgeschlossen, wie psychodynamische, imaginative, kognitiv-verhaltenstherapeutische und körperorientierte Methoden oder auch DBT (Dialektisch-Behaviorale Therapie), EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), IRRT (Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy) und weitere traumaspezifische Verfahren, so dass ein hoher Standard in der Behandlung sichergestellt ist.

Unsere Station bietet 19 Behandlungsplätze ausschließlich für Frauen, so dass ein spezifischer sicherer Behandlungsrahmen besteht. Traumatisierte Frauen können jedoch auch – ebenso wie traumatisierte Männer – auf anderen Stationen bei entsprechend erfahrenen Therapeuten behandelt werden.

Auf der Traumatherapiestation werden Frauen mit Symptomatik nach Typ-I-Trauma

mata (akute, einmalige plötzliche und kurzzeitige Traumatisierungen durch z. B. einen Überfall oder Verkehrsunfall), überwiegend aber nach Typ-II- Traumata (wiederholte, über längere Zeit hinweg anhaltende Traumatisierungen) behandelt. Häufig liegt eine Komorbidität mit dissoziativen Störungen bis hin zur Dissoziativen Identitätsstörung (früher: Multiple Persönlichkeitsstörung) vor. Weiterhin liegen häufig in diesem Zusammenhang depressive Störungen oder Angststörungen vor, die in der Behandlung mitberücksichtigt werden müssen. Bei komplex traumatisierten Patientinnen hat sich im Rahmen von fehlender Sicherheit und fehlender sicherer Bindung häufig eine ausgeprägte emotionale Instabilität (von einer Bindungsunsicherheit bis hin zur Borderline-Störung) entwickelt, die den Aufbau von stabilen Beziehungen (sowohl im Alltag als auch auf der Station) erschweren kann. Auch dies wird in der Behandlung mit berücksichtigt und bearbeitet.

Unsere traumaspezifische Therapiestation ist wie alle anderen Stationen an der individuellen Symptomatik und den Bedürfnissen unserer Patientinnen orientiert, die Behandlung muss den jeweiligen Entwicklungsmöglichkeiten im Einzelnen angepasst werden. Die Behandlung basiert auf den bestehenden Behandlungsleitlinien der entsprechenden deutschen Fachgesellschaften.

Im Vordergrund steht wie bei jeder Psychotherapie zunächst der Aufbau einer

sicheren und vertrauensvollen Beziehung zwischen der Patientin und unserem Team, der Bindungsaufbau und die Bindungsarbeit spielen aus den oben genannten Gründen auf unserer Station eine besondere Rolle. Weiterhin ist die Vermittlung von Informationen zur Erkrankung und Behandlung (Psychoedukation) ein wichtiger Bestandteil unserer Therapie. Das Erzielen von Stabilität und die Aktivierung von Ressourcen sind zentral wichtig, um wieder Kontrolle über das eigene Leben zu bekommen und für sich gut sorgen und Verantwortung übernehmen zu können. Eine gute Möglichkeit ist dabei das imaginative Arbeiten. Auf diesem Wege kann die sogenannte „Innere-Kind-Arbeit“ oder das Arbeiten mit „Inneren Anteilen“ oder „Ego states“ stattfinden. Wir versuchen jedoch auch, dabei stets den „gesunden Erwachsenen-Anteil“ mit seiner Selbstwirksamkeit zu fördern und zu stärken.

Viele unserer Patientinnen haben den Wunsch, sich mit dem stattgefundenen Trauma in einer sicheren Umgebung zu konfrontieren und auseinanderzusetzen, „um das Trauma zu verarbeiten“, d. h. um dadurch eine Reduktion der traumaspezifischen Symptomatik, wie z. B. Flashbacks, Hyperarousal oder Intrusionen, zu erzielen. Dies bedeutet eine Konfrontation mit erheblichen Angstreizen. Ziel ist es, wieder mehr eigene Kontrolle zu gewinnen und selbst bestimmen zu können, wann und in welchem Ausmaß Erinnerungen abgerufen werden.

Das Anliegen zur Traumaexposition wird von uns bei ausreichender Stabilität unterstützt, die oben genannten Behandlungsmethoden stehen uns dabei hilfreich zur Verfügung. Die Erfahrung zeigt, dass durch die Fokussierung auf das erlebte Trauma in Bezug auf die Symptomatik so gute Erfolge erzielt werden können, dass neben besserer Alltagsfähigkeit und Stabilität langfristig weniger stationäre Kriseninterventionen erfolgen müssen oder eine Wiederherstellung dauerhafter Arbeitsfähigkeit möglich ist.

Nicht immer ist jedoch eine Konfrontation mit den erlebten Erinnerungen möglich, manchmal ist eine schonendere Art der Traumatherapie erforderlich, um innere und äußere Sicherheit zu gewährleisten. Oder Erinnerungen sind nur so bruchstückhaft oder nicht konkret fassbar vorhanden, dass vorwiegend mit der vordergründig bestehenden Symptomatik und den belastenden Gefühlen gearbeitet werden muss. Auch dies ist sinnvolle und hilfreiche Psychotraumatherapie, die zur Verarbeitung des Erlebten beiträgt und eine bessere Alltagsbewältigung und Verbesserung der Lebensqualität und seelischen Gesundheit ermöglicht.

2.1. Behandlungsvoraussetzungen

Unser stationäres Setting bietet ein vielfältiges Netz an Behandlungs- und Unterstützungsangeboten, im therapeu-

tischen Milieu der Station bestehen viele Möglichkeiten der Reflexion und Auseinandersetzung. Insbesondere die rund um die Uhr präsenten Pflege Mitarbeitenden bieten dafür Raum und ein Gegenüber. Im Rahmen des beziehungsorientierten Behandlungsansatzes arbeiten wir mit dem „Bezugspflegesystem“: Jede Patientin wird einer spezifischen Pflegeperson zugeordnet, welche die pflegerischen und therapeutischen Belange gemeinsam mit ihr im Blick behält. Dazu gehört auch ein wöchentliches Gespräch, in dem die Bezugspflege die Patientin in ihrem individuellen Therapieprozess unterstützt.

Weiterhin finden neben den spezifischen therapeutischen / ärztlichen Einzeltherapien gruppentherapeutische Angebote statt, wie z. B. Kompetenzgruppe, Psychoedukation, Imagination / Visualisierung, erlebnisorientiert-interaktionelle Gruppe, DBT-Gruppe und Achtsamkeitstraining. Hinzu kommen spezialtherapeutische Angebote wie Gestaltungs- und Maltherapie, Musiktherapie, tiergestützte Therapie sowie Körper- und Bewegungstherapie.

Eine gut ausgebaute Arbeitstherapie steht für die Gesamtklinik zur Verfügung, die unsere Abteilung sowohl für arbeitsvorbereitendes Training bei entsprechender Indikation als auch als Übungsfeld bei arbeitsbezogenen Konflikten nutzt. Unser Sozialdienst führt Beratungen zu verschiedensten sozialen Fragen durch, wie

z. B. Orientierung in der Vielzahl möglicher rehabilitativer Maßnahmen und deren Finanzierung.

Ein besonderes Merkmal unserer Klinik insgesamt ist ihre überkonfessionell christliche Ausrichtung. Diese äußert sich in einem allen Patientinnen und Patienten offenstehenden Angebot an Veranstaltungen und Seelsorge, das bei Interesse wahrgenommen werden kann und durch die Klinikseelsorge koordiniert wird. Dieses umfasst Gottesdienste, Gesprächsgruppen zu Lebens- und Glaubensfragen, Einzelseelsorge und Andachten.

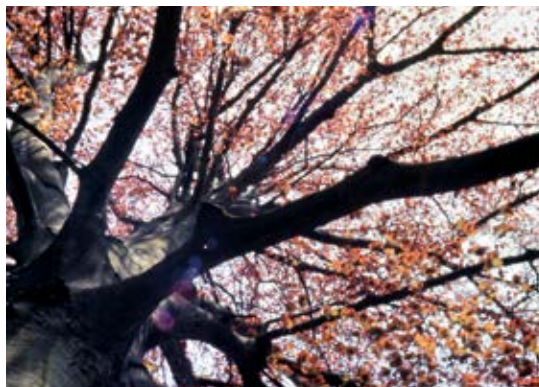
In der individuellen Behandlung unserer Patientinnen spiegelt sich dieser Anspruch in der Haltung, dass wir gemeinsam mit unseren Patientinnen auf die Suche gehen, wie sie trotz des Gewesenen einen Weg finden können, ihr Leben zu bejahen, es wertzuschätzen und (wie Hildegard von Bingen es formulierte) zu versuchen, „aus Wunden Perlen zu machen“.

2.1.1. Zielgruppe und Indikation

Unsere Traumatherapiestation bietet 19 Plätze für Patientinnen mit Posttraumatischer Belastungsstörung, vorwiegend werden Frauen mit komplexen Posttraumatischen Belastungsstörungen nach wiederholten, über längere Zeit anhaltenden Traumatisierungen behandelt. Komorbide psychiatrische Erkrankungen wie dissoziative Störungen, Persönlich-

keitsstörungen oder andere psychische Symptome, die als Folge der Traumatisierungen anzusehen sind, werden mitbehandelt. Ein Ausstieg aus schädigenden Beziehungen und traumatisierenden Verhältnissen muss erreicht oder angestrebt sein, damit möglichst hohe äußere Sicherheit besteht.

Eine floride psychotische Symptomatik oder nicht abstinente Abhängigkeitserkrankungen können auf der Traumatherapiestation nicht vorrangig behandelt werden und benötigen entsprechend andere therapeutische Rahmenbedingungen. Auch akute Suizidalität, schwere Impulskontrollstörungen oder gravierende Essstörungen können nicht auf unserer Spezialstation für Traumafolgestörungen behandelt werden. Therapiebehinderndes Verhalten wie z. B. Selbstverletzungen oder andere selbstschädigende Verhaltensmuster müssen begrenzt werden und die Rahmenbedingungen für einen Aufenthalt bei uns dann in einem Vorgespräch geklärt werden.



Eine Indikation zur stationären Behandlung kann z. B. bestehen, wenn eine Herausnahme aus dem Alltag zur Traumatherapiebehandlung erforderlich ist, wenn die Traumakonfrontation einen sehr sicheren stabilen Rahmen benötigt, der ansonsten nicht gegeben wäre, oder eine ambulante Behandlung durch die Schwere der Erkrankung oder mögliche Chronifizierung nicht ausreichend ist. Aus der Symptomatik und der bisherigen Behandlung muss sich ein medizinisch notwendiger stationärer Behandlungsbedarf ergeben.

2.1.2. Aufnahmevoraussetzungen und Aufnahmeverfahren

Zur Anmeldung für einen Aufenthalt auf unserer Traumatherapiestation benötigen wir von der Patientin und ihrem Therapeuten einen Bericht, der die individuelle Situation, die Symptomatik und die Ziele des Aufenthaltes beinhalten soll. Genauer steht auf einem Informationsblatt, das bei uns angefordert oder im Internet auf der Seite unserer Klinik abgerufen werden kann.

Um eine möglichst erfolgreiche Behandlung zu ermöglichen, gibt es für unsere Traumatherapiestation Bedingungen, die bis zur Aufnahme bei uns erfüllt sein sollten. Eine laufende oder angebaute ambulante Psychotherapie ist dringend erforderlich, damit nach der stationären Behandlung im ambulanten Rahmen weitergearbeitet werden kann und diesbezüglich möglichst schon eine sichere

therapeutische Beziehung im Alltag / im Außen besteht.

Aufgrund unseres Therapiekonzepts müssen die Patientinnen körperlich-medizinisch stabil sein, mobil und gehfähig und in der Körperpflege und im Bereich des Essens selbstständig sein. Ausstehende körperliche Diagnostik muss vor der Aufnahme abgeschlossen sein. Die äußeren Lebensverhältnisse (Wohnen, Finanzen, Arbeit, rechtliche Verfahren) müssen soweit geklärt sein, dass sich die Patientin wohnortfern ohne wesentliche Ablenkung eine Zeit lang ihrer psychischen Stabilisierung widmen kann. Der letzte stationär psychiatrische Aufenthalt sollte mindestens drei Monate zurückliegen.

Bei weiteren Fragen berät unser Aufnahmemanagement unter der Telefonnummer **06171 / 204-5980**.

2.1.3. Nachsorge

Nach der stationären Behandlung sollte eine ambulante traumaorientierte Psychotherapie fortgesetzt werden. Eine stationäre mehrwöchige traumatherapeutische Behandlung ist stets nur ein Schritt auf einem längeren Therapieweg. Erlebnisse, die über lange Zeit zu einer posttraumatischen Symptomatik geführt haben, bedürfen stets auch einer längerfristigen Behandlung in einem sicheren, gut gebahnten Rahmen.

3. Zur praktischen Durchführung der Therapie

Die stationäre Behandlung auf unserer Traumatherapiestation orientiert den individuellen Therapieplan der Patientinnen an den drei wesentlichen Phasen einer Traumatherapie: „Stabilisierung und Ressourcenförderung“ – „Konfrontation“ – „Integration und Neuorientierung“. Dabei werden zuerst die aktuelle Symptomatik therapiert und gezielt Bewältigungsressourcen aktiviert und gefördert. Bindungs- und Beziehungsstörungen und Störungen der Selbstregulation werden bearbeitet. Dabei laufen die Phasen nicht linear zeitlich nacheinander ab, sondern greifen ineinander. Stabilisierung und Ressourcenförderung ist der wichtigste, den gesamten Aufenthalt überdauernde Teil.

Zu Beginn der Therapie geht es in der Behandlung vorwiegend um Diagnostik, Beziehungs- und Bindungsaufbau und die

Gewährleistung und Vermittlung einer äußeren und inneren Geborgenheit sowie Stabilisierung und Ressourcenförderung. Die erwachsene und kompetente Seite der Patientinnen wird gestärkt und die Selbstfürsorge gefördert.

Eine nicht nur traumafokussierte biografische Anamnese wird erhoben. Dabei wird eine vorsichtige Vorgehensweise ebenso berücksichtigt, wie die Bedürfnisse und Möglichkeiten der Patientin berücksichtigt werden, aus ihrer Biografie zu berichten. Weiterhin sind interaktionale Beobachtungen bedeutsam, sowohl im Umgang innerhalb der Gruppe der Patientinnen als auch mit unserem Team. Entstehende Konflikte oder spezifische Rollenübernahmen können so gut fokussiert und bearbeitet werden.

Außerdem ist natürlich die jetzige Symptomatik der Krankheit bedeutsam und steht im Vordergrund, um bestehendes Leid zu reduzieren.

All diese Aspekte werden in Teamsitzungen und Supervisionen gemeinsam

besprochen. Nur so kann auch gewährleistet werden, dass nicht ein entscheidender Aspekt unberücksichtigt bleibt.

Im weiteren Therapieverlauf kann über verschiedene Methoden eine Wiederbegegnung / Konfrontation mit den belastenden Erinnerungen sowie eine gemeinsame Bearbeitung derselben erfolgen. Im Zuge der Therapie gewinnen die Patientinnen immer mehr die Möglichkeit, reflektierend in den Abstand zu ihren Erinnerungen, spontanen Gefühlen und ihrem Verhalten zu gehen, und gewinnen wieder mehr Kontrolle und Selbstbestimmung. Abgespaltene Anteile können integriert und neue konstruktive Verhaltensweisen erlernt werden. Die dafür eingesetzten Verfahren werden im Einzelnen mit jeder Patientin individuell besprochen und vorbereitet.

Gegen Ende der stationären Therapie muss die Entlassung in Erinnerung gebracht werden. In dieser Phase der Therapie soll eine gelungene Ablösung aus dem Therapiesetting ermöglicht werden, die neuen Erfahrungen integriert und gefestigt werden, parallel aber auch eine Außenorientierung wiederhergestellt werden. Es sind die für die nächste Zeit anstehenden Fragen zu klären, wie private Beziehungen, Wohnung, Arbeit und ambulante Anschlusstherapie. Belastungserprobungen ins häusliche Umfeld werden durchgeführt.

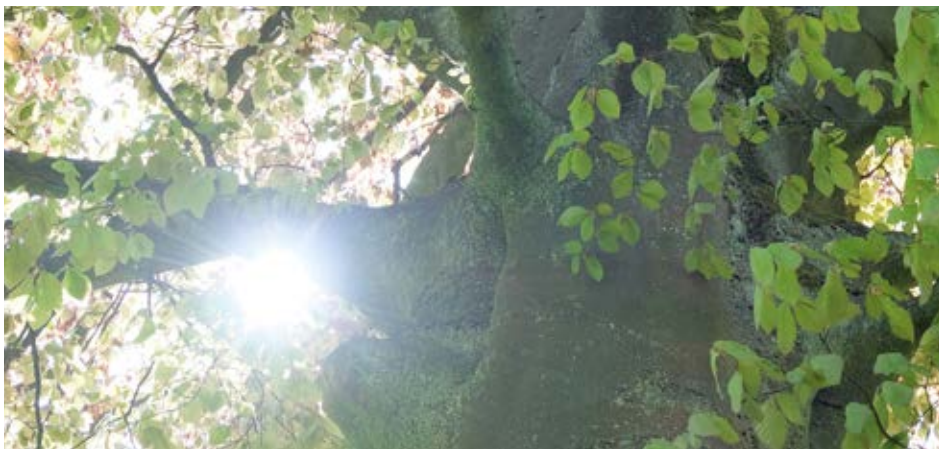
Im Allgemeinen erhält jede Patientin pro Woche je eine Einzeltherapiesitzung bei ihrem ärztlichen oder psychologischen Therapeuten und bei ihrem pflegerischen Bezugstherapeuten, wobei allerdings je nach Indikation gelegentlich auch anders vorgegangen werden muss. Die Teilnahme der einzelnen Patientinnen an den angebotenen Gruppen bestimmt sich aus der Symptomatik und dem entsprechenden Behandlungsbedarf. Weiterhin findet im zweiwöchentlichen Rhythmus eine oberärztliche Einzelvisite, in regelmäßigen Abständen auch eine chefarztliche Visite statt.

Eine psychopharmakotherapeutische Behandlung wird von uns in Absprache mit den Patientinnen bei bestehender Indikation selbstverständlich leitliniengerecht begonnen, fortgeführt oder entsprechend angepasst.

3.1. Gruppentherapieverfahren

3.1.1. Kompetenzgruppe

In der wöchentlich stattfindenden, oberärztlich geleiteten Kompetenzgruppe nehmen jeweils die Hälfte der Patientinnen im Wechsel teil, so dass jede Patientin davon alle zwei Wochen profitieren kann. In der Gruppe werden interaktionell aufgetretene Konflikte, eigene Probleme im Außen und Innen oder allgemeine Schwierigkeiten im Umgang



mit bestimmten Thematiken (z. B. Angst, Abschied, Krankheitserleben etc.) in den Mittelpunkt gestellt. Die benannten Probleme werden durch die Therapeuten und Mitpatientinnen aufgenommen, ergänzt und ressourcenorientiert bearbeitet. Über die Hilfsfunktion der oberärztlichen Leitung oder anderer Mitglieder des therapeutischen Teams können Affekte und Gedanken identifiziert und modifiziert und ggf. auch „Antworten“ gegeben werden. Auf diese Weise fühlen sich die Patientinnen wahrgenommen und gehalten und können über die so induzierte Nachreifung neue konstruktive Lösungsmöglichkeiten entwickeln.

3.1.2. Psychoedukationsgruppe

Diese einmal wöchentlich stattfindende Gruppe, die wechselnd von verschiedenen Teammitgliedern gestaltet wird, dient zur Vertiefung des Verständnisses der Posttraumatischen Belastungsstörung. In verschiedenen Modulen werden Krankheitsentstehung, Symptomatik, Diagnostik, Erkrankungsverlauf und Behandlungsmethoden detailliert dargestellt. Dadurch wird es möglich, die bestehenden Symptome als „normale Reaktion auf unnormale Ereignisse“ zu verstehen und selber Handlungskompetenzen sowie Verständnis für sich und die bestehende Symptomatik zu entwickeln.

3.1.3. Visualisierungsgruppe

Die Visualisierung ist ein ressourcenorientiertes Verfahren zur Behandlung von Traumafolgestörungen unter anderem

nach den bewährten Konzepten von Luise Reddemann und Michaela Huber. Für die Gruppe verwenden wir primär die Visualisierungs- und Imaginationsübungen aus ihrem Buch „Imagination als heilsame Kraft“. Zugrunde liegt der Gedanke, dass sich Probleme leichter bewältigen lassen, wenn man mit seinen Kraftquellen in Kontakt ist, und dass mit der Vorstellungskraft innere Welten des Trostes, der Hilfe und Stärke unabhängig von der realen Situation erschaffen und erschlossen werden können. Außerdem kann die Fähigkeit zur Imagination helfen, eine Verbindung zu dem Heilsamen in uns zu schaffen und eine gute Gegenwelt zu der Welt der traumatischen Bilder anzuregen.

Die Gruppe findet einmal wöchentlich statt und wird durch ein Teammitglied geleitet. Sie beginnt jeweils mit einer Entspannungsinduktion, die auch Elemente von eigenen Kontrollmöglichkeiten enthält. Die ausgewählten Übungen (z. B. „Der sichere Garten“, „Die inneren Helfer“) werden im achtwöchigen Rhythmus vorgelesen und geübt, CDs können für das eigene Üben ausgeliehen werden.

3.1.4. Erlebnisorientiert-interaktionelle Gruppe

In der wöchentlich stattfindenden Gruppe mit ca. neun Teilnehmerinnen steht im ersten Teil eine Symbolarbeit, bei der die Patientinnen auf klare Vorgabe hin nonverbal ins Handeln kommen (z. B. aus der Natur ein Symbol zum eige-



nen Selbstbild zu suchen). Im zweiten Teil wird das zunächst oft unbewusst Geschehene im gemeinsamen Gespräch in der Gruppe reflektiert, hierbei profitieren die Patientinnen besonders von den gegenseitigen Rückmeldungen.

Diese Art der Arbeit kann in unserem Setting sowohl stützend als auch aufdeckend konfrontativ genutzt werden, je nach Möglichkeiten der einzelnen Patientin oder der Gruppe.

3.1.5. DBT-Gruppe und Achtsamkeitsübungen

Hier werden die Patientinnen wöchentlich in einer Gruppe von ca. neun Frauen durch theoretisches Basiswissen geschult und zu unterschiedlichen Übungen angeleitet, um einen bewussteren Umgang mit Gedanken, Gefühlen, Handlungen und dem eigenen Körper zu erlernen. Das Erlernte hilft dabei, körperlichen und seelischen Stress zu mindern sowie dysfunktionale Verhaltensweisen zu erkennen und zu ändern.

Es gibt fünf Module, die intermittierend referiert werden: Achtsamkeit, Stress-

toleranz, zwischenmenschliche Fertigkeiten, Emotionsregulation und Selbstwert. Ein Beispiel zur Achtsamkeit: Innere Achtsamkeit wird als Weg aufgezeigt, um Verstand und Gefühl in ein Gleichgewicht zu bringen.

Entsprechend dem Modell der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) Marsha Linehans werden „Was-Fertigkeiten“ (Wahrnehmen, Beschreiben, Einlassen) und „Wie-Fertigkeiten“ (nicht bewertend, konzentriert, wirkungsvoll) unterschieden. Diese Fertigkeiten werden in kleinen Gruppen zum jeweiligen Modul auf der Station geübt. Anleiter sind im DBT-Verfahren geschulte Mitarbeitende.

3.1.6. Gartentherapie

Ausgehend von der Erkenntnis, dass sich der Mensch bei der Gartenarbeit als Teil der ihn umgebenden Natur erleben und so sein seelisches, geistiges und körperliches Wohlbefinden fördern kann, unterhält die Station Feldberg 4 seit 2019 ein eigenes Beet im Park, das regelmäßig über das ganze Jahr von zwei bis 4 Patientinnen, betreut durch Teammitglieder, gepflegt wird.

Durch das Arbeiten im Stations-Beet steht unseren Patientinnen / den Patientinnen von Station Feldberg 4, ergänzend zu unseren / den anderen Therapie-Gruppen, ein wertvolles Medium zur Förderung der Selbsterfahrung und Selbstwahrnehmung zur Verfügung.

Hier können sie beim Gärtnern während der wechselnden Jahreszeiten teilhaben an den natürlichen Lebenszyklen und Kreisläufen und sich so im unmittelbaren / direkten Kontakt mit der Natur neu entdecken, kennenlernen, spüren, entspannen und Ressourcen (wieder-) aktivieren oder erweitern.

3.1.7. Selbstversorgungsgruppe und Stationsdienste

In der wöchentlichen Selbstversorgungsgruppe mit allen Patientinnen der Station werden die Stationsdienste (z. B. Blumen-, Küchen- und Ordnungsdienst) und Fragen des Zusammenlebens auf der Station besprochen und koordiniert.

Die Stationsdienste bieten die Chance, dass sich die Patientinnen in definierten Übungsfeldern und Verantwortungsbereichen ausprobieren können. Hierbei können sie sich im Umgang mit sich selbst wahrnehmen, aber auch im Zusammenspiel mit anderen Stationsmitgliedern.

In der Selbstversorgungsgruppe stehen das Wahrnehmen, Ansprechen und Lösen von aufgetretenen Konflikten im Vordergrund – sowie das Entdecken und

Nutzen von Alltagsressourcen. Auch kreative Ideen und Anregungen der Patientinnen zur Gestaltung von Abläufen und der Stationseinrichtung werden aufgegriffen, diskutiert und gegebenenfalls umgesetzt. Das wiederum ermöglicht ein sehr direktes Erleben von Selbstwirksamkeit.

Die Gruppen laufen nach genau festgelegten Regeln ab, die eine Leitung der Selbstversorgungsgruppe durch die Patientinnen ermöglicht. Insbesondere dieses Amt der Leitung und Moderation kann wiederum zu einer prägenden Erfahrung werden, die oft sehr sinnvoll in die therapeutische Arbeit eingebunden wird.

3.2. Einzeltherapie

Die Einzeltherapie erfolgt in der Regel in 50-minütigen Sitzungen, die bei Bedarf auch geteilt werden können. Wir führen tiefenpsychologisch fundierte oder verhaltenstherapeutische Einzeltherapie im Sitzen durch, wobei je nach Strukturniveau der Patientin auch mehr oder weniger ausgeprägte Hilfs-Ich-Funktionen – vor allem am Anfang der Therapie – durch den Therapeuten übernommen werden müssen.

Falls bei einer Patientin ein verhaltenstherapeutisches Übungsprogramm durchgeführt wird, werden nach der störungsspezifischen Diagnostik- und Therapieplanungsphase im Allgemeinen die ersten Minuten der Therapiesitzung

für diesbezügliche Rückmeldungen verwendet, z. B., um ein Verhaltenstagebuch durchzusehen und eventuelle Probleme zu besprechen.

Generell stehen für jede Patientin jeweils zwei Personen zur Verfügung, die sie durch die gesamte Therapie begleiten. Es sind zum einen der eben genannte ärztlich-psychologische Psychotherapeut, zum anderen der Bezugstherapeut aus der Pflege. Mit beiden findet jede Woche je ein Gespräch statt. Im bezugstherapeutischen Gespräch haben eher Beziehungsprobleme und Fragen der praktischen Lebensorganisation Raum, während das ärztlich-psychologische Gespräch einen Schwerpunkt in der Arbeit an inneren Konflikten und der Persönlichkeitsorganisation hat.

Auf der Grundlage der oben genannten beziehungsorientierten und psychodynamisch verstehenden Grundhaltung kommen ggf. traumaspezifische ergänzende Zugangsweisen zum Einsatz:

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) als spezifisches integratives Verfahren zur Ressourcenaktivierung und Traumakonfrontation.

IRRT (Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy) als spezifisches Verfahren zur Traumakonfrontation und Verarbeitung mit Hilfe von imaginativem Arbeiten auf der sogenannten „Inneren Bühne“. Hier fließen viele Elemente der PITT-Arbeit

(Psychodynamisch Imaginative Trauma Therapie) nach Luise Reddemann mit ein.

Innere-Kind-Arbeit als spezifisches ressourcenorientiertes Arbeiten mit sogenannten verletzten „Innere-Kind“-Anteilen, bei dem die Patientin lernt, sich diesen vernachlässigten Anteilen versorgend und schützend sowie verstehend zuzuwenden, um dort Entlastung und Stärkung zu schaffen, so dass langfristig die gesunde erwachsene, kompetente Seite der Patientin gestärkt wird.

3.3. Spezialtherapeutische Angebote

3.3.1. Körper- und Bewegungstherapie

Die Körper- und Bewegungstherapie berücksichtigt die körperliche Dimension des Menschen als Ausdrucksmittel, Wahrnehmungsorgan und Symptomträger. Sie versteht sich als psychotherapeutisches Verfahren, in dem der Leib und die Bewegung zur Integration von körperlichen, emotionalen und kognitiven Prozessen der Patientin eingesetzt werden („Über den Körper kann zum Ausdruck kommen, was verbal vielleicht nie formuliert werden könnte“).

Ziel der körperorientierten Therapien ist es, Erfahrungen zu vermitteln, die das Gefühl für den eigenen Körper und die Möglichkeiten verbessern. Wir möchten

den traumatisierten Frauen über verschiedene Bewegungstherapieangebote helfen, aus der Ohnmacht und Erstarrung in Bewegung zu kommen, handlungsfähig zu werden und den Körper für sich zurückzugewinnen.

3.3.2. Kunst- und Gestaltungstherapie

Hauptziel dieser Therapie ist es, die Patientinnen in ihrer Handlungskompetenz und Selbstregulation zu fördern, wodurch schöpferische Fähigkeiten und Selbstheilungskräfte aktiviert werden können.

Nach einer Vorstellung der zur Verfügung stehenden Materialien können Techniken und Werkstoffe ausgewählt werden. Es gibt die Möglichkeit, ressourcenorientiert/stabilisierend oder ausdruckszentriert zu arbeiten. Für die ressourcenorientierte Arbeit ist das Her-

stellen konkreter Werkstücke hilfreich, in der Ausdruckszentrierung finden symbolische Empfindungen, Gefühle und innere Bilder eine Form. Der Schwerpunkt liegt im praktischen Tun und Erleben, eine Abschlussrunde bietet die Möglichkeit der Betrachtung aus der Distanz und das Erlebte in Worte zu fassen.

3.3.3. Malthherapie

Einmal pro Woche treffen sich die Patientinnen unter therapeutischer Anleitung zum Gestalten mit bildnerischen Mitteln zu einem vorgegebenen Thema oder einer vorgegebenen Technik. Dabei geht es vor allem um das Ausprobieren, Erlernen und Erfahren der eigenen Ausdrucksfähigkeit und der Etablierung von positiven inneren Bildern.

Eine abschließende gemeinsame Bildbetrachtung lädt dazu ein, die eigene

Perspektive durch die Sichtweise der anderen zu erweitern, dadurch kann ein tieferes Verständnis für das Geschaffene und den erlebten Prozess gewonnen werden.

3.3.4. Theatertherapie

Theatertherapie knüpft an den intuitiven, den kompetenten und den kreativen Persönlichkeitsanteilen des Menschen an. Über die Arbeit mit dem Körper und den verschiedenen Spielformen wird den Teilnehmenden ein „Spiel-Raum“ eröffnet, in dem eigene Verhaltensmuster sichtbar und neue Handlungsmöglichkeiten ausprobiert werden können. Zu den Spielformen gehören beispielsweise die Improvisation, die Figurenarbeit und das Geschichtenentwickeln. Dabei bietet die Rolle einen Schutz, um auch wenig integrierte Anteile und Gefühle zugänglich und erlebbar zu machen.

Ziel der Therapie ist es, einen gesunden Umgang mit den inneren und äußeren Grenzen zu finden und auf diese Weise ein neues Selbsterleben und -verständnis entstehen zu lassen.

3.3.5. Musiktherapie

In manchen Situationen können besonders über Erfahrungen mit Klang und Musik die Wahrnehmung und der Ausdruck von Emotionen gefördert werden. In der Traumabehandlung setzen wir die Musik und das Spiel an Instrumenten ein, um z. B. Ressourcen und Hilfsmöglichkeiten für den Umgang mit aktuellen Beschwerden zu

wecken und zu stärken. Auch innere Bilder und Imaginationen können in Verbindung mit individuell gewählten Klängen verankert werden. Über den aktiven Gebrauch der Instrumente können Patientinnen in einem gehaltenen Rahmen ermutigt werden, ihre Selbstwirksamkeit und Abgrenzungsfähigkeit zu steigern.

3.3.6. Tiergestützte Therapie

Die tiergestützte Therapie mit einem Therapiehund in einer Kleingruppe von fünf Frauen über einen Zeitraum von mehreren Wochen bietet die Förderung von Bindung und Vertrauen, die Unterstützung der emotionalen Regulation, die Stärkung von Selbstwirksamkeit und Autonomie sowie die Förderung von Ressourcen und Resilienz. Die tiergestützte Therapie hat das Potenzial, die Effektivität der Traumatherapie zu steigern und den Behandlungsfortschritt zu beschleunigen, indem sie den Reflektionsprozess, die Resilienz und die Widerstandsfähigkeit der Patientinnen unterstützt.

3.3.7. Sozialdienst

Viele psychische Erkrankungen haben soziale Auswirkungen. Umgekehrt können soziale Probleme auch Erkrankungen verursachen und beeinflussen. Hier nimmt der Sozialdienst der DGD Klinik Hohe Mark eine wichtige therapieergänzende und therapieunterstützende Funktion wahr.

Das Team des Sozialdienstes berät und begleitet bei psychosozialen Fragestellungen, vermittelt individuell regional und



überregional an weiterführende Dienste. Die besonderen Fragestellungen der Patientinnen mit Traumafolgestörungen werden berücksichtigt.

3.4 Therapievereinbarungen

In der traumatherapeutischen Behandlung, insbesondere bei Vorliegen von emotionaler Instabilität und dissoziativen Störungen, aber auch bei Defiziten sozialer Kompetenz haben sich Therapievereinbarungen im Sinne eines schriftlich ausformulierten Vertrages sehr bewährt. Solch eine Vereinbarung dient dazu, Möglichkeiten und Grenzen des therapeutischen Settings für alle Beteiligten in eindeutiger Weise festzulegen. Beispielsweise der Ausschluss selbstschädigenden Verhaltens oder die regelmäßige Teilnahme an Therapieveranstaltungen können hier aufgenommen werden, einschließlich der Konsequenzen bei Nichteinhaltung des Vertrages. Erfahrungsgemäß gibt ein solcher Rahmen Sicherheit im therapeutischen Raum und trägt dazu bei, dass Menschen alte Bewältigungsmuster und lang eingeübte Verstrickungsangebote für andere nicht mehr wiederholen müssen. Stattdessen entsteht Raum, um neue und konstruktivere Bewältigungsstrategien einüben zu können.

4. Diagnostische/Therapeutische Dokumentation

Über die Aufnahmegespräche und die Anamnesen sowie über den Therapieverlauf werden Protokolle erstellt, die Bestandteil unserer elektronischen Patientenakte sind. Hier werden auch Informationen über die Einzel- und Gruppentherapien sowie über die Spezialtherapien zusammengetragen und es erfolgt eine Dokumentation der Medikation, der Laborwerte und der medizinisch-pflegerischen Maßnahmen.

Dies ist im Rahmen des Qualitätsmanagements notwendig, dient zur besseren Vernetzung und unterliegt selbstverständlich dem Datenschutz.

Nach Abschluss der Therapie wird ein ausführlicher Bericht an einweisende und weiterbehandelnde Therapeuten verfasst. Weitergabe erfolgt nur bei ausdrücklicher Zustimmung der Patientin. Wenn eine Patientin der Weitergabe eines Berichtes nicht zustimmt, was in Einzelfällen vorkommt, speichern wir den Bericht als Katamnese ab und benachrichtigen den einweisenden Therapeuten kurz über diese Entscheidung der Patientin.

Insgesamt ist uns Datenschutz ein wichtiges Anliegen. Auch in späteren Jahren



werden patientenbezogene Daten nur mit ausdrücklicher schriftlicher Zustimmung der Patientin an Therapeuten oder Institutionen weitergegeben.

Der Umgang mit Daten und deren Verarbeitung steht unter ständiger Aufsicht eines internen und eines regelmäßig berichtenden externen Datenschutzbeauftragten.

5. Therapieevaluation

Für jede Institution ist es wichtig, regelmäßige Rückmeldungen darüber zu erhalten, ob die getane Arbeit effektiv und erfolgreich ist. Die gesetzten Ziele sind allerdings naturgemäß sehr verschieden.

Für uns als psychotherapeutisch-psycho-somatische Abteilung ist die am meisten interessierende Frage, ob es für unsere Patientinnen durch die Behandlung zu einer Besserung der Lebensqualität gekommen ist. Wichtigste Messgröße ist hier eine nachweisbare Reduktion der anfangs beklagten Symptome – im bes-

ten Falle deren Verschwinden.

Zu diesem Zweck führen wir stichprobenartig eine ständige Patientenbefragung zu Anfang und zu Ende der Therapie durch.

Die Ergebnisse werden laufend an die zuständigen Therapeuten zurückgemeldet und zusammenfassend in zweijährigem Abstand im „Therapeutischen Qualitätsbericht“ der Klinik Hohe Mark veröffentlicht.

Die bisherigen Ergebnisse sind äußerst positiv und ermutigend. Im Durchschnitt profitieren Patientinnen und Patienten aller Abteilungen stark von einer Behandlung in der DGD Klinik Hohe Mark.



**Klinik
Hohe Mark**

STIFTUNG

DGD Klinik Hohe Mark gGmbH

Friedländerstraße 2 · 61440 Oberursel

Telefon 06171 204-0 · info@hohemark.de · www.hohemark.de

Stand Juni 2025 / Nachhaltigkeit: Diese Broschüre wurde auf PEFC-zertifiziertem Papier gedruckt (PEFC/04-31-3130).