Das Behandlunsteam steht unter regelmäßiger externer Supervision, d. h. es reflektiert und überprüft seine Arbeit kontinuierlich mit einem qualifizierten, der Institution nicht angehörenden Fachmann.

Zur Gewährleistung einer optimalen Nachsorge pflegen und fördern wir, auch über die Grenzen des Kreises Neuwied hinaus, eine enge Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten und Psychologen sowie mit Beratungsstellen und anderen psychosozialen Einrichtungen, Selbsthilfegruppen und Betroffenenverbänden.

In allen Abteilungen steht „der ganzheitliche Dienst am Menschen im Vordergrund unseres Handelns“- dieser Satz aus dem Leitbild der Marienhaus Unternehmensgruppe ist den Mitarbeitern Auftrag und Verpflichtung.

So kommen Sie zu uns

Für die Aufnahme ist die Einweisung eines niedergelassenen Arztes (Haus- oder Facharzt) erforderlich. Sie kann auch durch einen ambulant tätigen psychologischen Psyhotherapeuten vermittelt werden.

Nach Terminabsprache besteht im Vorfeld die Möglichkeit zur Besichtigung der Station.

MARIENHAUS KLINIKUM
BENDORF - NEUWIED - WALDBREITBACH
ST. ANTONIUS WALDBREITBACH

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik
Johannes Station

Margaretha-Flesch-Str. 4
56588 Waldbreitbach

Telefon 02638 923-9
Telefax 02638 923-5559

www.marienhaus-klinikum.de

MARIENHAUS KLINIKUM
BENDORF - NEUWIED -
WALDBREITBACH

Akademisches Lehrkrankenhaus der
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Lehrkrankenhaus der Universität Maastricht

MARIEN HAUS

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Johannes Station

Wir vergleichen Traumaarbeit mit dem Entschärfen einer Mine.

Kein Mensch würde das ohne entsprechende Sicherheitsvorkehrungen tun.

L. Reddemann

Fachbereich
Psychotraumatologie

Psychotraumatologie im St. Antonius Waldbreitbach

Das Marienhaus Klinikum St. Antonius Waldbreitbach ist die stationäre psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Abteilung des Marienhaus Klinikums. Hier werden Erwachsene aufgenommen, die psychisch erkrankt sind und für deren akuten Krankheitszustand ambulante und teilstationäre Behandlungsmaßnahmen nicht ausreichen. Angegliedert ist eine Tagesklinik in Neuwied.

Speziell im Fachbereich Psychotraumatologie stehen hier 16 vollstationäre Behandlungsplätze zur Verfügung. In der Tagesklinik St. Antonius Neuwied besteht die Möglichkeit einer teilstationären Weiterbehandlung.

Indikationen

- **posttraumatische Belasungsstörungen**
  verursacht durch akute kurzdauernde bzw. „frühe” langfristig andauernde Traumatisierung: Gewalterlebnisse, sexuelle Misshandlungen (Mißbrauch/Vergewaltigung), Folter, Natur- und Verkehrskatastrophen sowie andere Schockerlebnisse
- **Persönlichkeitsstörungen**
  vorrangig Borderline-Patienten
- **dissoziative Störungen**

Allen gemeinsam ist folgender Symptomkomplex

- **Intrusion/Wiedererleben**
  Symptome, die eine erzwungene Nähe zum Trauma herstellen
  - Flashbacks
  - Alpträume
  - Panikattacken
  - zwanghaftes Erinnern/Hypermnesie
  - Depression

- **Konstriktion/Stimmulusvermeidung**
  Symptome, die die Nähe zum Traum vermeiden
  - phobische Vermeidung von Ereignissen „Triggern"
  - soziale Isolation
  - emotionale Empfindungslosigkeit
  - Alkohol-, Drogen- und/oder Medikamentenmissbrauch
  - dissoziative Phänomene

- **physiologische Reaktionen**
  - Herzrasen, Atemnot, Beklemmungen
  - Unruhe, Schlaflosigkeit
  - übersteigerte Wachsamkeit
  - Konzentrationsstörungen
  - Schmerzzustände
  - Taubheits-, Starre-Empfindungen
  - andere Körpersensationen

Neben selbstverletzendem Verhalten, Selbstbetäubungen in Form von Suchtmittelmissbrauch, Eßstörungen und Reinszenierungen alter traumatischer Situationen scheinen Traumatisierte insbesondere Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Ausprägung spezifischer Coping-Strategien während und nach der Traumatisierung aufzuweisen. Hierbei steht die Dissoziation (die Trennung einzelner Bereiche des Seelischen z. B. Erinnerungsbilder, Gefühle, Kognitionen, Körperempfinden) an erster Stelle.

Die Würdigung dieser Phänomene in ihrer Bedeutungshaftigkeit als Überlebensstrategien der Patienten ist ein zentraler Bestandteil unserer therapeutischen Sichtweise. Daraus folgt, dass erst nach dem Aufbau suffizient alternativer Schutzmechanismen die Behandlung dissoziativer Symptome angestrebt werden darf.

Vorrangiges Ziel unseres multimethodalen Behandlungsangebotes ist, gemeinsam mit den Patienten die individuellen Selbstheilungskräfte zu entdecken und deren Entfaltung zu unterstützen.

Das Dreiphasenmodell der Behandlung von Traumatisierten

1. Stabilisierungsphase

Da die Verarbeitungsfähigkeit der Patienten hinsichtlich ihrer Traumatisierung gestört ist, leiden sie unter einer spezifischen Ich-Schwäche. Zudem können traumabedinge Veränderungen im Gehirn festgestellt werden, wie z. B.

- eine Herabsetzung der Reizschwelle
- physiologische Überregung bei Stress (Hyperarousal)
- Verlangsamung der Rückregulation von Stresshormonen
- die Erzeugung von Flashbacks

In diesem Sinne dient die Stabilisierungsphase der Stressreduktion.

Entsprechende Methoden

- das Erlernen von Imaginationen und Kognitionen mit heilsamen Ich-stärkenden Vorstellungen
- das Erlernen von Affektdifferenzierung und deren Regulierung
- lernen, ein Gefühl von Sicherheit herzustellen
- Wissen und Information darüber, was Traumatisierung in Menschen auslösen kann
- Exploration vorhandener Ressourcen und deren systematische Verstärkung
- Benennung und Aufhebung traumabedingter Übertragungsprozesse
- erstellen eines Arbeitsbündnisses in dem zwei Erwachsene die Verletzungen der Vergangenheit betrachten und aufarbeiten
- das Hinführen zu einer differenzierten Körperwahrnehmung und einem liebevollem Umgang mit dem Körper
- das Üben eines kontrollierten Umgangs mit traumatischem Material, das noch unbearbeitet ist

Ziel der Stabilierungsphase ist, die Patienten in die Lage zu versetzen, aufdeckend und traumazentriert arbeiten zu können. Dies gelingt in etwa 60 % der Fälle.

Wann die Vearbeitung von traumatischen Erfahungen sinnvoll ist, wird grundsätzlich vom Einzelfall ausgehend entschieden. Andere therapeutische Ziele können durchaus im Vordergrund stehen.

2. Traumazentrierte Phase

Konnte eine Basis geschaffen werden, wird eine Traumabearbeitung versucht. Hierunter ist eine dosierte und geplante Auseinandersetzung mit dem Geschehenen zu verstehen. Zur Synthetisierung traumatischer Erfahrungen bedarf es der Integration von Kognition, Affekt, Körpererleben und Handlungserfahrung.

Hierfür stehen mehrere Techniken zur Verfügung

- **EMDR** (Eye movement Desensitiziation and Reprocessing)
  Standardisierte Methode, die es ermöglicht, fragmentierte Erinnerunsinformationen zusammenzubringen, durchzuarbeiten und gleichzeitig die im Selbstwertgefühl entstandene Verletzung kognitiv neu zu bewerten

- **Screen-Technik**
  Die Patienten stellen sich das Geschehen auf einem Bildschirm vor. Dabei steuern sie die Intensität des Erlebten mittels einer imaginären Fernbedienung

- **Beobachtertechnik**
  Die Patienten stellen sich vor, ihren Körper zu verlassen und sich die Szene von oben oder außen zu betrachten bzw. zu bearbeiten

Jede Traumaarbeit wird mit selbsttröstenden Methoden beendet, die bei gelungener Vorbereitung in der Stabilisierungsphase gelernt wurden. Die Aufgabe des Therapeuten besteht in der empathischen Begleitung.

Traumabearbeitung findet ausschließlich in Einzelpsychotherapie statt. Außerhalb der Sitzungen werden die Patienten gebeten, nicht über das Thema Traumatisierung zu sprechen. Grundsätzlich gilt, dass nichts in Patienten hineingefragt wird, was nicht erinnert wird. Darüber hinaus erhalten die Patienten zu jedem Zeitpunkt der Behandlung die volle Kontrolle über alles, was geschieht.

3. Trauer- und Neuorientierungsphase

Diese Phase beinhaltete das Akzeptieren der eigenen Geschichte. Entgegen der Phasen 1 und 2 ist hier konfliktzentrierte Arbeit wieder sinnvoll. Die Bearbeitungzeit, die vor allem Trauer und Reintegration zum Inhalt hat, kann Monate bis Jahre dauern, was insbesondere bei vielfach Traumatisierten der Fall ist.

Die Behandlungsdauer beträgt mindestens 3 Wochen, ggf. empfiehlt sich eine Intervalltherapie, da langanhaltende Traumatisierungen einer mehrjährigen Therapie bedürfen.

Die Stabilisierungs- und die Traumazentrierte Phase dauern meist etwas länger. Die Trauer- und Neuorientierungsphase finden in der Regel in einer ambulanten Psychotherapie statt.

Um die gemeinsam erarbeiteten Ziele zu erreichen bzw. ihnen möglichst nahe zu kommen, bieten wir folgende therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen an

- tiefenpsychologisch fundierte Gruppengespräche
- ressourcenorientierte, vorwiegend die aktuelle Lebenssituation berücksichtigende Gruppengespräche
- Imagination
- edukative Info-Gruppe
- Frauengruppe
- Angehörigengespräche
- Einzeltherapie
- Bezugspflege
- Sozialberatung
- seelsorgerische Betreuung
- Ergotherapie
- Psychotherapiegruppe
- Achtsamkeitstherapie
- Ausdruckstherapie
- Sport- Physiotherapie
- Aromatherapie
- Qi-Gong
- Milieu- und soziotherapeutische Aspekte
- Progressive Muskelentspannung nach Jacobson
- Kunsttherapie