

Die stationäre Behandlung von Traumafolgestörungen

in der Psychotherapeutisch-Psychosomatischen Abteilung der Klinik Hohe Mark

Traumatische Ereignisse können tiefe Spuren in einem Menschen hinterlassen – Wunden, die oft nicht von selbst heilen und eine Reihe von psychischen Störungen und Einschränkungen nach sich ziehen können. Oft sind diese durch klassische psychotherapeutische Verfahren allein nicht ausreichend behandelbar. Zeitgleich mit wachsenden Erkenntnissen der Neurobiologie und Medizin darüber, wie sich traumatischer psychischer Stress auch im Gehirn und Körper niederschlägt, wurden jedoch in den letzten Jahrzehnten spezifische psychotherapeutische Methoden und Strategien entwickelt, mit Hilfe derer die Heilungsvorgänge wieder in Gang gebracht werden können.

Die Klinik Hohe Mark hat diese Ansätze früh aufgegriffen und in ihrem therapeutischen Angebot umgesetzt. So gibt es seit 1994 eine Frauenstation mit Schwerpunkt Psychotraumatheapie. Auf den Stationen der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik und auch anderen Stationen der Klinik wird den besonderen therapeutischen Erfordernissen für in Kindheit, Jugend oder Erwachsenenalter traumatisierte Patientinnen und Patienten durch spezifisch geschulte therapeutische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Rechnung getragen. Wir orientieren uns dabei an den in klinischer Praxis bewährten und in Leitlinien niedergelegten Standards und Erkenntnissen der modernen Psychotraumatologie:

1. Was ist ein Trauma und was bewirkt es in der betroffenen Person?

Nicht alles Belastende ist ein Trauma. Ein **Trauma** im Sinne der Psychotraumatologie ist ein Ereignis (bei dem die Person Opfer oder Zeuge ist), das die körperliche, sexuelle oder seelische Unversehrtheit einer Person so bedroht oder verletzt, dass diese zumindest eine Zeit lang psychisch davon überwältigt ist. Währenddessen kommt es in der Regel zu intensiven Gefühlen von Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen und zur Erschütterung des Vertrauens in sich selbst, die Umwelt und das Leben.

Ein Trauma kann jeder erleben, z.B. durch Naturkatastrophen, Unfälle, schwere Verletzungen, Operationen oder Erkrankungen, Tod von Kind oder Partner, Krieg, Gefangenschaft, Geiselnahme, Folter, Terroranschläge, Überfälle, Vergewaltigung und jede andere Form von körperlicher oder sexualisierter Gewalt, auch im familiären Umfeld (häusliche Gewalt). Beim *Kind* können *neben all dem* auch das Erleben von psychischer Misshandlung, sexueller Grenzüberschreitung (jede Form, mit und ohne Berührung), körperlicher oder emotionaler Vernachlässigung, sowie Trennungen und Verluste von wichtigen Personen traumatisch wirken.

Im **Gehirn** findet dabei eine überschießende Stress-Antwort statt, so dass die betroffene Person, auch wenn das Trauma vorüber ist, zunächst im Alarmzustand bleibt. Oft kommt es unter günstigen Bedingungen, vor allem sozialer Unterstützung, durch die Selbstheilungskräfte zu einer **Spontanverarbeitung und -erholung** in den Wochen und Monaten nach einem Trauma.

Im ungünstigen Fall kommt es zu einer Blockade der Verarbeitung und zu einer bleibenden Entgleisung der Stressregulationszentren des Gehirns. Bruchstücke der Trauma-Erinnerung bleiben mit starken Emotionen, Bildern und Körperreaktionen als „Traumagedächtnis“ lebendig und gleichzeitig oft abgespalten (dissoziiert). Das Ereignis kann so nicht als vergangen im biographischen Gedächtnis eingeordnet werden, wo sonstige wichtige Ereignisse als geschehene

Tatsachen abgespeichert sind und auf Bedarf abgerufen werden können, ohne gleich emotionalen Stress zu erzeugen.

Die Wahrscheinlichkeit, dass sich **Traumafolgestörungen** entwickeln und die Art der Symptome hängen unter anderem ab von der Art des Traumas (von Menschen zugefügt oder nicht), der Häufigkeit (einmal, mehrmals oder anhaltend), und dem Lebensalter (als Kind oder Erwachsener) im Zusammenwirken mit individueller Veranlagung, den sonstigen Lebensumständen und der erfahrenen Unterstützung nach dem Trauma.

Bei der typischen **posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)** kommt es einerseits zum inneren Wiedererleben des Traumas durch einschließende Erinnerungen in Form von Bildern, starken Gefühlen, Alpträumen, Flashbacks und andererseits zum Vermeidungsverhalten, um allem aus dem Weg zu gehen, was an das Trauma erinnern könnte. Gleichzeitig finden sich Symptome allgemeiner Übererregung wie Überwachsamkeit, Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen, Reizbarkeit.

Bei traumatischer Kindheit, d.h. oft mit mehrfacher oder anhaltender Traumatisierung, kann es zur **komplexen posttraumatischen Belastungsstörung** kommen. Daneben gibt es als Traumafolgestörungen **Dissoziative Störungen und Symptome** und bei sehr ausgedehnter und in früher Kindheit begonnener Traumatisierung **komplexe dissoziative Störungen bis zur Dissoziativen Identitätsstörung** (früher Multiple Persönlichkeitsstörung genannt).

Die Betroffenen leiden auch meist an einer oder mehreren **Begleitstörungen** wie Depressionen, Angststörungen, somatoforme Störungen und Schmerzzustände, stoffgebundene Süchte / Stoffmissbrauch, Verhaltenssüchte, Essstörungen, Zwangssyndrome, Borderline-Persönlichkeitsstörungen und andere Persönlichkeitsstörungen.

2. Nach welchen Grundsätzen werden Traumafolgestörungen behandelt?

Man unterscheidet **drei Phasen** der Traumatherapie, die jedoch nicht linear hintereinander ablaufen müssen, sondern angepasst an die Situation des Patienten flexibel gehandhabt werden, so dass es immer wieder zu einem Hin-und-Her-Pendeln zwischen den Phasen kommt. 1.

Stabilisierung – 2. Konfrontation – 3. Integration, Trauer und Neuorientierung.

In der **Stabilisierungsphase** sorgt die Person dafür, dass sie in äußerer Sicherheit ist, dass aktuelle Belastungen bewältigt sind, und lernt dann gezielt und kontinuierlich, „psychische Muskeln“ aufzubauen. Die dabei im Gehirn entstehenden „Ressourcen-Netzwerke“ bilden so ein positives Gegengewicht zu den „Trauma-Netzwerken“. In der **Konfrontationsphase** lässt sich die dann ausreichend stabilisierte Person in der sicheren Gegenwart und der vertrauensvollen Beziehung mit dem Therapeuten unter Anwendung spezifischer traumatherapeutischer Methoden auf eine kontrollierte Wiederbegegnung mit den belastenden Erinnerungen ein, so dass die stecken gebliebenen Selbstheilungsvorgänge wieder in Gang kommen und die Symptome nachlassen.

Integration, Trauer und Neuorientierung: die Person lernt, mit dem Geschehenen und den Folgen (der zurückgebliebenen seelischen „Narbe“) zu leben und nicht nur zu „überleben“ wie im Trauma und vollzieht sinnvolle Anpassungen für Gegenwart und Zukunft.

3. Wie behandeln wir in unserer Abteilung Betroffene mit Traumafolgestörungen?

Stationszuordnung: Die Behandlung von Patienten mit Traumafolgestörungen erfolgt auf einer der 5 Stationen unserer Abteilung mit zwischen 15 und 23 Patientinnen und Patienten. Bei Frauen gibt es die Möglichkeit der Teilnahme am traumaspezifischen Therapieprogramm unserer Traumatherapiestation für Frauen, ansonsten erfolgt die Zuordnung von traumatisierten Patienten, Frauen und Männer, zu einer der anderen 4 von Geschlecht und Störungsbildern gemischten Stationen unter dem Blickwinkel der individuellen Symptomatik, der Begleitstörungen und des Behandlungsauftrags. Die dazu nötige klinische Information wird im Aufnahmeverfahren, oft mit zusätzlichem ambulantem Vorgespräch vor Ort, per Telefon oder Videosprechstunde, erhoben. Beispielsweise können eine Essstörung oder eine Persönlichkeitsstörung, eine Depression oder eine Konfliktproblematik einen Hinweis geben, welche Station und welcher Therapeut geeignet wäre, da

bei der Zuweisung die Stationsprofile und die traumatherapeutische Erfahrung des betreuenden Therapeuten und der anderen Team-Mitglieder nach Möglichkeit berücksichtigt werden.

Therapeutische Zugangsweisen: Die traumatherapeutischen Grundsätze der Phasenorientierten Behandlung werden adaptiert an die Gegebenheiten der Patientin, der Station und an die dem therapeutischen Team zur Verfügung stehenden Methoden angewandt. Auf der Grundlage einer beziehungsorientierten und psychodynamisch verstehenden Grundhaltung kommen folgende sich ergänzende Zugangsweisen zum Einsatz:

- **psychodynamische** (= tiefenpsychologische, das Unbewusste und seine Konflikte und das Beziehungsgeschehen in den Blick nehmende),
- **imaginative** (die Vorstellungskraft positiv und heilsam nutzende),
- **kognitive** (die Macht verzerrter Gedanken und Überzeugungen anerkennende und positiv modifizierende) und
- **verhaltenstherapeutische** (das Verhalten und Erleben durch Lernen und Üben verändernde) Zugänge.

Daneben kommen gegebenenfalls **spezifischere Methoden** zur Anwendung:

- **DBT** (Dialektisch-Behaviorale Therapie) mit ihrem Fertigkeiten-Training zur Stress- und Emotionsregulation,
- **EMDR** (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) als spezifisches integratives Verfahren zur Ressourcen-Aktivierung und Traumakonfrontation,
- **IRRT** (Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy), als ebenfalls spezifische Methode, bei der mit korrigierenden Vorstellungen und Worten belastende traumabezogene Erinnerungen konfrontiert, verwandelt und bewältigt werden.

Wichtige Behandlungsaspekte:

- **Therapeutisches Bündnis** zwischen Patientin und Therapeutischem Team: Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung; Selbständigkeit und Eigenverantwortung; Halt und Sicherheit gebende klare Vereinbarungen, Absprachen und Grenzen, einschließlich Kontaktregelung nach außen.
- **Informationsvermittlung (Psychoedukation)** fördert Verstehen und Kooperation.
- **Kontrollbedürfnis** anerkennen und Patientin in alle Entscheidungen mit einbeziehen (Ohnmacht erinnert an Trauma).
- **Ermächtigung** der Patientin, wieder im eigenen Leben Verantwortung zu übernehmen und aus dem Opfer-Erleben auszutreten.
- **Ressourcen-Orientierung** im Allgemeinen: Würdigung und Stärkung aller schon vorhandenen Stärken und Kompetenzen und Aufbau weiterer Ressourcen einschließlich der Selbstfürsorgefähigkeit.
- Speziell, besonders bei Komplextraumatisierung und dissoziativen Störungen: **Stärkung der alltagskompetenten „erwachsenen“ Seite** der Persönlichkeit, damit diese sich verletzten traumatischen Seiten von damals heilsam zuwenden kann = Hilfe zur Selbsthilfe.
- Achten auf das **Gleichgewicht** zwischen Ressourcenstärkung/Stabilisierung und Traumakonfrontation: Dies ergibt ein gesundes „Tempo“ in der therapeutischen Arbeit.
- **Multimodale therapeutische Angebote einzeln und in der Gruppe:** Bei Trauma ist besonders der Einbezug des Körpers und nonverbale Zugänge wichtig: Deshalb werden durch Körper-, Sport-, Musik-, Tanz-, Entspannungs-, Gestaltungs-, und Maltherapien viele Sinneskanäle und die Kreativität angesprochen.
- Bei Bedarf Unterstützung durch **Medikamente**, die die psychische Stabilisierung fördern.
- **Stationsmilieu** als Strukturhilfe, soziale Unterstützung und gleichzeitig Übungsfeld.
- **Ganzheitlichkeit:** Neben der körperlichen, seelischen und sozialen Dimension werden auch die spirituellen Bedürfnisse und Fragen des traumatisierten Menschen ernst genommen: es besteht viel Gelegenheit (freiwillig), sich einzeln und in der Gruppe mit existenziellen und spirituellen Fragen zu befassen.

4. Wie gehe ich vor bei Interesse an einer stationären Behandlung?

Bitte wenden Sie sich als zukünftige*r Patient*in oder Einweiser/Therapeut*in an unser [Aufnahmesekretariat](#) per Telefon (06171 204–5900) für die allgemeine Psychotherapie oder Telefon (06171 204-5980) für die Frauentraumatherapiestation oder per Email (patientenmanagement@hohemark.de).

Zum Ablauf der Therapie im Einzelnen siehe das [Therapiekonzept der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik](#) oder das [Konzept der Behandlung für Patientinnen mit Traumafolgestörungen](#). Beides ist als Broschüre erhältlich oder auf unserer Website www.hohemark.de zum Download: https://www.hohemark.de/wp-content/uploads/sites/3/2020/05/KHM-0197-14_Therapiekonzept-Psychotherapie.pdf bzw. <https://www.hohemark.de/behandlungsspektrum/traumafolgestoerungen-patientinnen/>.

Michael Peter

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Spezielle Psychotraumatherapie (DeGPT)
Oberarzt der Abteilung Psychotherapie

Dr. med. Martin Grabe

Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Chefarzt der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik

Dr. med. H. Thomas

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Spezielle Psychotraumatherapie (DeGPT)
Oberärztin der Abteilung Psychotherapie

Stand: 01.04.2021