



Evangelisches
KRANKENHAUS
Bielefeld

Marianne Addicks • Gerlind Anders • Anke Bebermeier • Ute Bluhm-Dietsche • Inge Castrup • Cornelia Dehner-Rau
Sabine Drebes • Petra Dröge • Roswitha Ewald • Claus Fischer • Eberhard Frantz • Ursula Gast • Klara Hanke-Lenz
Dagmar Heffler • Johanna Jakob • Regine Jung • Birgit Kastner • Cäcilia Koch • Koviljka Kolaric • Gabi Krüger
Susanne Lücke • Leonie Maischein • Gertrud Malchus • Silke Mehler • Christine Morgenroth • Renate Munz-Becker
Susanne Neumann • Michael Ordyniak • Ursula Presser • Heide Rabente • Janina Ruthe • Barbara Schittko •
Hubert Schmidt • Thomas Scholmeyer • Carmen Stehlig • Martina Walter • Angelika Zander

***Psychodynamisch Imaginative
Traumatherapie (PITT)
Handout zum Workshop***

11. Jahrestagung der DeGPT
Deutschsprachige Gesellschaft für
Psychotraumatologie
in Bielefeld vom 7. bis 10. Mai 2009

Trauma und Persönlichkeitsentwicklung

Für Frau Professor Luise Reddemann

Als Dank und Wunsch für weiterhin gutes Gedeihen von PITT

Inhalt

1	Einleitung	3
2	PITT - das Klinikkonzept	4
3	Therapieangebote der Klinik	6
3.1	Einzelgespräche	6
3.2	Gruppenprogramme	6
3.2.1	Stabilisierungsgruppe: Die Gruppe LILA	6
3.2.1.1	Arbeitsmaterialien der Gruppe LILA	8
	Wochenplan	8
	Arbeitsblätter zur Eigenarbeit	13
	Arbeitsblatt zu Gruppenregeln	14
3.2.2	Traumatisierte in der Krise: Die Gruppe GELB	15
3.2.3	Lebenskrisen: Die Gruppe ROT	16
3.2.4	Interaktionelle Gruppen: Die Gruppen GRÜN, BLAU und ORANGE	17
3.2.5	Soziale Kompetenz - spielerisch: Die Gruppe TÜRKIS	20
3.2.6	Thema Arbeitsplatz: Die Gruppe BERUF	21
3.2.7	Für die männlichen Patienten der Klinik: Das Männerforum	22
3.3	Kreativtherapie	23
3.3.1	Bewegungstherapie	23
	Körperkonzepte in der Bewegungsanalyse	25
3.3.2	Konzentrierte Bewegungstherapie	26
3.3.3	Kunstpsychotherapie	28
3.4	Therapiebegleitende Programme	30
3.4.1	Qigong	30
3.4.2	Selbst-Breema	32
3.4.3	Familientherapie	33
4	Das Pflegekonzept	36
4.1	Angstexpositionstraining	37
4.2	Aromatherapie	38
5	Therapie-Evaluation	41
6	Literatur	42
	Anhang	45

1 | **Einleitung** *(Ursula Gast)*

In unserer Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin behandeln wir Patientinnen und Patienten mit verschiedenen psychischen Erkrankungen. Hierzu gehören psychosomatische Krankheiten, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, ebenso durch Belastungen verursachte seelische Krisen und Folgeerkrankungen. Ein Schwerpunkt unserer Arbeit ist die Behandlung von Menschen mit Gewalterfahrung oder anderen traumatischen Erlebnissen.

Das Behandlungskonzept beruht auf einem psychodynamischen und ressourcenorientierten Ansatz. Die Basis der Behandlung ist eine Kombination von Psychotherapie in Einzel- und Gruppengesprächen. Die Patientinnen und Patienten nehmen ein- bis zweimal wöchentlich an Einzelsitzungen und mehrmals wöchentlich an einer Gruppensitzung teil. Familientherapie und soziotherapeutische Angebote können ergänzt werden. Begleitend werden außerdem kreative Therapien wie die Bewegungs- und Kunstpsychotherapie eingesetzt. Darüber hinaus stehen zur Förderung der Achtsamkeit und Körperwahrnehmung einerseits meditative Übungen (Qigong, Selbst-Breema und Stressbewältigungstraining durch Imagination), andererseits Aromatherapie zur Verfügung.

Neben der ärztlichen, psychologischen und pflegerischen Betreuung wird eine Kombination verschiedener Behandlungsmethoden angeboten. Hierzu erstellen wir gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten einen individuellen Therapieplan. Dabei werden die Symptome und Beeinträchtigungen ebenso berücksichtigt wie die Ressourcen der Betroffenen, um ein möglichst individuelles Angebot zur Verfügung zu stellen. In den Therapieplan fließen neben dem psychodynamischen und ressourcenorientierten Ansatz auch Elemente der Verhaltenstherapie (Skilltraining, soziales Kompetenztraining), systemische Techniken (Familienbrett, Paar- und Familiengespräche, Reflecting Team) und traumatherapeutische Elemente (Distanzierungstechniken, Screentechniken, EMDR) ein. Das klinische Behandlungsprogramm dauert in der Regel sechs bis zwölf Wochen, das Krisenprogramm drei bis vier Wochen.

Patientinnen und Patienten* können sowohl stationär als auch teilstationär aufgenommen werden. Die tagesklinischen Behandlungsplätze bieten ihnen die Möglichkeit, während der Behandlung in ihrem sozialen Umfeld zu verbleiben und somit einen vollstationären Aufenthalt zu umgehen. Zudem kann durch die zügige Aufnahme in die Krisenprogramme innerhalb von drei bis vier Wochen eine zeitnahe Hilfe angeboten werden.

* Aus Gründen der Vereinfachung und zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf die Nennung beider Genera verzichtet und ausschließlich die weibliche Form gebraucht (mit Ausnahme der Kapitel 3.2.7 und 3.4.2, der Arbeitsmaterialien und des Anhangs). Männliche Personen sind darin eingeschlossen.

2 | PITT - das Klinikkonzept (Ursula Gast)

Die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT) wurde von Luise Reddemann ursprünglich für die stationäre Behandlung komplex traumatisierter Patientinnen mit ausgeprägten dissoziativen Störungen entwickelt. Es handelt sich um ein psychodynamisch orientiertes Therapieverfahren, das die Fähigkeit zur Selbstberuhigung und Selbstkontrolle unterstützt. Im Zentrum des Verfahrens stehen Patientinnen, die schwere kindliche Traumatisierung erlebt haben; hierbei trägt PITT vor allem dem Umstand der chronischen Verunsicherung und Bedrohung Rechnung. Von Luise Reddemann und Ulrich Sachsse auch überregional in Seminaren gelehrt, hat der psychodynamische und ressourcenorientierte Ansatz mittlerweile im deutschen Sprachraum weite Verbreitung gefunden. Die Form der Behandlung steht auch als Manual zur Verfügung; erste Wirksamkeitsstudien liegen von Leichsenring et al. (2004) sowie Lampe et al. (2007) vor.

PITT nutzt auf psychodynamischer Grundlage die Fähigkeit der Vorstellungskraft in allen drei Phasen der Traumatherapie (1. Stabilisierung, 2. Traumaexposition und Integration, 3. Trauer und Neubeginn).

Zu Beginn einer Behandlung wird mittels Imagination ein Arbeitsbündnis installiert. Dies beinhaltet, dass zwei Erwachsene - die Patientin und die Therapeutin - gemeinsam an den Problemen arbeiten, die durch die früheren traumatischen Verletzungen entstanden sind. Hilfreich ist hierbei für viele Patientinnen die Vorstellung, sich ihrem verletzten "inneren Kind" zuzuwenden.

Bei der anschließenden Anamneseerhebung gilt es darauf zu achten, dass sowohl die belastenden wie auch die gelingenden Anteile der jeweiligen Patientinnenbiografie gewürdigt werden. Die Erinnerungsfähigkeit an Freudiges wird beispielsweise durch Nutzung imaginativer Techniken gefördert. Begleitend wird zusätzlich die Wahrnehmung der eigenen Ressourcen geschult. Eine Stabilisierung erfolgt schließlich durch Angebote von heilsamen imaginativen Übungen, bei denen sich z. B. mit dem "inneren Kind" bzw. dem "jüngeren verletzten Ich" auseinandergesetzt wird. In der Imagination wird dieses liebevoll versorgt und kann dadurch lernen, dass es jetzt in einer anderen Zeit existiert; (selbst)destruktive Innenanteile (Täterintrojekte) werden als früher nützlich und hilfreich gewürdigt. Die Patientinnen sollen sich bewusst werden, dass auch diese nun in einer anderen Zeit existieren und daher eine andere Art von Hilfe erforderlich ist.

Die Traumakonfrontation findet so schonend wie möglich mittels der Beobachertechnik und EMDR statt. Hierbei wird darauf Wert gelegt, eine Affektüberflutung zu verhindern und eine Situation größtmöglicher innerer Sicherheit zu gestalten. In der 3. Phase der Behandlung wird die Imagination genutzt, um mithilfe der Vorstellungskraft neues Verhalten und Handeln zunächst innerlich vorzubereiten, um dieses daraufhin im Alltag umzusetzen.

Die Basis der Arbeit stellt eine stabile und vertrauensvolle therapeutische Beziehung dar, an dessen Aufbau Therapeutin und Patientin gleichermaßen aktiv beteiligt sind.

Durch umfassende Psychoedukation (insbesondere in der Gruppe LILA) werden die Patientinnen zunächst über die psychobiologischen Grundlagen ihrer Erkrankung und ihre Therapiemöglichkeiten informiert. Der offene Umgang mit der eigenen Erkrankung sowie der Einblick in die Ursachen und Wirkungen sind insofern wichtig und grundlegend, da Selbstkontrolle, Selbstverantwortung und Selbstfürsorge als Behandlungsziele gerade in der Stabilisierungsphase an oberster Stelle stehen. In der Therapie sollen die Patientinnen die wichtige, wirksame und heilsame Erfahrung machen, dass sie die Kontrolle behalten. Außerdem sollen sie ihre eigenen Ressourcen kennen und einsetzen lernen.

Hinsichtlich der psychodynamischen therapeutischen Techniken zielt PITT auf die Korrektur von Übertragungsverzerrungen, auf Affektdifferenzierung und -regulierung ab. Darüber hinaus werden Ich-Vorstellungen gestärkt und selbsttröstende Maßnahmen erlernt und eingeübt. Dabei gilt sowohl für die Patientin als auch für die Therapeutin, die spezifischen Bedürfnisse im Blick zu haben, bei Angst beruhigend zu wirken und eine reale Bedrohung von einer inneren unterscheiden zu lernen.

Zusammengefasst geht es bei PITT also um die Hilfe zu Selbstmanagement und Selbstkontrolle unter Einbeziehung der störungsspezifischen Hindernisse. Dabei wird den Patientinnen die Gelegenheit gegeben, ihre Selbstwirksamkeit im Umgang mit sich deutlich und bewusst erfahrbar werden zu lassen.

Die Prinzipien der psychodynamischen und analytischen Therapie finden sich im Behandlungskonzept der Klinik zum Teil anders akzentuiert. Das gilt beispielsweise

- bei Auftreten von Widerstand- und Abwehrphänomenen,
- für den Umgang mit Widerstand und Abwehr und
- für die Abstinenzregel oder die Technik der freien Assoziation.

Abwehrbewegungen gegen die subjektive Bedeutung des traumatischen Geschehens werden in der Regel angesprochen und als Schutzmechanismus gedeutet. Oft ist hierfür zunächst der schützende Rahmen eines Einzelgespräches günstiger, während sich die Patientinnen zum späteren Zeitpunkt ihrer Behandlung gegenseitig auf ihre Abwehr aufmerksam machen und sich untereinander korrigieren.

Der Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung im Sinne einer systematischen Wahrnehmung und Auswertung bleibt für den therapeutischen Prozess in der psychodynamischen Traumatherapie von zentraler Bedeutung; hierbei steht das Bemühen im Vordergrund, Übertragungsverzerrungen gering zu halten und frühzeitig, oft bereits vorbeugend, anzusprechen. Hilfreich ist eine Psychoedukation in dem Sinne, dass gravierende negative Vorerfahrungen die Wahrnehmung neuer und aktueller Beziehungen so beeinflussen können, dass diese nicht mehr als hilfreich erlebt werden. Eine übertragungszentrierte Behandlung bei traumatisierten Patientinnen ist aus Gründen der Traumaphysiologie ungünstig: Es besteht die Gefahr der Überflutung der Patientin durch intrusive Erinnerungsbilder. Die therapeutische Arbeitsbeziehung kann zusammenbrechen und selbst retraumatisierende Züge für die Patientin annehmen. Abgesehen davon sollten ebenso Abreaktion und Katharsis nicht in Gruppen angestrebt werden.

In den zurückliegenden Jahren der Zusammenarbeit mit traumatisierten Menschen haben wir Erfahrungen darüber sammeln können, das Behandlungssetting der psychodynamischen Gruppentherapien auch für schwer traumatisierte Patientinnen zu nutzen. Diese Art von Gruppenpsychotherapie stellt allerdings hohe Anforderungen an die Therapeutinnen: Sie sollten ebenso in psychodynamischer Therapie kundig sein wie über ein breites Repertoire an ressourcenorientierten Techniken aus verschiedensten Therapieschulen verfügen. Kenntnis und Verstehen von Übertragungsprozessen sind unbedingt erforderlich, jedoch können diese in der Praxis selten in der üblichen und erlernten Form umgesetzt werden.

Die Förderung von Selbstkontrolle und Selbstwirksamkeit steht auch hier an erster Stelle. Stark konfrontierende, auf Konflikte statt auf Beruhigung zentrierte Gruppenarbeit erweist sich dabei als wenig hilfreich. Ziel ist nicht die Vermeidung von Konflikten, sondern ein anderer Umgang mit ihnen. Aus den genannten Gründen zeigt sich eine beziehungszentrierte, deutende Arbeit, in der sich negative Übertragung zur Therapeutin und/oder Gruppenmitgliedern über lange Zeit entfalten können, für nicht förderlich. Einsicht kann auch dadurch gewonnen werden, dass Konflikte zwar akzeptiert und benannt werden, dass aber bereits die darin zum Ausdruck kommende Angst und Vermeidung als Traumakompensation und Selbstschutz wahrgenommen sowie gewürdigt werden und das bereits vorhandene oder in Zukunft mögliche - Lösungspotenzial des Einzelnen oder der Gruppe erkundet wird.

Heilsame Beziehungen in Gruppen - so unsere Erfahrung - haben mit wechselseitiger Ermutigung, einem Klima von Toleranz und Respekt sowie spielerischem Umgang miteinander zu tun. Die grundlegende therapeutische Haltung dabei ist (in Anlehnung an Fürstenau 2001), psychoanalytisch zu verstehen, systemisch zu denken, suggestiv - oder besser: ressourcenorientiert - zu intervenieren.

Die verschiedenen Therapieelemente, die wir in PITT zusätzlich in den gesamten Therapieplan integrieren, sind auf die gemeinsam mit den Patientinnen erarbeiteten Therapieziele abgestimmt. Grundsätzlich geht es in allen Therapieprogrammen nicht um die starre Anwendung eines Manuals, sondern um den flexiblen Einsatz der vorhandenen Methodenvielfalt. In Anlehnung an Schiepek (2007) liegt der Fokus auf dem permanenten Erzeugen eines therapeutischen Rahmens, in dem die Patientinnen zu einem Prozess der besseren Selbstorganisation angeregt werden.

3 | Therapieangebote der Klinik

3.1 Einzelgespräche

Die Einzelgespräche dienen der Etablierung einer haltgebenden Beziehung, in deren Schutzraum die angestrebten Veränderungen erst möglich werden. In den Einzelgesprächen werden Diagnosen als Arbeitshypothesen besprochen, Therapieziele erarbeitet, der Gesamtbehandlungsplan entwickelt und der Therapieverlauf immer wieder auf die vereinbarten Ziele hin fokussiert. In der Einzeltherapie wird der Patientin auch die Arbeitsweise des gesamten Behandlungsteams transparent gemacht. Hieran können beispielhaft Triangulierungsprozesse geübt sowie die Erfahrung gemacht werden, dass auch in komplexen Beziehungsgefügen Verlässlichkeit erfahrbar ist. In dem Einzelkontakt können zudem die Themen besprochen werden, die einen besonderen Schutzraum benötigen (z. B. sehr schambesetzte Themen oder traumatische Erfahrungen).

In den Einzelgesprächen kommt all das zum Einsatz, was bereits in Kapitel 2 zu PITT, zu Imagination und zum Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung sowie zum Umgang mit Abwehr beschrieben wurde. Auch Ressourcenverankerung mithilfe von EMDR (Hofmann 1999) oder Stabilisierung durch EMDR-CIPOS-Technik (Rost 2008) erweisen sich als hilfreich. Im fortgeschrittenen Stadium der Behandlung wird bei entsprechender Indikation Traumaexposition mithilfe der Screentechnik oder mit EMDR durchgeführt. Im Einzelgespräch werden die Patientinnen auch auf die jeweiligen Gruppenprogramme vorbereitet.

3.2 Gruppenprogramme

Auf Menschen, die sich durch traumatische Erfahrungen isoliert fühlen, hat die Erkenntnis von der "Universalität des Leidens" (Yalom 1989) eine große therapeutische Wirkung. Zu Beginn des Heilungsprozesses besteht - auch und besonders in den Gruppen - ein hohes Sicherheitsbedürfnis. Daher ist am Anfang der Behandlung und in Krisenzeiten zunächst ein haltgebendes, strukturiertes und manualisiertes Angebot indiziert, wie wir es sowohl in der Gruppe LILA als auch in den Krisengruppen GELB und ROT bereithalten. Im späteren Behandlungsverlauf, wenn bestimmte Stabilisierungstechniken gut eingeübt sind, können auch Gruppen mit offener Themenwahl hilfreich sein, wie unsere Gesprächsgruppen GRÜN und BLAU oder die Gesprächsgruppe mit Kreativelementen ORANGE. Zudem steht die psychoedukative Gruppe TÜRKIS für psychosoziales Kompetenztraining zur Verfügung.

3.2.1 Stabilisierungsgruppe: Die Gruppe LILA

(Johanna Jakob)

Das Therapieangebot der Gruppe LILA ist ein strukturiertes, manualisiertes Gruppenangebot in Kombination aus Einzelgesprächen, psychoedukativen Gruppensitzungen und Kleingruppenübungen. Es richtet sich an Patientinnen, die erstmalig an der Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin sind und/oder bislang über wenig psychotherapeutische Kenntnisse verfügen. Deshalb geht es in erster Linie darum, ihnen das nötige Basiswissen in Bezug auf Traumafolgen und die Prinzipien der Psychotraumatheorie näherzubringen. Das umfasst unter anderem die Erläuterung des Klinikkonzeptes PITT, ebenso wie die Vermittlung von Grundlagenwissen als Voraussetzung zur Arbeit in den anderen Gruppen der Klinik.

Aufgrund des strukturierten Vorgehens eignet sich das Therapieangebot ebenfalls für Patientinnen, die eine klar gegliederte und angeleitete Form der Behandlung benötigen. Es besteht außerdem die Möglichkeit, das Programm mehrere Male zu durchlaufen. Dies kann z. B. der Fall sein, wenn starke Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen vorliegen.

Nicht teilnehmen hingegen sollten Patientinnen,

- die bereits über genügend Basiswissen verfügen und auch die Selbststeuerungstechniken gut beherrschen,
- bei denen ein zu hoher innerer Widerstand gegen die Behandlung vorherrscht,
- die an einer akuten Psychose erkrankt sind oder
- an akuter Suizidalität leiden.

Der Auf- und Ausbau einer vertrauensvollen therapeutischen und erwachsenen Beziehung stellt neben der Vermittlung von Basiswissen die Arbeitsgrundlage innerhalb der Gruppe LILA dar. Darauf aufbauend werden den Patientinnen in den einzelnen Sitzungen traumaspezifische Selbsthilfemaßnahmen erläutert und gemeinsam weitere

traumaspezifische Techniken eingeübt.

Da es für die Teilnehmerinnen in der Regel die erste Therapie ist, wird auf eine umfassende fachspezifische Begleitung besonders Wert gelegt. Hilfe ist vor allem bei der Anwendung der speziellen Übungen wichtig und bezieht sich dabei nicht nur auf Erklärungen, Hilfestellungen und gegebenenfalls Korrekturen, sondern ebenso auf die Motivation zum regelmäßigen Üben.

Des Weiteren steht die Förderung der Selbstwahrnehmung durch Achtsamkeit im Vordergrund des Therapieangebots LILA. Doch nicht nur Achtsamkeit ist in Bezug auf die Selbstwahrnehmung von großer Bedeutung, die Patientinnen sollen zudem lernen, sich genau und differenziert im Heute wahrzunehmen, um die Reorientierung im Hier und Jetzt zu trainieren.

Eine für alle Teilnehmer angenehme und erwachsene Arbeitsatmosphäre ist die Voraussetzung, um die hier genannten Behandlungsziele zu erreichen. Informationen über Zeitplan und Inhalte sowie Transparenz hinsichtlich des therapeutischen Vorgehens stärken das Sicherheitsgefühl und die Orientierung im Hier und Jetzt. Hierfür werden einerseits klare Grenzen und Regeln gesetzt, den Patientinnen andererseits aber auch Anregungen und Strategien zur Bewältigung an die Hand gegeben. Ressourcenstärkung ist eine weitere wichtige Interventionstechnik innerhalb der Therapiegruppe. Darüber hinaus werden viele Angebote von heilsamen imaginativen Übungen gemacht, außerdem findet ein Validieren und Reframing bereits vorhandener Strategien statt.

➔ Die Gruppe LILA im Überblick

- *Dauer: 6 Wochen*
- *Frequenz: 2-mal pro Woche
Großgruppe + 2-mal pro Woche
Übungsgruppe*
- *Gruppengröße:
maximal 24 Teilnehmerinnen
Großgruppe, 4 bis 8 Teilnehmer-
innen Übungsgruppe*
- *Sonstige Beschreibung:
für Patientinnen mit Defiziten in der
Selbstregulation und Selbstfürsorge,
„Therapieneulinge“; das Behandlungs-
programm kann bei Konzentrations-
und Aufmerksamkeitsstörungen mehr-
mals durchlaufen werden;
Gruppenfähigkeit wird durch
strukturiertes und ressourcenorien-
tiertes Vorgehen gefördert*

3.2.1.1 | Arbeitsmaterialien der Gruppe LILA
(Regina Jung und Cornelia Dehner-Rau)

Wochenplan

• Woche •		Infogruppe (ca. 12 Teilnehmer/-innen)	Übungsgruppe (bis 6 Teilnehmer/-innen)
• 1 •		Aufnahmewoche	
• 2 •	MO		—
	DI	<p>Was ist Psychotherapie?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Definition und Ziele von PT • Persönliche Voraussetzungen und Wege zum Ziel • Phasenmodell der Traumatherapie <p>Übungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ziele-Übung speziell für den Tag oder die Infogruppe • Frieden schließen mit sich selbst • Mitgeföhlsübung <p>Arbeitsblatt: Was ist Psychotherapie? (C. Dehner-Rau)</p>	
	MI		—
	DO		—
	FR	<p>Sicherheit und Ressourcenorientierung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Äußere Sicherheit: stabile Lebensbedingungen, unterstützendes soziales Netzwerk, Kontakt zu schädigenden Personen abbrechen/reduzieren • Innere Sicherheit: körperliche, kognitive (gesündere Einstellungen) und emotionale Stabilisierung (für gute Geföhle sorgen, Reorientierung) • Ressourcenorientierung: Gegengewicht zu leidvollen Erfahrungen (Waage), Resilienz, Glücksforschung <p>Übungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Glücksübung • An eine Situation denken, in der ich mich wohlföhlt habe <p>Arbeitsblätter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Äußere Sicherheit und Stabilisierung (C. Dehner-Rau) • Was sind Ressourcen? (C. Dehner-Rau) 	

• Woche •		Infogruppe (ca. 12 Teilnehmer/-innen)	Übungsgruppe (bis 6 Teilnehmer/-innen)
• 3 •	MO		Kennenlernen <ul style="list-style-type: none"> Begrüßung und Erläuterung der Gruppenregeln (Ablauf, Einzeltreffen 1-mal pro Woche etc.) Stabilisierungsziele bzw. -themen (Infogruppe von Freitag aufgreifen) der Teilnehmer/-innen für die Gruppe erarbeiten; zeigen, woran sie Lernschritte erkennen können Anregung: Beppo Straßenkehrer (Ziele in Fußspuren schreiben) Arbeitsblatt für Eigenarbeit mitgeben Übung: Achtsamkeitsübung
	DI	Was sind traumatische Erfahrungen? <ul style="list-style-type: none"> Allgemeine Definition: Diskrepanz zwischen bedrohlicher Situation und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten (Stein in Pfeffermühle) Klassifizierungen von traumatischen Ereignissen Protektive Faktoren und psychosoziale Belastungsfaktoren Evtl. Stressforschung: Stress und Coping Übung: Beobachtungsübung Arbeitsblatt: Was sind traumatische Erfahrungen? (C. Dehner-Rau)	
	MI		Ressourcenliste (ohne Leitung) <ul style="list-style-type: none"> Anhand der Arbeitsblätter erarbeitet sich die Gruppe eine Ressourcenliste oder setzt eine Ressource in die Tat um
	DO		Ressourcenliste und Notfallkoffer <ul style="list-style-type: none"> Nachbesprechen der Eigenarbeit zu Ressourcen Fragen zur Infogruppe „Traumatische Erfahrungen“ klären Notfallkoffer/Selbsthilfelisten erklären und kurzer Input zu unterschiedlichen Krisen (evtl. Anspannungskurve) Gemeinsam Notfallstrategien sammeln mit der Aufgabe, diese selbst zu ergänzen Übung: Achtsamkeitsübung
	FR	Welche körperlichen Folgen hat eine traumatische Erfahrung? <ul style="list-style-type: none"> Akute und chronische Stressreaktion Gehirn: veränderte Informationsspeicherung, heißes Gedächtnis, fragmentierte Erinnerung Übungen: <ul style="list-style-type: none"> Achtsame Wahrnehmung des Atems Achtsame Wahrnehmung der Umgebung mit allen Sinnen Pendeln Arbeitsblätter: <ul style="list-style-type: none"> Welche Folgen hat ein Trauma? (C. Dehner-Rau) Was geschieht im Gehirn? (C. Dehner-Rau) Heißes Gedächtnis (C. Dehner-Rau) 	

• Woche •		Infogruppe (ca. 12 Teilnehmer/-innen)	Übungsgruppe (bis 6 Teilnehmer/-innen)
• 4 •	MO		<p>Notfallkoffer und Beobachten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fragen zur Infogruppe "Körperliche Folgen" klären • Evtl. noch einmal bei Notfallkoffer nachhaken • Beobachten üben: den Körper beobachten, Austausch darüber, evtl. eine Episode von sich in der 3. Person erzählen etc. • Input zu Wohlfühlort / Sicherer Ort / Zufluchtsort und Arbeitsblatt zur Eigenarbeit <p>Übung: Beobachterübung</p>
	DI	<p>Welche psychischen Folgen hat ein Trauma?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akute Belastungsreaktion • Posttraumatische Belastungsstörung <p>Übungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Innere Helfer • Mitgeföhlübung <p>Arbeitsblätter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie zeigen sich akute Traumafolgestörungen und was kann man dagegen tun? (C. Dehner-Rau) • Posttraumatische Belastungsstörung (C. Dehner-Rau) 	
	MI		<p>Sicherer Ort / Wohlfühlort (ohne Leitung)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsam einen Wohlfühlort erarbeiten bzw. Austausch darüber
	DO		<p>Sicherer Ort und Tresor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fragen zur Infogruppe „Psychische Folgen“ klären • Nachbesprechen des Sicheren Ortes • Gemeinsames Erarbeiten eines Tresors: Eigenschaften sammeln • Verpacken ausprobieren: Farb-Form-Distanzierung etc. <p>Übung: Sicherer Ort</p>
	FR	<p>Was bedeutet Dissoziation?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Erklärung des Mechanismus der Dissoziation • Wann wird Dissoziation zur Störung: Trigger + Flashbacks • Theorie der strukturellen Dissoziation • Therapeutisches Vorgehen bei komplexeren dissoziativen Störungen erklären <p>Übungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inneres Team • Frieden schließen mit sich selbst <p>Arbeitsblatt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was sind dissoziative Störungen? (C. Dehner-Rau); evtl. überarbeiten und um Theorie der strukturellen Dissoziation ergänzen 	

• Woche •		Infogruppe (ca. 12 Teilnehmer/-innen)	Übungsgruppe (bis 6 Teilnehmer/-innen)
• 5 •	MO		Tresor und Dissoziationsstopp <ul style="list-style-type: none"> • Fragen zur Infogruppe „Dissoziation“ klären • Evtl. Tresor und Verpacken noch einmal üben • Dissoziationsstopp: Konzentration auf die Gegenwart, Konzentrationsreize sammeln, evtl. Notfallkoffer wiederholen • Kleiner Input zur Unterscheidung von Gefühlen nach Vergangenheit und Gegenwart und Arbeitsblatt zur Eigenarbeit <p>Übung: Glücksübung bzw. an eine angenehme Situation denken</p>
	DI	Entwicklung von Bindung und Beziehung <ul style="list-style-type: none"> • Phasen der Entwicklung • Erkenntnisse aus der Säuglings- und Bindungsforschung • Beziehungserfahrungen und Beziehung zu sich selbst • Trauma und Bindung <p>Übung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Innere Helfer • Frieden schließen mit sich selbst 	
	MI		Unterscheidung von Vergangenheit und Gegenwart / Verpacken üben (ohne Leitung) <ul style="list-style-type: none"> • Eine oder mehrere Situation(en) herausgreifen und anhand der Fragen des Arbeitsblattes durchgehen • Alternative: Verpacken üben
	DO		Abgrenzung <ul style="list-style-type: none"> • Fragen zur Infogruppe "Bindung" klären • Nachbesprechen der Eigenarbeit • Austausch über Grenzen in Beziehungen • Übung: Blauer Mantel und Austausch darüber • Evtl. als Anregung Übung der 8 <p>Übung: Blauer Mantel</p>
	FR	PTBS-Komorbidität I: Angststörungen, Depression und Zwänge <ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Beschreibung der verschiedenen Angststörungen und depressiven Störungen • Entstehungsbedingungen aus psychodynamischer Sicht sowie im Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen • Behandlungsansätze und Selbsthilfe <p>Übungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Achtsames Wahrnehmen des Bodenkontaktes • Lichtstromübung 	

• Woche •		Infogruppe (ca. 12 Teilnehmer/-innen)	Übungsgruppe (bis 6 Teilnehmer/-innen)
• 6 •	MO		Abgrenzung und Affektdifferenzierung <ul style="list-style-type: none"> • Fragen zur Infogruppe „Korbidität I“ klären • Evtl. Übung oder Rollenspiel oder Gespräch zu Abgrenzung • Input zur Bedeutung von Gefühlen und was Gefühle beeinflusst • Anhand von Smileys Gefühle gruppieren oder eigene Gefühle benennen • Evtl. in Folgestunden auf bestimmte Gefühle genauer eingehen Übung: Frieden schließen mit sich selbst
	DI	PTBS-Korbidität II: Essstörungen und Sucht <ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Beschreibung von Essstörungen und Sucht • Entstehungsbedingungen aus psychodynamischer Sicht sowie im Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen • Behandlungsansätze und Selbsthilfe Übung: Baumübung (genährt werden)	
	MI		Gefühle und Handlungsimpulse (ohne Leitung) <ul style="list-style-type: none"> • Handlungsimpulse bzw. Verhaltensweisen zu den Smileys finden • Sich einen Smiley bzw. ein Gefühl herausuchen, das heute noch angestrebt ist und überlegen, wie es erreicht werden kann
	DO		Affekte <ul style="list-style-type: none"> • Fragen zur Infogruppe „Korbidität II“ klären • Nachbesprechen der Eigenarbeit • Evtl. auf bestimmte Gefühle eingehen • Noch offene Fragen klären etc. oder ausführliche Übung • Resümee-Blatt verteilen Übung: Gepäck ablegen oder Innerer Garten
	FR	PTBS-Korbidität III: Somatoforme Störungen und Schlafstörungen <ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Beschreibung von somatoformen Störungen und deren Entstehungsbedingungen aus psychodynamischer Sicht sowie im Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen • Schlaf und Schlafphasen • Behandlungsansätze und Selbsthilfe Übungen: <ul style="list-style-type: none"> • Den Körper achtsam wahrnehmen • Lichtstromübung 	
• 7 •	MO		Abschluss und Abschied <ul style="list-style-type: none"> • Fragen zur Infogruppe „Korbidität III“ klären • Zusammenfassung/Resümee/Ausblick • Gute Wünsche, Engelskarten etc. Übung: Gepäck ablegen
Entlassung bzw. Gruppenwechsel			

Arbeitsblätter zur Eigenarbeit

Eigenarbeit in der Übungskleingruppe: für positive Gefühle sorgen

1. Welche Situationen lösen bei Ihnen positive Gefühle aus?
2. Was sind für Sie angenehme/positive Aktivitäten?
Sammeln Sie etwa zehn (siehe evtl. auch Ressourcenliste oder Notfallkoffer).
3. Achtsamkeit für positive Dinge: Welche positiven Erfahrungen oder Dinge haben Sie in den letzten zwei Tagen erlebt? Dies können ganz kleine Dinge sein; wenn nicht positiv, dann weniger negativ.
4. Wählen Sie eine positive Aktivität oder Situation aus und setzen Sie sie um oder suchen Sie sie auf.

Alternative:

Beschäftigen Sie sich mit dem Arbeitsblatt.

Eigenarbeit in der Übungskleingruppe: Gefühle und Handlungsimpulse

1. Welche Handlungsimpulse oder Verhaltensweisen passen zu den einzelnen Smileys? Sie können sich einige aussuchen oder die Liste durchgehen.
2. Zu welchem Gefühl/Smiley möchten Sie heute noch gerne kommen?
3. Welcher Handlungsimpuls oder welche Verhaltensweise passt zu dem erstrebten Smiley?
4. Was können Sie heute noch tun, um das erstrebte Gefühl zu bekommen?

Eigenarbeit in der Übungskleingruppe zu Ressourcen

1. Sammeln Sie gemeinsam mögliche Ressourcen, evtl. anhand des Blattes aus der Infogruppe zu Ressourcen.
2. Erstellen Sie eine persönliche Ressourcenliste.
3. Überlegen Sie gemeinsam, welche Ressource Sie beim Erreichen Ihres Stabilisierungszieles unterstützt.

Alternative:

Beschäftigen Sie sich bewusst entweder alleine oder gemeinsam mit einer Ressource, indem Sie sie in die Tat umsetzen und z. B. einen „Ressourcen-Spaziergang“ machen oder einen Pudding kochen etc.

Eigenarbeit in der Übungskleingruppe: Unterscheidung von Gefühlen zwischen Vergangenheit und Gegenwart

1. Denken Sie an eine Situation, in der Sie stärkere Gefühle hatten. Wann und wo war das (Datum/Zeit/Ort)?
2. Was passierte in der Umgebung? Beschreiben Sie die Situation.
3. Welche Gefühle und Körperempfindungen hatten Sie in der Situation?
4. Welche Überzeugungen scheinen zu erklären, warum Sie so fühlten?
5. Passt dies besser in die Vergangenheit oder in die Gegenwart?

Alternative:

Verpacken Sie etwas in den Tresor.

Eigenarbeit in der Übungskleingruppe: Innerer Zufluchtsort / Wohlfühlort / Konfliktfreie Zone

1. Welche Gedanken oder Vorstellungen haben Sie von einem Ort, an dem Sie sich ganz wohl und geborgen fühlen? Ist dieser Ort auf der Erde oder außerhalb?
2. Wie könnte eine Begrenzung (ganz wichtig!) aussehen? Bestimmen Sie alleine, wer an Ihren Ort kommen darf?
3. Was sehen, hören und riechen Sie an diesem Ort? Wie warm ist es dort? Was ist noch zu verändern, dass Sie sich ganz wohlfühlen?
4. Welche hilfreichen Wesen (möglichst keine Menschen), liebevolle Begleiter, unterstützende Wesen könnten Sie an diesen Ort einladen?

Arbeitsblatt zu Gruppenregeln

Gruppenregeln für die Übungskleingruppe

1. Verschwiegenheit: Was in der Gruppe besprochen wird, ist streng vertraulich.
2. Regelmäßige und pünktliche Teilnahme
3. Eigenverantwortung: auf das eigene Wohlbefinden achten
4. Störungen haben Vorrang: sich bemerkbar machen, wenn eine Störung auftritt; gegebenenfalls die Gruppe verlassen und wieder zurückkommen; Stopp-Zeichen vereinbaren
5. Respektvoller Umgang miteinander
6. Kein detailliertes Reden über Traumaerfahrungen

3.2.2 | Traumatisierte in der Krise: Die Gruppe GELB (Roswitha Ewald)

Wissen, dass man nicht alleine ist, sich wieder sicher fühlen, Unterstützung und Hilfe bekommen, gemeinsam an einer positiven Lebenshaltung arbeiten, die eigene Selbstwirksamkeit nicht nur wahrnehmen, sondern auch einsetzen lernen, das Erlebte bewältigen - dies sind wichtige Bestandteile der Arbeit in der Krisengruppe GELB. Das Behandlungsprogramm zählt damit zu den haltgebenden, strukturierten und manualisierten Angeboten der Klinik. Es kann als kondensierter Auszug aus der Stabilisierungsphase des Klinikkonzeptes PITT beschrieben werden und ist ein tiefenpsychologisch fundiertes und ressourcenorientiertes Angebot, das auf einem methodenintegrativen Ansatz basiert. Neben Psychoedukation werden auch Elemente der Hypnotherapie, der dialektisch-behavioralen Therapie nach Masha Linehan sowie kognitive Methoden eingesetzt.

Das Behandlungsprogramm GELB ist konzipiert für Patientinnen mit chronischen Traumafolgestörungen (komplexe PTSD, dissoziative Störungen und Persönlichkeitsstörungen mit bekannter Traumagenese), die durch eine akute Belastungssituation destabilisiert und durch bestehende ambulante Maßnahmen nicht ausreichend versorgt sind. Ausschlusskriterien sind:

- chronische Verzweiflung oder akute Suizidalität, nicht auflösbare traumatische Übertragung und Reinszenierungen,
- ausgeprägte körperbezogene Dissoziation,
- permanentes Hyperarousal,
- exzessive Wut,
- maligne Regression,
- schwere dissoziative Zustände und Störungen,
- massive narzisstische Verwundbarkeit sowie
- starke Täterintjekte, die gegen die Therapie agieren.

Die Therapie zielt zunächst auf die Stabilisierung der Patientinnen. Hierzu gilt es, die Ich-Funktionen bezogen auf Affekt- und Impulskontrolle zu stärken sowie eine äußere Sicherheit herzustellen. Durch die Teilnahme am Gruppenangebot sollen positive Netzwerke aktiviert werden, so dass die Patientinnen die Möglichkeiten ihrer Selbstwirksamkeit wahrnehmen und erkennen, wie sie durch eigene Aktivität besser für sich sorgen können. Indem sie Verantwortung für sich selbst übernehmen, lernen sie, die aktuell belastende Lebenssituation zu meistern. Es wird außerdem angestrebt, die Teilnehmerinnen wieder mit nicht "traumainfizierten" Lebensbereichen in Kontakt zu bringen.

Das Programm setzt sich aus Gruppen- und Einzelsitzungen zusammen. Zusätzlich nehmen die Teilnehmerinnen regelmäßig an den begleitenden Angeboten der Klinik teil.

In der Gruppentherapie liegt der Fokus auf der Klärung und Bewältigung der aktuell belastenden Situation. Mittels Psychoedukation werden den Patientinnen die dazu notwendigen und hilfreichen Informationen vermittelt. Neben dem gemeinsamen Aufspüren von Fähigkeiten spielen Stabilisierungsangebote (zur Verbesserung der Kontrolle über Symptome, zur Differenzierung der Wahrnehmungsverzerrungen und zur Distanzierung von Erinnerungen) sowie der Einsatz von Copingstrategien eine wichtige Rolle.

Die Auswahl der Themeninhalte und das hierdurch bestimmte Angebot an Stabilisierungstechniken erfolgt indikationsgeleitet nach den Bedürfnissen der Teilnehmerinnen. Dies bedeutet für die konkrete Arbeit, sich in jeder Sitzung erneut darüber zu verständigen, was in der vergangenen Zeit gut gelungen ist und wobei eventuell noch Hilfe benötigt wird.

Das Gruppensetting dient darüber hinaus der Förderung von sozialen Kompetenzen und bietet ebenso Raum, um Störungseinflüsse aus dem übrigen Klinikrahmen (z. B. Übertragungsverzerrungen mit Mitarbeiterinnen oder Mitpatientinnen) zu thematisieren und gegebenenfalls zu klären.

Besonderer Wert wird auf eine vertrauensvolle Gruppen- und Arbeitsatmosphäre gelegt. Die therapeutische Haltung und die verwendeten Interventionstechniken sollen zur Förderung von Bindung und Kohäsion in der Gruppe beitragen. Deshalb erfolgt die Intervention stets supportiv, strukturgebend, ressourcenorientiert und entwicklungsfördernd, in keinem Fall eindringend, aber immer beharrlich bei der Erforschung von Fähigkeiten und Ressourcen. Die Maßnahmen sollen weder stresserhöhend noch regressionsfördernd oder konfliktverstärkend sein.

Die Einzelsitzungen als zweiter Bestandteil des Therapieprogramms unterstützen den Behandlungsprozess der Gruppentherapie. Sie bieten Platz für eine vertiefende Auseinandersetzung mit der aktuellen Krisensituation. Darüber hinaus werden sie für konkrete Absprachen und das Formulieren von Verträgen genutzt, beispielsweise bezüglich

➔ Die Gruppe GELB im Überblick

- *Dauer: 4 Wochen*
- *Frequenz: 3-mal pro Woche
Großgruppe à 45 Minuten
+ 5-mal Einzeltherapie à 50 Minuten*
- *Gruppengröße:
maximal 5 Teilnehmerinnen*
- *Sonstige Beschreibung:
geschlossenes Therapieangebot;
in der 2. Woche der Behandlung
findet in einer der Gruppensitzungen
eine Sozialberatung durch die
Sozialtherapeutin der Klinik statt,
in der 3. Behandlungswoche wird
zusätzlich zu den Gruppensitzungen
durch eine Vertretung des Pflorgeteams
eine Aromatherapieberatung durch-
geführt; die Einzeltherapiesitzungen
werden in absteigender Frequenz
aufgeteilt (z. B. 1. Woche: 75 Minuten,
2. - 3. Woche: 50 Minuten, 4. Woche:
25 Minuten Abschlussgespräch)*

Suchtmittelgebrauch oder auch Selbstverletzung. Außerdem besteht im Einzelgespräch die Möglichkeit zur Klärung und Spezifizierung der über die Gruppensitzung hinausgehenden Unterstützungsmaßnahmen, wie z. B. zusätzliche systemische Gespräche, Einzelsozialberatung oder die Teilnahme an einem Angstexpositionstraining.

Behandlungsziele wie die Korrektur ungesunder innerer Haltungen, der Umgang mit Affekten und das Erlernen von Selbstfürsorge werden mithilfe von speziellen Achtsamkeits-, Imaginations- und Abgrenzungsübungen umgesetzt.

Die Teilnahme der Gruppenmitglieder an den täglich stattfindenden Übungsgruppen im regulären Klinikprogramm (Stressbewältigungstraining, Qigong und Selbst-Breema) rundet das Therapiekonzept der Krisengruppe GELB ab.

3.2.3 Lebenskrisen: Die Gruppe ROT

(Gertrud Malchus)

Das Therapieprogramm der Gruppe ROT ist speziell für Menschen in Lebenskrisen konzipiert. Eine akute Krise kann durch verschiedene Ursachen ausgelöst werden, in der Regel sind es schwerwiegende Zäsuren im Lebenslauf. Das kann eine Erkrankung sein, der Verlust des Arbeitsplatzes, hohe finanzielle Einbußen oder der Verlust des Partners oder eines geliebten Menschen. Diese Krisen gehen häufig einher mit Gefühlen von Macht- und Hilflosigkeit und sind oft verbunden mit Selbstzweifeln und sozialem Rückzug.

Einen solchen "Ausnahmезustand" zu beenden, bedarf erheblicher Bewältigungsleistungen. Von den Betroffenen wird er als bedrohlich wahrgenommen und überfordert die bis dahin wirksamen Lösungsstrategien.

Keine Indikation erfolgt für Patientinnen, bei denen eine Chronifizierung vorliegt, ebenso bei akuter Suizidalität oder bei einer Suchtproblematik.

Die Maßnahmen der Krisenintervention zielen auf die Wiederherstellung der beruflichen und sozialen Handlungsfähigkeit ab, im günstigen Fall auf eine Neubewertung des Krisenanlasses (Krise als Chance; Lazarus).

Die Behandlung in der Gruppentherapie beginnt zunächst mit einer Bestandsaufnahme: Was sind die externen und internen Auslöser der aktuellen Krise? Was sind die aktuellen Schwierigkeiten? Auf diesem Hintergrund werden die Behandlungsziele definiert.

Weitere wichtige Elemente sind das Erlernen von lösungs- und zukunftsorientiertem Denken sowie das gezielte Wahrnehmen und Mobilisieren vorhandener Ressourcen. Zudem findet durch "dosierte" Verbalisierung von Gefühlen und durch die Arbeit in den Körpertherapien emotionale Entlastung und Stressreduktion statt. Auf dieser Grundlage werden dann die krisenaufrechterhaltenden Kognitionen (Ellis 2008) als "innere Haltungen" identifiziert und bearbeitet. Die Modifikation dysfunktionaler Haltungen (Simonton 2006) in "gesundheitsfördernde Haltungen" ist ebenfalls ein wesentlicher Bestandteil der Gruppentherapie.

Wir haben die Erfahrung gemacht, dass der Austausch innerhalb der Gruppe einen wichtigen Beitrag zur Klärung und Überwindung der jeweiligen Problemsituation leistet: er wirkt den Rückzugstendenzen in krisenhaften Situationen entgegen und macht soziale Kontakte als lösungsfördernde Ressource erlebbar.

Die Einbeziehung des sozialen Kontextes der jeweiligen Patientinnen findet im "Familiengespräch" oder "systemischen Gespräch" statt.

In der Abschlusssitzung der Gruppentherapie werden die ersten Schritte des therapeutischen Prozesses bilanziert und bei Bedarf die weiterführende Behandlung geplant bzw. eingeleitet.

➔ Die Gruppe ROT im Überblick

- *Dauer: 3 Wochen*
- *Frequenz: 2-mal pro Woche
Großgruppe à 50 Minuten
+ 4-mal koordinierende Einzeltherapie
à 30 Minuten
+ 1-mal systemisches Einführungs-
gespräch in der Gruppe
+ 1-mal systemische Sitzung
à 50 Minuten*
- *Gruppengröße: 4 Teilnehmerinnen*
- *Sonstige Beschreibung: geschlossenes
Therapieangebot für Patientinnen in
Lebenskrisen*

3.2.4 Interaktionelle Gruppen: Die Gruppen GRÜN, BLAU und ORANGE

(Ursula Gast, Silke Mehler, Dagmar Heftler)

Die therapeutische Arbeit in den Gruppen GRÜN, BLAU und ORANGE steht im Gegensatz zur konfliktzentrierten Gruppenpsychotherapie: Die Patientinnen sollen die eigenen Fähigkeiten und lebensgeschichtlich erworbenen Konfliktfelder in einer Atmosphäre von gegenseitigem Respekt und Schutz durch die Therapeutin wahrnehmen, aushalten und durch Sprache bzw. kreative Medien ausdrücken.

In Anlehnung an das Konzept der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie wird zum einen strikt ressourcenorientiert, das heißt ausgewogen in Bezug auf Probleme und Ressourcen, und zum anderen zukunftsorientiert gearbeitet. Dabei handelt es sich bei der Gruppe GRÜN um eine gemischtgeschlechtliche Gruppe, während sich das Therapieangebot BLAU ausschließlich an Frauen richtet. Der Erfahrung nach gewährleistet eine gleichgeschlechtliche und überschaubare Gruppe die notwendige Sicherheit und ein tolerierbares Stressniveau, wodurch das Verarbeiten neuer Erfahrungen möglich ist. Aus diesem Grund ist die Gruppengröße in der Gruppe BLAU auf höchstens acht Teilnehmerinnen beschränkt. Dadurch besteht zudem die Möglichkeit, auf spezielle Patientinnenbiografien Rücksicht zu nehmen und einzugehen (z. B. durch sexualisierte Gewalt schwer traumatisierte Frauen).

Die Gruppe ORANGE wiederum arbeitet mit kreativen Medien der Kunsttherapie.

In allen drei Therapiegruppen werden komplexe posttraumatische Störungsbilder behandelt. Hierzu zählen

- multimorbide Beschwerdebilder mit PTBS und Depression,
- Angst- und Panikstörungen,
- somatoforme Störungen,
- Suchterkrankungen,
- Persönlichkeitsstörungen,

- Zwangsstörungen,
- Anpassungsstörungen sowie
- dissoziative Störungen.

Unabhängig vom jeweiligen Störungsbild ist die Fähigkeit, sich von der eigenen Symptomatik distanzieren zu können, eine wichtige Voraussetzung für die Teilnahme an einem der drei Gruppenangebote (für Patientinnen mit einer dissoziativen Identitätsstörung bedeutet das beispielsweise, dass sie in der Lage sein sollten, während der Therapiesitzungen in einem erwachsenen State anwesend zu bleiben). Neben der Fähigkeit zur Abgrenzung sind außerdem die Bereitschaft zu Aufmerksamkeit und Konzentration elementar für eine zielgerichtete Bearbeitung und Reflexion der Problemsituation.

Um eine erwachsene und vertrauensvolle Zusammenarbeit zu gewährleisten, nicht nur zwischen Patientin und Therapeutin, sondern ebenso unter den Patientinnen selbst, wurden folgende Gruppenregeln formuliert:

- Jede Person ist für sich selbst verantwortlich.
- Jede Person hat das Recht zu schweigen, wird aber gebeten, dies anzukündigen.
- Jede Person ist eingeladen, von sich zu sprechen und zu erklären, was Fragen an andere mit ihr selbst zu tun haben.
- Es besteht die Verpflichtung, Kritik wohlwollend zu äußern.
- Jede Person hat das Recht, andere zu bitten, ein Thema nicht fortzusetzen, wenn sie sich davon überrollt fühlt.
- Jede Person hat das Recht, den Raum vorübergehend zu verlassen. Sie muss das nicht begründen und kann, wenn sie sich dazu in der Lage fühlt, wieder zurückkehren.

Darüber hinaus gilt in der Gruppe ORANGE, dass sich bei der Besprechung der Gestaltungsergebnisse über die Bilder, Texte o. Ä. der anderen Gruppenmitglieder respektvoll geäußert wird, möglichst keine Wertungen und Interpretationen vorgenommen werden. Die Patientinnen werden gebeten, nicht von eigenen Eindrücken und Empfindungen sprechen.

Ein strukturierter, geregelter Gesprächsablauf wirkt möglicher Unsicherheit und Anspannung seitens der Patientinnen entgegen. Eine gewisse Eingrenzung durch zuvor festgelegte Themen findet deshalb bereits zu Beginn jeder Sitzung statt, so dass der Rahmen jeder Behandlungssequenz abgesteckt ist. Grundsätzlich sind die thematischen Inhalte der Gruppensitzungen jedoch nicht festgelegt (in der Gruppe BLAU liegt ein zusätzlicher Schwerpunkt der Gespräche auf frauenspezifischen Themen).

Jede Sitzung beginnt zunächst mit einem Blitzlicht. Hier werden Fragen aufgeworfen wie:

- Was ist mir seit der letzten Sitzung an Erfreulichem widerfahren?
- Was ist mir gelungen?
- An welchem Thema möchte ich heute arbeiten?
- Was wünsche ich mir heute von der Gruppe?
- Was beschäftigt mich heute?

Das Blitzlicht bleibt in der Regel unkommentiert. Im Anschluss daran formuliert die Therapeutin aus den Wünschen der Teilnehmerinnen ein oder mehrere Themen für die Sitzung, dieses erfolgt stets mit Blick auf die Lösungsperspektive. Anschließend wird zum Gespräch bzw. zum Gestaltungsprozess eingeladen.

In der Behandlung spielen sowohl die Anerkennung der eigenen Störung als auch die Auseinandersetzung mit der aktuellen Problemsituation eine zentrale Rolle. Daneben wird auch der Lösungsfindung genügend Raum gegeben und gemeinsam Zukunftsperspektiven entwickelt. Die Teilnehmerinnen sollen sich dabei gegenseitig in ihrem Heilungsprozess unterstützen.

Die positiven Erfahrungen, die durch dieses gegenseitige Helfen gemacht werden, sind für die Bewältigung der aktuellen Problemsituation sehr förderlich, denn durch sie schöpfen die Patientinnen häufig wieder neue Hoffnung. Sich im Zusammensein mit anderen wieder sicher zu fühlen, durchaus auch dadurch, dass alle Gruppenmitglieder voneinander um das Grundsätzliche ihrer Störung wissen, ist eine heilsame Erfahrung. Sie dient dem Ziel, nach und nach möglicherweise sogar Freude daran zu entwickeln, mit anderen gemeinsam wichtige Themen für die Zukunft zu erar-

beiten. Durch dieses gemeinsame Erleben in der Gemeinschaft sollen die Betroffenen aus erlebter Isolation herauskommen und Entlastung erfahren. Die Patientinnen sollen spüren, dass sie mit ihrem Erlebten nicht allein sind.

Weiterhin wird darauf geachtet, dass auch kleinere Erfolge von den Patientinnen selbst wahrgenommen werden. Das Erkennen von Fortschritten dient nicht nur der Förderung und Stabilisierung positiver Lebenshaltungen, die Patientinnen werden sich darüber hinaus ihrer Selbstwirksamkeit im Heilungsprozess bewusst und arbeiten selbstverantwortlich und aktiv an diesem Prozess. Neben dem Austausch mit den anderen Gruppenmitgliedern ist also die Ressourcenstärkung ein weiterer elementarer Bestandteil während der gesamten Behandlung: Die Patientinnen sollen lernen, dass sie selbst für sich verantwortlich sind, diese Verantwortung annehmen und in der Zukunft, auch nach der Therapie, wirkungsvoll umsetzen. Die psychophysische Stabilisierung zielt auf eine Verbesserung der

- Selbst- und Affektwahrnehmung,
- Affektdifferenzierung und -bewältigung,
- Selbstfürsorge,
- Abgrenzungsfähigkeit,
- Verantwortungsübernahme und
- Fähigkeit zur Selbstberuhigung.

Hinsichtlich der therapeutischen Arbeitsweise werden in den Gruppenprogrammen flexible und methodenübergreifende Techniken eingesetzt, um die notwendigen Handlungskompetenzen für soziale Interaktionen auf der gegenwartsorientierten Alltagsebene zu erweitern. Der Fokus liegt nicht direkt auf den früher erlebten Traumatisierungen, sondern den dadurch entstandenen, heute im Alltag behindernden Einschränkungen. Mit dem Wissen, stets auf die umfassende und professionelle Begleitung und Unterstützung der Therapeutin zurückgreifen zu können, können die Teilnehmerinnen sich mit ihrer aktuellen Problemsituation auseinandersetzen.

Die Gruppen werden je nach Stabilität der Patientinnen stärker strukturiert geleitet, mit einem höheren psychoedukativen Input oder mit mehr Spielraum zur Entwicklung individueller Entwicklungsschritte.

Besonders wichtig sind in diesem Zusammenhang nicht wertende Beobachtungen. Sie können zum Gegenstand von Deutungen werden. Damit die Patientinnen sich in ihrer Situation ernst genommen und verstanden fühlen, kann das direkte Ansprechen und Fragenstellen hilfreich sein, so z. B.: "Frau X, kann es sein, dass Sie sich im Moment sehr stark unter Anspannung fühlen, vielleicht sogar von Angst betroffen sind? Können Sie etwas darüber sagen, was Sie von mir oder von der Gruppe brauchen, damit Sie etwas zur Ruhe kommen können und sich sicherer fühlen?"

Des Weiteren werden während der Behandlung gezielt die durch die Traumatisierung wenig entwickelten Alltagskompetenzen, wie z. B. Experimentierfreudigkeit, aktive Abgrenzung, aber auch Spiel und Humor, aktiviert und geübt.

Ein Fallbeispiel aus dem Gruppenprogramm ORANGE veranschaulicht abschließend die therapeutische Arbeit in den interaktionellen Gruppen: Frau X äußert in der anfänglichen Blitzlichtrunde Depressivität und Hilflosigkeit. Sie wird zu einer kurzen Imaginationsübung angehalten. Sie soll sich einen Spaziergang am Strand nach einem Sturm vorstellen, bei dem sie eine Muschel entdeckt, in der etwas verborgen ist, das Unterstützung bietet.

Im Anschluss an diese Übung folgt die Gestaltungsphase zum Thema.

➔ Die Gruppe GRÜN im Überblick

- *Dauer: ca. 6 bis 10 Wochen*
- *Frequenz: 2-mal pro Woche à 90 Minuten*
- *Gruppengröße: 8 bis 10 Teilnehmerinnen*
- *Sonstige Beschreibung: tiefenpsychologisch fundierte ressourcenorientierte Gruppentherapie; Slow-open-Gruppe*

➔ Die Gruppe BLAU im Überblick

- *Dauer: ca. 6 bis 10 Wochen*
- *Frequenz: 2-mal pro Woche à 90 Minuten*
- *Gruppengröße: maximal 8 Teilnehmerinnen*
- *Sonstige Beschreibung: Gruppenangebot richtet sich ausschließlich an Frauen; Slow-open-Gruppe*

➔ Die Gruppe ORANGE im Überblick

- *Dauer: ca. 6 bis 10 Wochen*
- *Frequenz: 2-mal pro Woche
à 90 Minuten*
- *Gruppengröße:
maximal 10 Teilnehmerinnen*
- *Sonstige Beschreibung:
halb offenes Gruppenangebot;
Nutzung künstlerischer
Ausdrucksformen; Slow-open-Gruppe*

In der Auseinandersetzung mit dem Thema kommt Frau X in Kontakt mit ihrer Sehnsucht und erstarrt zunächst. Mit dem Ziel, die Patientin zu beruhigen, interveniert die Therapeutin und erfüllt kurzfristig diese Sehnsucht nach Unterstützung und Fürsorge. Auf dem Boden dieser emotionalen Erfahrung entdeckt Frau X ihre Fähigkeit zur Selbstfürsorge, entwickelt innere Bilder und beginnt diese bildnerisch auszudrücken.

Im späteren Gruppengespräch ist die Patientin deutlich aktiviert und selbst überrascht von ihrer Kreativität und Selbstwirksamkeit. Im Abschlussblitzlicht dieser Sitzung zeigt sich eine sichtliche Reduktion der depressiven Symptomatik.

3.2.5 Soziale Kompetenz - spielerisch: Die Gruppe TÜRKIS

(Sabine Drebes, Gertrud Malchus)

In unserem gewöhnlichen Lebensalltag werden wir fortwährend vor die Aufgabe gestellt, mit anderen zu kommunizieren und zu interagieren. Für viele ist dies eine Selbstverständlichkeit. Es gibt jedoch Menschen, die im Umgang mit anderen erhebliche Schwierigkeiten haben, die nicht problemlos und unbefangen interagieren können. Für diese Menschen bieten wir in der Klinik das Behandlungsprogramm TÜRKIS mit Schwerpunkt auf sozialem Kompetenztraining an. Um an der Therapie teilzunehmen, müssen die Patientinnen zunächst das Kriterium der Gruppenfähigkeit erfüllen sowie ausreichend emotional stabil sein. Kontraindikationen sind akute Psychosen oder unzureichende emotionale Stabilität. Die Einschätzung, ob die Kriterien erfüllt sind, wird vonseiten der jeweiligen Therapeutin der Einzeltherapie sowie der Soziotherapeutin vorgenommen.

Sowohl Förderung als auch Erweiterung der Selbstmanagement-Kompetenzen im sozialen Alltag zählen zu den wichtigsten Therapiebestandteilen. Hierzu werden verschiedene Alltagsbereiche thematisiert und soziale Fertigkeiten aktiv trainiert. Spezielle Abgrenzungsübungen dienen der Stärkung von Selbstsicherheit und Selbstbehauptung. Eine weitere Komponente innerhalb der Behandlung ist die ressourcenorientierte Auseinandersetzung mit Traumatisierungsfolgen. Hierbei spielen vor allem die Bearbeitung konkreter Problemfelder sowie die Entwicklung positiver Lebenshaltungen eine zentrale Rolle. Die Therapeutin ist in diesem Kontext bemüht, konstruktive Veränderung anzuregen.

Zu Beginn jeder Sitzung werden die Teilnehmerinnen in einer Eingangsrunde nach ihrer Befindlichkeit gefragt und Themenwünsche für die Gruppenstunde gesammelt. Bei Bedarf folgt eine kurze Aufwärmphase mit praktischen Übungen, bevor sich den zuvor gesammelten Themen zugewandt wird. Ein mögliches Thema ist z. B. die Frage nach dem Umgang mit der eigenen Erkrankung / aktuellen Situation: Wie vertrete ich mich, mein Befinden und meine Grenzen nach außen?

Methodisch orientiert sich das therapeutische Vorgehen an dem Gruppentraining sozialer Kompetenzen nach Hirsch und Pfingsten (2007). Darüber hinaus werden Elemente aus der Theaterpädagogik eingesetzt (Forumtheater; Boal). Die Bearbeitung der jeweiligen Sitzungsthemen findet mithilfe von aktiven Rollenspielen (inklusive Feedback), körperorientierten Übungen und psychodramatischen Techniken statt. Ressourcenorientierte Diskussionen bieten die Möglichkeit zu Reflexion und Austausch.

Für den Bewältigungsprozess ist es hilfreich, die eigene soziale Realität zu thematisieren. Dies beinhaltet eine Standortbestimmung sowie die Formulierung von konkreten Veränderungswünschen und bildet damit die Grundlage für die gemeinsame Arbeit an der Entwicklung erreichbarer Ziele.

Ein weiterer Schwerpunkt in den Gruppensitzungen liegt auf der Gestaltung von sozialen Beziehungen. Die Patientinnen sollen lernen, Kontakte herzustellen und diese zu halten. In diesem Zusammenhang sind u. a. Kritikfähigkeit und der Umgang mit Konflikten besonders wichtig. Über spezielle Kommunikationstrainings und Übungen zum Konfliktmanagement sollen die Teilnehmerinnen üben, sowohl konstruktiv mit Kritik umzugehen als sie auch in dieser Weise zu äußern. In Bezug auf das Verhalten in Konfliktsituationen gilt es, gemeinsam Streitmuster und Problemlösungstechniken zu identifizieren. Außerdem werden die Patientinnen angehalten, ihre eigenen Grenzen wahrzunehmen, sie gegebenenfalls zu stärken und nach außen kompetent zu vertreten.

Nicht minder wichtig ist die Sensibilisierung für die eigene Körpersprache. Die Teilnehmerinnen sollen sich bewusst werden, dass ihre Körpersprache Interaktionen negativ wie positiv beeinflussen kann. Durch praktische Übungen lassen sich Interaktionen in schwierigen sozialen Situationen reflektieren und aktiv verändern.

Wie in den anderen Gruppenprogrammen der Klinik wird auch in dieser Therapie besonderer Wert auf die Selbstwirksamkeit des eigenen Handelns gelegt. Die eigenen Ressourcen gilt es zu überprüfen und zu erhöhen. Gemeinsam soll an Möglichkeiten gearbeitet werden, das gewünschte Handeln / die gewünschten Umgangsformen umzusetzen. Die Therapeutin ist dabei bemüht, dass die notwendige Transferleistung in den Alltag seitens der Patientinnen erfolgt.

➔ Die Gruppe TÜRKIS im Überblick

- *Dauer: ca. 6 bis 10 Wochen*
- *Frequenz: 2-mal pro Woche insgesamt à 2,5 Stunden*
- *Gruppengröße: maximal 10 Teilnehmerinnen*
- *Sonstige Beschreibung: halb offenes Gruppenangebot*

3.2.6 Thema Arbeitsplatz: Die Gruppe BERUF

(Gertrud Malchus)

„Arbeit ist das halbe Leben“, heißt es bekanntlich im Volksmund. Nicht zu Unrecht, denn für viele Menschen stehen Beruf und Arbeit im Mittelpunkt ihres Alltags. Da kann es schnell passieren, dass man aus dem Gleichgewicht gerät, wenn es genau in diesem Lebensbereich zu Schwierigkeiten kommt. Aus diesem Grund bietet die Klinik eine spezielle Gruppentherapie an, die sich ausschließlich auf berufliche und sozialrechtliche Fragestellungen und Anliegen konzentriert.

Durch die Gruppe erhalten die Teilnehmerinnen die Möglichkeit, sich mit anderen auszutauschen und innerhalb dieser sozialen Beziehungen die eigenen beruflichen Schwierigkeiten zu bewältigen. Hinzu kommt die Unterstützung durch die Therapeutin, die neben der professionellen Begleitung ebenfalls die Vermittlung von grundlegenden sozialrechtlichen Informationen übernimmt.

Ziel der Behandlung ist die Erweiterung des Handlungsspektrums sowie der Handlungskompetenzen im beruflichen Kontext. Dabei spielt es zunächst keine Rolle, ob eine Patientin vor der schwierigen Aufgabe steht, sich beruflich neu zu orientieren, oder ob Auseinandersetzungen mit Kollegen und/oder Vorgesetzten mittlerweile zu handfesten Interaktions- und Kommunikationsproblemen geworden sind.

Mithilfe eines Mind-Maps wird zunächst die momentane berufliche Situation erarbeitet. Dieser Überblick stellt nicht nur die gemeinsame Arbeitsgrundlage für Therapeutin und Patientin dar, dadurch werden außerdem die persönlichen Anliegen jeder Einzelnen konkretisiert und visualisiert. Im weiteren Verlauf der Behandlung helfen systematische Fragestellungen dabei, sich der vorhandenen Probleme bewusst zu werden, sie differenzierter zu verbalisieren und gemeinsam Lösungswege zu erarbeiten. Aber auch das Feedback und der Erfahrungsaustausch in der Gruppe selbst tragen einen großen Teil zur Klärung und Bewältigung des vorliegenden Problems bei. Des Weiteren ist es besonders wichtig, die Wirksamkeit eigener Verhaltensweisen zu überprüfen. Dieses erfolgt durch spezielle Übungen und Rollenspiele, die ein fester Bestandteil der Gruppentherapie sind. Denn hierdurch lernen die Patientinnen, ihre eigenen Soft Skills einzuschätzen, und können ihre Verhaltensmuster nach einer eingehenden Reflektion gegebenenfalls verbessern.

In der Gruppe BERUF geht es um die Auseinandersetzung und Bewältigung beruflicher Schwierigkeiten, gemeinsam

➔ Die Gruppe BERUF im Überblick

- *Dauer: therapiebegleitend*
- *Frequenz: 1-mal pro Woche
Großgruppe à 90 Minuten*
- *Gruppengröße:
maximal 10 Teilnehmerinnen*
- *Sonstige Beschreibung:
für Patientinnen mit beruflichen und
sozialrechtlichen Problemen und
Anliegen*

werden Handlungsalternativen und berufliche Perspektiven erarbeitet, genauso aber auch existenzielle Fragen und Ängste, möglicherweise hervorgerufen durch den Verlust der Arbeitsfähigkeit, thematisiert.

3.2.7 Für die männlichen Patienten der Klinik: Das Männerforum

(Michael Ordyniak)

Aufgrund des wesentlich höheren Patientenanteils an weiblichen Personen (im Durchschnitt 7:1) wurde in der Klinik das so genannte Männerforum konzipiert. Mit diesem Therapieangebot wird den männlichen Patienten während ihres Klinikaufenthaltes ein geschützter Rahmen angeboten, in dem sie die Möglichkeit haben, mit anderen Patienten über sie betreffende Themen und Probleme zu sprechen.

Es werden u. a. folgenden Fragestellungen bearbeitet:

- Wie geht es mir als Mann, wenn ich aufgrund psychischer Probleme zurzeit nicht mehr leistungs-/arbeitsfähig bin?
- Wie geht es mir als männlicher Patient in dem klinischen Rahmen mit einer Mehrheit an weiblichen Patienten und Therapeuten?
- Wie geht es mir als Mann mit traumatischen Erlebnissen in der Biografie?
- Was für Vorbilder hatte ich als Mann im Umgang mit Gefühlen wie Angst, Hilflosigkeit, Unzulänglichkeit, aber auch Aggressionen (väterliche, mütterliche, gesellschaftliche oder andere Vorbilder)?
- Was für Möglichkeiten kenne ich bisher, für mich, mein emotionales, körperliches und materielles Wohlbefinden zu sorgen?
- Wie ist meine Beziehung als Mann zur Mutter, zum Vater und zur Partnerin bzw. zum Partner?
- Gibt es für mich eine männliche Identität? Wenn ja, welche Eigenschaften gehören für mich dazu?

Das Männerforum ist in der Klinik ein fester Teil der Behandlung für alle männlichen Patienten.

➔ Das MÄNNERFORUM im Überblick

- *Dauer: ca. 3 bis 10 Wochen*
- *Frequenz: 1-mal pro Woche
à 60 Minuten*
- *Sonstige Beschreibung:
Gruppenangebot richtet sich
ausschließlich an männliche
Personen*

3.3 Kreativtherapie

3.3.1 Bewegungstherapie

(Carmen Stehlig)

Traumatisierungen beeinflussen in unterschiedlicher Art und Weise das Selbstverständnis einer betroffenen Person und damit die Beziehung zum eigenen Körper. Daraus resultieren Einschränkungen des natürlichen Bewegungs- und Beziehungspotenzials. An dieser Stelle setzt die Bewegungsanalyse (nach C. Rick) an. Hier geht es grundsätzlich um Entängstigung und um die Förderung der natürlichen motorischen und interaktiven Ressourcen, die durch die Traumatisierung gestört sind. Die Patientinnen können sich in sicherer und wertschätzender Umgebung mit ihrer individuellen Handlungs-, Bewegungs- und Beziehungskapazität (motorische Ressourcen) erproben, auseinandersetzen und handlungsfähiger werden (Selbsterforschung). Sie erhalten bewegungsanalytische Unterstützung und Begleitung praktisch, theoretisch und im reflektierenden Gespräch.

Die Gruppenteilnahme findet auf freiwilliger Basis statt, jede Teilnehmerin verpflichtet sich zu verbindlicher Teilnahme und pünktlichem Erscheinen. Die Zuweisung erfolgt durch die jeweilige Psychotherapeutin. Vor der Teilnahme an den Gruppensitzungen findet stets ein Vorgespräch mit der Patientin statt, in dem sie zum einen umfassend über die angewandte Methodik informiert wird, und zum anderen mögliche Vorerfahrungen und persönliche Ziele thematisiert werden.

Den theoretischen Hintergrund für die Arbeit in der Gruppe liefern neben der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT), die Körperkonzepte (siehe Übersicht "Körperkonzepte in der Bewegungsanalyse") nach Cary Rick sowie seine Arbeiten zu motorischen Ressourcen. Darüber hinaus wird die Dokumentationstechnik der Bewegungsnotation angewandt und sich auf Bestandteile der Tiefenpsychologie, Säuglingsforschung, Intersubjektivität und Neurowissenschaft bezogen.

Die bewegungsanalytische Therapie findet nach einem Blitzlicht, in dem jede Patientin möglichst ein eigenes Thema einbringt, entweder im themenzentrierten oder im personenzentrierten Vorgehen statt. Im Falle eines themenzentrierten Vorgehens leitet die Therapeutin Bewegung nach motorischen Beobachtungskriterien an. Dabei lässt die Bewegungsanleitung einen Spielraum, in dem die Patientin die Bewegungen an ihre individuellen Möglichkeiten und Grenzen anpassen kann. Die Therapeutin bewegt sich mit oder begleitet die Bewegungsausführungen beobachtend. Beim personenzentrierten Vorgehen bekommt die Patientin eine vorgegebene Zeit, in der Regel 5 bis 15 Minuten, in der sie sich ohne Vorgabe auf die eigenen motorischen Intentionen konzentrieren kann und diese daraufhin eigenständig in Bewegung umsetzt. Die Therapeutin bewegt sich nicht mit, sondern begleitet beobachtend. Jeweils erfolgt anschließend ein Gespräch, in dem die Patientinnen ihre Bewegungserfahrungen austauschen und anschließend neue Erkenntnisse, wenn möglich, erproben.

Zur Bewegungsanregung und/oder Bewegungsunterstützung können Gegenstände wie z. B. Tücher und Bälle, aber auch Tätigkeiten wie Malen, Schreiben oder Tanzen zum Einsatz kommen. Es lassen sich außerdem Geschichten und Imaginationsübungen in die Übungen mit einbinden.

Anhand eines Praxisbeispiels lässt sich die bewegungsanalytische Arbeit in der Gruppe verdeutlichen: Den Teilnehmerinnen wurde im Rahmen des personenzentrierten Vorgehens die Aufgabe gestellt, den eigenen Bewegungsmöglichkeiten zu folgen. Dabei konnte die Therapeutin feststellen, dass in den individuellen Bewegungshandlungen folgende Bewegungsphänomene angewendet wurden: sich hinlegen, aufstehen, Schritte machen, stehen, bewegen und anhalten. Dieses geschah ohne jegliche Bewegungsbeziehung zum Anderen. Bewegungsanalytisch lassen sich die Bewegungen einerseits den motorischen Aktionen des Stellungswechsels und Mobilisierens zuordnen, andererseits handelt es sich um die motorischen Aktivitäten Stützen und Isolieren, d. h. motorische Phänomene aus dem formalen Körperkonzept, die auf die Auseinandersetzung mit dem Selbsterleben von Gemeinsamkeit und Identifikation hinweisen.

Nach der Bewegungssequenz folgte die gemeinsame Reflexion. Hier gaben die Patientinnen an, sich während der Bewegungsphase allein und unsicher gefühlt zu haben. Sie verspürten den Wunsch, die anderen Gruppenmitglieder zu sehen, trauten sich jedoch nicht Kontakt aufzunehmen. Darüber hinaus empfanden die Patientinnen das Gefühl von Desorientierung, das gekoppelt war mit dem Versuch, sich (wieder) zurechtzufinden.

An diesem Beispiel aus der Praxis lässt sich deutlich erkennen, wie sich die Patientinnen unbewusst mit der Erfassung des eigenen Körperschemas auseinandersetzten und dadurch auch mit dem interaktiven Bestreben der

➔ Die BEWEGUNGSTHERAPIE im Überblick

- *Dauer: therapiebegleitend, d. h. die Dauer der Teilnahme entspricht dem Klinikaufenthalt der Patientinnen*
- *Frequenz: 1-mal pro Woche zwei Kleingruppen (Frauengruppe und gemischtgeschlechtliche Gruppe) à 90 Minuten + 1,5-mal pro Woche Einzeltherapie à 50 Minuten*
- *Gruppengröße: maximal 5 Teilnehmerinnen*
- *Sonstige Beschreibung: halb offenes Angebot*

Identifikation. Da dies ohne Beziehung zu anderen bzw. unter Vermeidung der Beziehung stattfand, ist von einem interaktiven Konflikt im Erleben von Begegnung und Gemeinsamkeit auszugehen.

Die darauffolgenden therapeutischen Interventionen zur Stärkung der Identifikation und zum Erleben von Gemeinsamkeit waren hier strukturierte spielerische Interaktionsangebote des Spiegeln und Reproduzierens von Bewegungen des Gegenübers. Die Patientinnen konnten so in geschützter wertschätzender Atmosphäre, die sonst vermiedene basale Beziehungsressource des Spiegeln und das Erleben von Gemeinsamkeit und Identifikation spielerisch stärken.

Körperkonzepte in der Bewegungsanalyse

Körperkonzept/ Verkörperung	Kinästhetisch (0 - 2 Monate)	Formal (3 - 7 Monate)	Aktionsmotorisch (8 - 16 Monate)	Psychomotorisch/ Integrativ (17 Monate)
Motorik	<ul style="list-style-type: none"> • Körperpartien • Widerstand (Berührungsflächen nachgeben und entgegenwirken) <p>Körpergrenzen innen/außen erfahren</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Körperteile mobilisieren (bewegen/innehalten) • stützen (Stellungen/ Stellungswechsel) 	Koordinieren und Lokomotion: a) polarisierend <ul style="list-style-type: none"> • Arme und Beine mobilisieren • gehen b) kooperierend <ul style="list-style-type: none"> • beugen und strecken 	Regulieren: a) mitbestimmend <ul style="list-style-type: none"> • unteren Körpersektor mobilisieren • Kraft steigern • schnelles Tempo • Fortbewegung b) bestimmend <ul style="list-style-type: none"> • Phrasierung: lange und kurze Bewegungsphrasen
Psychomotorische Komponente	Sensation	Konzeption	Intention	alle
Interaktives Bestreben	Orientierung/Assoziation	Identifikation	Komplementarität	Autorität
Interaktion	Rezeptiv: <ul style="list-style-type: none"> • über Berührung Bewegung initiieren / simultanes Bewegen • spüren <p>Förderung der innerlichen Abbildung von Grenzen</p>	Reproduktiv (= spiegeln): a) simultan (= gleichzeitig) b) sukzessiv (= nacheinander) c) sehen: realistische Erfassung der Form und Konzeption der Teile über das Sehen	Reaktiv: a) polarisierend (= das Gegenteil machen), d. h. die eigenen Bewegungen von denen des Anderen absetzen b) kooperierend (= Ähnliches tun)	Initiativ: a) mitbestimmend b) bestimmend rennen, springen
Interaktiver Konflikt	Vertrautheit <ul style="list-style-type: none"> • Bedrohung der Authentizität • Zusammenhang von Innen und Außen konflikthaft • sensomotorische Überbeschäftigung mit leblosen Gegenständen unter Ausschaltung jeglicher Rezeptivität (siehe Autismus) 	Gemeinsamkeit <ul style="list-style-type: none"> • Begegnung ist konflikthaft > was außerhalb der eigenen Person ist, wird bedrohlich und ohne Bezug zur eigenen Person erlebt (z. B. Derealisation, Depersonalisation, Schizophrenie)	Koabhängigkeit <ul style="list-style-type: none"> • stete Orientierung am Anderen, ohne die Abhängigkeit zu erleben 	Unabhängigkeit <ul style="list-style-type: none"> • festhalten an reaktiver Beziehung • „Als-ob“-Selbstinszenierung und kinästhetisch betontes Somatisieren (z. B. Borderline, histrionische Persönlichkeiten, Bulimiker/-innen)
Interaktive Lösung	Assoziation	Individuation	Separation	
Tiefenpsychologischer Bezug (Daniel Stern)	auftauchend	Kern	subjektiv	verbal

Neuronal:

prozedurales Gedächtnis = frühes Gedächtnis Amygdala und Stammhirn

deklaratives Gedächtnis = reifes Gedächtnis = Hippokampus und Temporalhirn

"... neurologische Reifung und interaktionell begründete Entwicklung gehen Hand in Hand."
(Lenzinger-Bohleber et al., Koukou et al. "Urgedächtnis")

3.3.2 Konzentrierte Bewegungstherapie

(Petra Dröge)

Die Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) ist ein körperorientiertes, psychotherapeutisches Verfahren, bei dem Wahrnehmung und Bewegung als Grundlage von Erfahrung und Handeln gesehen werden. Anders gesagt: Innerhalb eines gezielten und strukturiert angeleiteten, methodenspezifischen Angebots geht es um inneres und äußeres Erleben in einer akzeptierenden und wertungsfreien Atmosphäre. Die therapeutische Bearbeitung der erlebten Erfahrungen und Eindrücke findet in einer anschließenden Reflexionsrunde statt.

Das Besondere am Verfahren der KBT ist das Einbeziehen von Gegenständen, z. B. als reales Objekt, als Symbol oder als Übergangsobjekt. Diese Gegenstände können ebenso zur Darstellung von Emotionen, Situationen oder Beziehungen genutzt werden, sowohl als Hilfsmittel zur Selbstwahrnehmung dienen wie auch als intermediäres Objekt eingesetzt werden.

Die Indikation stellt die jeweilige Psychotherapeutin. Das Therapieangebot KBT richtet sich grundsätzlich an Patientinnen mit

- (komplexen) posttraumatischen Belastungsstörungen,
- dissoziativen (Identitäts-)Störungen,
- Somatisierungsstörungen,
- Essstörungen sowie
- Angst- und Panikstörungen.

Es besteht die Möglichkeit, entweder an einer gemischtgeschlechtlichen Gruppe oder an einer reinen Frauengruppe teilzunehmen. Über ein Vorgespräch erfolgt die Zuordnung zum entsprechenden Therapieangebot. Die Voraussetzung zur Teilnahme ist die Gruppenfähigkeit der Patientinnen; Patientinnen mit einer dissoziativen Identitätsstörung sollten zur Steuerung des Innensystems fähig sein.

Bei der Arbeit mit komplex traumatisierten Menschen geht es als übergeordnetes Ziel darum, eine bessere Beziehung zum eigenen Körper anzubahnen, so dass auch eine bessere Selbstfürsorge möglich wird und vorhandene Ressourcen aktiviert und gestärkt werden. Es sollen festgefahrene Haltungen und Fehlerwartungen wahrgenommen und reflektiert werden sowie neue, adäquate Wege und Lösungsschritte vorbereitet und erprobt werden. Zu dem Zweck werden Explorationsverhalten und Neugierde angeregt und gestärkt, um das eigene Verhalten und eigene Einstellungen zu unterschiedlichen Zeiten, in verschiedenen Situationen und im Umgang mit verschiedenen Materialien und Menschen erforschen zu können. Für dissoziativ gestörte Patientinnen besteht ein wichtiges Ziel darin, die innere und äußere Realität unterscheiden zu lernen, sowie die Regulation und den Umgang mit Intrusionen und Flashbacks zu verbessern. Daneben sollen Affektdifferenzierung und -regulation sowie eine Förderung der inneren Kommunikation und Kooperation zu einer Symptomreduzierung führen. Sehr wichtig ist hier auch die Entwicklung und Erprobung neuer Verteidigungsstrategien (Strukturelle Dissoziation).

Nach der Zuweisung durch die behandelnde Psychotherapeutin findet zunächst ein Vorgespräch statt. Das Gespräch kann als erstes Kennenlernen betrachtet werden und hilft den Patientinnen in der Regel, die Angst vor der neuen Therapieform zu verlieren. In diesem Rahmen wird einerseits das Vorgehen in der Behandlung erläutert, außerdem wird über mögliche Vorerfahrungen mit Körpertherapie und individuelle Ziele gesprochen.

Eine sensible und rücksichtsvolle Heranführung an die therapeutische Arbeit mit dem Körper ist angebracht, da viele der Patientinnen die Körpertherapie - vor allem innerhalb einer Gruppe - immer wieder als große Herausforderung beschreiben. Deshalb geht es in den einzelnen Therapieeinheiten häufig um Themen wie Schutz, Grenzen setzen und verteidigen, Vertrauen (zu anderen Teilnehmerinnen) aufbauen, eine adäquate Nähe bzw. Distanz zu ihnen herstellen und aufrechterhalten. Durch das Miteinander in der Gruppe sollen die Teilnehmerinnen nachhaltig die heilsame Erfahrung machen, dass eine Gemeinschaft ein gewisses Maß an Sicherheit bieten kann, ebenso die positive Wirkung von gegenseitiger Unterstützung erfahren.

Zu Beginn jeder Einheit haben die Patientinnen die Möglichkeit, in einer Eingangsrunde mitzuteilen, welches Thema sie in die Sitzung mitbringen und wie ihre körperliche Befindlichkeit ist. Die Therapeutin entwickelt ein darauf abgestimmtes methodenspezifisches Angebot, das anschließend durchgeführt wird. Durch entsprechende Angebote, die strukturiert und schrittweise angeleitet werden, erhalten die Gruppenteilnehmerinnen die Möglichkeit zu einer bewegungs- und handlungsorientierten Erfahrung mit sich selbst und im Umgang mit unbelebten und belebten Objekten. Besonders wichtig ist hierbei auch das Erleben von Autonomie und Entscheidungsfreiheit im Zusammenhang mit anderen Menschen.

Im Anschluss an das Angebot folgt die verbale Aufarbeitung der Erfahrung mit dem Ziel, das Erlebte aus der eigenen Lebensgeschichte zu verstehen, eventuell als Strategie der Traumabewältigung zu würdigen und einzuordnen sowie neue Wege und Lösungen zu suchen.

Den Abschluss jeder Therapieeinheit bildet eine Blitzlichtrunde, in der die Patientinnen mitteilen, mit welchem Gefühl und welcher Befindlichkeit sie aus der Sitzung gehen.

In der KBT-Gruppe wird ein respektvoller Umgang mit sich und den anderen Teilnehmerinnen vorausgesetzt. Hierzu zählen auch die verbindliche Teilnahme am Programm sowie das Einhalten der Schweigepflicht. Traumainhalte oder Gewalterlebnisse werden in den Sitzungen nicht thematisiert.

Handeln und Sprechen basiert auf Freiwilligkeit und Eigenverantwortlichkeit und jede Patientin hat das Recht, "nein" und/oder "stopp" zu sagen. Feedback und Rückmeldungen von anderen Gruppenmitgliedern erfolgen ausschließlich nach vorheriger Zustimmung der betreffenden Person. Grundsätzlich darf jede Patientin den Raum verlassen, ohne es zu begründen, und kann jederzeit, wenn es ihr möglich ist, zur Gruppe zurückkehren.

In der KBT wird ein methodenspezifisch formuliertes Erfahrungsangebot eingesetzt sowie andere methodenübergreifende Techniken, die darauf abzielen, neue Erfahrungen im Hier und Jetzt zu machen. Die Art des Angebots, mehr oder weniger strukturiert, orientiert sich stets an der Stabilität der Teilnehmerinnen. Während der handlungs- und bewegungsorientierten Phase erfolgt normalerweise kein Eingreifen seitens der Therapeutin, in der anschließenden verbalen Aufarbeitung kann der psychoedukative Anteil unter Umständen relativ hoch sein. Zur therapeutischen Arbeitsweise in der KBT gehört darüber hinaus die Möglichkeit (inklusive Anleitung) zur Einzelarbeit in der Gruppe. Hierdurch wird die Ich-Stärkung in den Vordergrund gestellt.

Beispiel: Erfahrungsangebot zum Thema "Schutz und Abgrenzung"

"Gehen Sie durch den Raum und bleiben Sie an verschiedenen Stellen stehen. Nehmen Sie ganz bewusst wahr, wie es ist, dort zu stehen. Ihr Ziel ist es, den Platz im Raum zu finden, an dem Sie sich niederlassen möchten. Wenn Sie Ihren Platz gefunden haben, gestalten Sie ihn so bzw. richten Sie ihn so ein, dass Sie sich dort sicher und geschützt fühlen."

In der anschließenden Reflexion über das Erlebte können unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden. Mögliche Fragestellungen sind hierbei: Wie habe ich meinen Platz gefunden, an dem ich mich sicher fühle? Habe ich eine klare/sichere Grenze um meinen Platz gestaltet? (Wurde keine sichere Grenze gestaltet, kann dies von der Teilnehmerin nachgeholt werden. Im Anschluss daran sollte die betreffende Patientin angeregt werden, den Unterschied zu vorher zu erspüren.)

Die KONZENTRATIVE BEWEGUNGSTHERAPIE im Überblick

- *Dauer: therapiebegleitend; die KBT-Kleingruppe kann mit allen anderen Gruppenangeboten während des Aufenthaltes kombiniert werden (außer bei Teilnahme an der Gruppe LILA)*
- *Frequenz: 1-mal pro Woche zwei Kleingruppen (Frauengruppe und gemischtgeschlechtliche Gruppe) à 90 Minuten*
- *Gruppengröße: 4 Teilnehmerinnen*
- *Sonstige Beschreibung: offene Kleingruppe (gemischtgeschlechtlich oder reine Frauengruppe)*

3.3.3 Kunstpsychotherapie

(Birgit Kastner, Susanne Lücke)

Kunstpsychotherapie ist ein erlebnisorientiertes psychodynamisches Verfahren, das das bildnerische Gestalten in den Mittelpunkt des therapeutischen Prozesses stellt. Sie verbindet in besonderer Weise die Freude am kreativ-schöpferischen Ausdruck mit einer intensiven Wahrnehmung inneren und äußeren Geschehens. Spontanes Zeichnen, Malen und Formen in einer wertungsfreien und akzeptierenden Atmosphäre erleichtern den Kontakt zu bewussten und unbewussten Belastungen und Ressourcen. Das Medium der bildnerischen Gestaltung dient in der Kunstpsychotherapie der Persönlichkeitsentwicklung und Situationsverarbeitung einer Patientin. Hierbei werden sowohl das während des Gestaltungsprozesses Erlebte als auch die im Prozess entstandene Form mit allen Assoziationen und verbalen Mitteilungen der Patientin zur Reflektion genutzt.

In der Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin basiert das kunstpsychotherapeutische Konzept auf der Theorie und Methodik der psychoanalytischen und tiefenpsychologisch fundierten Kunsttherapie sowie auf der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) und bezieht Erkenntnisse aus der Entwicklungspsychologie, den Kreativitätstheorien und den Neurowissenschaften ein. Es ist auf die spezifische Situation komplex traumatisierter Patientinnen ausgerichtet. Mithilfe kunsttherapeutischer Methoden werden zentrale Behandlungsschwerpunkte, wie das systematische Aktivieren von Ressourcen, die Verbesserung innerer Kommunikation und Kooperation, das Regulieren von Affekten, intrusiven Ich-Zuständen und (selbst)destruktiven Impulsen sowie das Entwickeln von Selbstschutz und Selbstfürsorge, verfolgt. Hierfür ist unter Umständen eine intensive Einzelbegleitung innerhalb der Gruppe notwendig und sinnvoll. Wenn die Fähigkeit zur Selbstregulation noch nicht oder noch nicht ausreichend ist, wird diese zunächst innerhalb einer Einzeltherapie gestärkt, bevor die Patientin an einem Gruppenangebot teilnimmt.

Innerhalb der kunstpsychotherapeutischen Gruppe liegt ein Schwerpunkt auf der Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit sowie auf der Stärkung der Selbstwahrnehmung und des authentischen Selbstausdrucks. Im Sinne eines Empowerment ist jedes Gruppenmitglied Expertin für die eigene Gestaltung in all ihren Bedeutungsebenen. Die Patientin bestimmt selbst, ob sie ein Thema, eine Intervention, eine Frage oder Rückmeldung aus der Gruppe als hilfreich und förderlich annimmt oder als unzutreffend und hinderlich zurückweist. Hierdurch wird das Vertrauen in die eigene Entscheidungs- und Handlungskompetenz systematisch gefördert. Verbindlichkeit und Kontinuität sowie ein respektvoller und wertschätzender Umgang miteinander sind unerlässliche Voraussetzungen für die kunstpsychotherapeutische Gruppe. Während einer Gruppensitzung darf der Raum im Sinne der Selbstregulation für kurze Zeit (ca. 5 bis 10 Minuten) verlassen werden. Stopp-Signale werden respektiert, ohne dass die Patientin diese begründen muss. Der Wunsch, Gestaltungen nicht innerhalb der Gruppe zu zeigen oder/und darüber zu sprechen, wird als Bemühen um Selbstschutz validiert.

→ Die KUNSTPSYCHOTHERAPIE im Überblick

- *Dauer: 3 bis 12 Wochen*
- *Frequenz: 1-mal pro Woche
Kleingruppe à 120 Minuten*
- *Gruppengröße: 4 Teilnehmerinnen*
- *Sonstige Beschreibung:
halb offenes Gruppenangebot;
bei besonderer Indikation 1- bis 2-mal
pro Woche Einzeltherapie
à 30 bis 50 Minuten*

Für die Teilnahme an der Gruppe ist ein persönliches Vorgespräch erforderlich, das der möglichst genauen Information über Inhalt, Ablauf, Möglichkeiten und Grenzen des Angebots dient. Es wird auch genutzt, um ein erstes Arbeitsbündnis zwischen Therapeutin und Patientin zu schließen und individuelle Weichen für einen möglichst stressfreien Einstieg in die Gruppe zu stellen.

Eine Gruppensitzung beginnt mit einer ressourcenorientierten Befindlichkeitsrunde, aus der für jedes einzelne Gruppenmitglied oder für die ganze Gruppe ein Fokus für die darauffolgende Gestaltungsphase entsteht. Die Patientinnen erhalten Anregungen und Themen, die der Fantasie eine Richtung geben und die Aufmerksamkeit auf zentrale Lebensthemen lenken. Angeleitete Imaginationsübungen, Märchen, Geschichten und spezielle kunsttherapeutische Übungen tragen dazu bei, mit ichstärkenden inneren Bildern in Kontakt zu kommen und neue Möglichkeiten der Konfliktbewältigung zu erproben.

Während der anschließenden Gestaltungsphase steht die Kunstpsychotherapeutin bei Bedarf für die individuelle Begleitung ein-

zelter Gestaltungsprozesse zur Verfügung. Die gemeinsame Abschlussrunde dient der Reflektion des Erlebten und hat zum Ziel, den persönlichen Wachstumsprozess jedes einzelnen Gruppenmitglieds durch konstruktive Anregungen zu unterstützen. Neben der Förderung des verbalen Ausdrucks steht hier das Entwickeln von Beziehungsfähigkeit und sozialer Kompetenz im Zentrum.

3.4 Therapiebegleitende Programme

Begleitend zu den regulären Gruppenprogrammen der Klinik bieten wir spezielle Einheiten zur Verbesserung der eigenen Stressregulationsfähigkeit sowie zur Verbesserung der Selbst- und Körperwahrnehmung an.

3.4.1 Stressbewältigung (Ute Bluhm-Dietsche)

Stressbewältigung ist Bestandteil der Stabilisierungsphase einer phasenorientierten Traumatherapie. Bei unseren häufig komplex traumatisierten Patientinnen sind die Stressregulationsfähigkeiten eingeschränkt, sie leiden oft an chronisch erhöhter Wachsamkeit mit hoher Anspannung (Hyperarousal), in akuten Belastungssituationen treten meist Flashbacks auf. Übliche Entspannungsmethoden können oft nicht eingesetzt werden, weil Entspannung als bedrohlich erlebt wird. Das Erlernen von Imaginations-, Orientierungs- und Achtsamkeitsübungen soll helfen, die Selbstregulationsfähigkeiten zu stärken und zu verbessern. Hierbei sind zum einen die Regulation der akuten Überflutung mit Traumainhalten und zum anderen die Verringerung des chronischen Hyperarousals grundlegende Zielsetzungen.

↪ STRESSBEWÄLTIGUNG im Überblick

- *Dauer: Die Patientinnen bleiben in der Regel für die Dauer ihres Aufenthaltes in der Gruppe.*
- *Frequenz: 3-mal pro Woche Großgruppe à 30 Minuten*
- *Gruppengröße: bis zu 30 Teilnehmerinnen*
- *Gruppengröße: offenes Gruppenangebot*

Der Fokus der einzelnen Gruppeneinheiten liegt auf den speziellen Übungen. Um zu gewährleisten, dass die Patientinnen diese korrekt ausführen, und um zu vermeiden, dass sie sich überfordert fühlen, wird lediglich eine Übung pro Sitzung, jeweils an zwei Tagen hintereinander, angeboten.

Zu Beginn jeder Sitzung geht die Therapeutin (vor allem für neu dazugekommene Patientinnen) auf die Bedeutung der Gruppe selbst ein und erläutert deren spezifische Inhalte. Darüber hinaus werden grundlegende Informationen zum Thema Stressregulation vermittelt. Es folgt eine einführende Erklärung zur Art und Durchführung der Übungen und zur speziellen Übung des Tages, die im Anschluss von der Therapeutin angeleitet und von allen Teilnehmerinnen ausgeführt wird. Mit der gemeinsamen Reflexion und Nachbesprechung der angeleiteten Übung endet jede Gruppensitzung. Diese Nachbesprechung bietet die Möglichkeit, sich auszutauschen und Fragen zu klären, falls bei der Durchführung der Übungen Schwierigkeiten aufgetreten sind. Sie dient ebenso dazu, positive Erfahrungen mit den anderen Gruppenmitgliedern zu teilen. Außerdem werden die Patientinnen angehalten, die Übungen möglichst täglich selbstständig durchzuführen, um den

Übungseffekt zu verstärken und die Übungen auch ohne Anleitung in schwierigen Situationen einsetzen zu können. Typische Imaginationsübungen sind der "Innere sichere Ort", die "Baumübung" und der "Innere Garten".

3.4.2 Qigong (Claus Fischer)

Qigong wurde als übendes und achtsamkeitsbasiertes, körpertherapeutisches Verfahren vor 20 Jahren in das Klinikprogramm aufgenommen und für die Traumatherapie adaptiert. Die Teilnahme am Qigong ist freiwillig, wird allerdings allen Patientinnen nahegelegt.

Qigong ist einerseits eingebunden in die Konzepte der traditionellen chinesischen Medizin, andererseits kann es als traditionelles Achtsamkeitsverfahren (Siegel 2007) zum großen Teil durch die wissenschaftlichen Ergebnisse der Achtsamkeitsforschung in seinen Wirkfaktoren erklärt werden. Als dritte Säule einer theoretischen Untermauerung kann die neurobiologische Forschung bzw. Traumaforschung (Van der Kolk 2007) angesehen werden, die eine Einbeziehung des Körpers in der Psychotherapie für notwendig erachtet. Dabei wird u. a. Qigong neben Yoga als geeignete Methode zur Selbstregulation und zur Wiedererlangung eines positiven ganzheitlichen Selbstgefühls genannt. Körpertherapie hat in der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie einen wesentlichen Stellenwert.

Die Qigong-Übungen dienen der Vermittlung von stabilisierenden Körpererfahrungen und einer differenzierteren Selbstwahrnehmung. Darüber wird die körperlich verankerte Ich-Identität der Patientinnen gestärkt. Es geht um aktives Handeln, um das Erleben von Selbstwirksamkeit und die Förderung von Ressourcen auf Körperebene.

Die Bewegungen und Körperhaltungen betonen Aspekte wie Entspannung, Lockerung, Kraft, Richtung, Abgrenzung, Standfestigkeit und Leichtigkeit etc. Imaginationen, heilsame Vorstellungen und Gedanken begleiten die Bewegungen und können die positive Wirkung vertiefen.

Zu einer grundlegenden inneren Haltung beim Qigong zählt neben Achtsamkeit auch der dialogische Umgang mit dem Körper, beides verbessert deutlich den Selbstkontakt. Dies ist eine Basis, auf der gute Bedingungen für Gesundheit entwickelt und die eigene Selbstregulationsfähigkeit gestärkt werden können.

Eine Qigong-Übungseinheit beginnt in der Regel mit einer hinführenden Auflockerung oder auch Körperwahrnehmung, gelegentlich mit kurzen theoretischen Erklärungen. Zum weiteren regelmäßigen Übungsablauf gehören drei Vorbereitungsübungen, die den Teilnehmerinnen dabei helfen, sich zu erden und bei sich anzukommen. Als Übungsform haben sich die "15 Ausdrucksformen des Taiji-Qigong" (Jiao 1989) aus dem System Qigong Yangsheng seit vielen Jahren bewährt. Etwa zehn einfache Übungen dieser Übungsform werden in der Gruppe täglich wiederholt und durch einzelne andere ergänzt, damit es auch Abwechslung gibt. Gelegentlich werden auch Übungen aus dem "Spiel der fünf Tiere" angeboten. Beendet wird eine Qigong-Übungsstunde stets mit der gleichen Folge von Abschlussübungen, die der Sammlung und Abrundung des Übens dienen. Qigong wird in der Klinik auf Wunsch der Patientinnen jede zweite Stunde mit musikalischer Begleitung geübt.

Neben der allgemeinen Übungsanleitung fließen nach Bedarf spezielle therapeutische Interventionen mit ein, die z. B. einen Dissoziationsstopp, eine Reorientierung und Abgrenzung fördern können. Die Anleitung ist immer ressourcenorientiert.

Einzelne Patientinnen nutzen im Anschluss an die Qigong-Einheit die Möglichkeit, den Therapeuten anzusprechen, um Übungserfahrungen zu verbalisieren oder Anregungen für das zukünftige Üben zu bekommen. Wenn auf der somatisierten Ebene psychische Probleme zum Ausdruck kommen, können hier (körper)psychotherapeutische Interventionen ergänzt und die Patientinnen für ein tiefer gehendes Verständnis ihrer Dynamik an ihre Einzeltherapeutinnen verwiesen werden.

Bei schwerwiegenden Traumafolgestörungen haben die Patientinnen manchmal Schwierigkeiten mit körperbezogenen Übungen, z. B. wenn eine starke Phobie vor Körperwahrnehmungen besteht oder Körperempfindungen als Trigger für traumatische Erfahrungen erlebt werden. Dieses ist jedoch nicht zwangsläufig ein Ausschlusskriterium für die Teilnahme am Qigong. Im Gegenteil, bei entsprechend behutsamem Vorgehen haben Traumapatientinnen durch die Übungen die Möglichkeit, ihren Körper schrittweise wieder positiv zu erleben und korrigierende traumakompensatorische Erfahrungen zu machen.

Patientinnen, die z. B. zu Panikattacken neigen, können jederzeit den Raum verlassen, sie dürfen aber auch wieder hereinkommen, wenn es ihnen besser geht. Jede Person trägt beim Üben die Verantwortung, sich nicht zu überfordern sowie auf das eigene Wohlergehen und die eigenen Grenzen zu achten, denn weder Über- noch Unterforderung sind therapeutisch hilfreich.

Einige Patientinnen profitieren sehr von den vorgelebten Beispielen anderer Gruppenmitglieder. Sie erkennen, dass es möglich ist, auch in einer größeren Gruppe bei sich zu bleiben, Abgrenzung zu üben, sich selbstbewusst oder (selbst)fürsorglich zu zeigen. Die Übungen im Kreis auszuführen, erinnert an die Form einer therapeutischen Gemeinschaft und wirkt integrierend. Gerade für Patientinnen, die auf der Beziehungsebene traumatisiert wurden, ist es eine heilsame Erfahrung, Sicherheit und Akzeptanz in einer Gruppe zu erleben.

⇒ QIGONG im Überblick

- *Dauer: therapiebegleitend, d. h. die Dauer der Teilnahme entspricht dem Klinikaufenthalt der Patientinnen*
- *Frequenz: 4-mal pro Woche offene Übungsgruppe à 45 Minuten*
- *Gruppengröße: ca. 15 Teilnehmerinnen*
- *Sonstige Beschreibung: offenes, übendes und körpertherapeutisches Gruppenangebot auf freiwilliger Basis*

3.4.3 Selbst-Breema

(Petra Dröge)

Die Breema-Körperarbeit als Therapie- und Arbeitsform kommt ursprünglich aus einem Bergdorf im Nahen Osten. Die dort lebenden Menschen entwickelten dieses Verfahren entsprechend ihrer Bedürfnisse und Lebensweisen. Aus diesem Grund ist Breema sehr erdverbunden und naturnah. Sich als Teil der Natur begreifend und mit ihr in Einklang lebend, gehörte es zum Alltag der Dorfbewohner und diente der ganzheitlichen Gesunderhaltung. So wurde es über Jahrhunderte von Generation zu Generation weitergegeben, bis es Ende der 70er Jahre die USA erreichte, wo es seitdem unterrichtet wird. In Deutschland spielt Breema im Rahmen der Psychohygiene eine wesentliche Rolle. Die Breema-Körperarbeit umfasst folgende zwei Formen: 1. Breema-Behandlungen und 2. Selbst-Breema-Übungen. Die Selbst-Breema-Übungen bestehen aus einer vorgegebenen Bewegungsabfolge, die jeder einzeln und für sich selbst ausführt.

Seit dem Jahr 2000 wird Selbst-Breema in der Klinik als übendes Verfahren in einer offenen Gruppe, adaptiert an das traumatherapeutische Konzept, angeboten. Grundsätzlich sind alle Patientinnen der Klinik eingeladen, an den Übungsgruppen teilzunehmen; Kontraindikationen gibt es nicht. Allerdings gilt es zu beachten, dass die Situation in der Großgruppe einerseits und die Arbeit am und mit dem Körper andererseits für komplex traumatisierte Patientinnen mit schweren dissoziativen Störungen eine große Herausforderung darstellen kann, für deren Bewältigung die betreffenden Personen Unterstützung benötigen.

Als ganzheitliche Methode zielt die Breema-Körperarbeit darauf, festgefahrene Strukturen in Körper, Geist und Seele aufzulösen und Möglichkeiten für neue Bewegung und Haltung zu schaffen. Die Übungen beinhalten öffnende und schließende Bewegungen, Strecken und Dehnen und ebenso Elemente, die entspannend wirken. Andere Übungsbestandteile betonen wiederum Kraft und Schnelligkeit, Koordination und Rhythmus. Es geht darum, den Energiefluss im Körper zu unterstützen und "in Balance" zu kommen. Zudem soll die Standfestigkeit gestärkt und gleichzeitig (mithilfe von spielerischen Elementen) Leichtigkeit im Umgang mit Körper und Bewegung vermittelt werden. Die Teilnehmerinnen sollen lernen, achtsam mit dem eigenen Körper und den eigenen Grenzen umzugehen. Da für viele der Patientinnen in ihrer Vergangenheit Berührung mit Grenzüberschreitung verbunden war, liegt der Fokus der Übungen darauf, sich über selbstbestimmte Berührung dem eigenen Körper wieder anzunähern und die körperliche Grenze deutlicher und spürbar zu machen. Ichstärkend wirken außerdem das Erleben von Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge sowie eine verbesserte Selbstwahrnehmung.

Der Aspekt der Gemeinsamkeit ist darüber hinaus elementar für den Behandlungserfolg, denn so können die Patientinnen ein gewisses Maß an Sicherheit in der Gemeinschaft erleben und gegenseitige Unterstützung erfahren.

Am Anfang jeder Sitzung steht eine körperbezogene Meditation, die helfen soll, körperlich bei sich anzukommen, und die inhaltlich auf die Breema-Körperarbeit einstimmt. Daran anschließend folgen - in ausgewogener Zusammenstellung - die Selbst-Breema-Übungen. Ausgewogen bedeutet in diesem Fall, dass in den verschiedenen Übungen verschiedene Aspekte im Vordergrund stehen (z. B. Rhythmus, Koordination) und dass in unterschiedlichen Ausgangspositionen (im Sitzen, Stehen oder Liegen) geübt wird.

Die Auswahl der Übungen bleibt jeweils für eine Woche unverändert, um den Teilnehmerinnen die Möglichkeit zu geben, den Übungsablauf zu verinnerlichen und mehr sensomotorische und psychomotorische Aspekte wahrzunehmen. Der vorhersehbare Ablauf der Stunden trägt außerdem zur Struktur und Sicherheit bei.

Die Anleitung der jeweiligen Übungen erfolgt einerseits verbal, andererseits durch Demonstration der Übungen bzw. durch Mitüben. Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass während des Übens keine Korrektur der Bewegungen vorgenommen wird. Denn Ziel ist es, dass jede Teilnehmerin eine dem eigenen Körper angemessene Form des Bewegungsablaufes findet, mit der sie sich wohlfühlt. Probleme oder Fragen können am Ende einer Sitzung geklärt, Hilfestellungen gegeben werden. Zu diesem Zeitpunkt besteht ebenso die Möglichkeit, allgemeine, nicht personenbezogene Hinweise zur Ausführung zu geben. Die Stimme der Leiterin ist sowohl bei der Meditation als auch bei den Übungen stets begleitend und strukturierend, aber nicht Trance induzierend.

Auf besonderen Wunsch der Patientinnen kann eine separate Stunde ausschließlich zu theoretischen Hintergründen von Selbst-Breema und zur Beantwortung von Fragen genutzt werden.

Neben den allgemeinen Übungsanleitungen fließen weitere therapeutische Interventionen bei Auftreten von Schwierigkeiten ein. Falls es zu einer Dissoziation kommt, erfolgt eine Reorientierung. Individuelle Probleme, die im Zusammenhang mit den Übungen stehen, werden entweder im Anschluss an eine Sitzung im Einzelgespräch geklärt, oder es wird in solchen Fällen auf die Einzeltherapie verwiesen.

Voraussetzung für das Üben in der Gruppe ist eine Atmosphäre von gegenseitigem Respekt und rücksichtsvollem Umgang. Daneben spielt das Achten der Grenzen eine wichtige Rolle. In den Sitzungen werden keine gruppenspezifischen Themen aufgegriffen.

Jede Patientin ist für sich selbst verantwortlich und achtet eigenständig auf ihre Grenzen. Es ist möglich, zu jeder Zeit den Raum zu verlassen (wenn möglich, jedoch nicht während der anfänglichen Meditation) und auch wieder zur Gruppe zurückzukehren.

3.4.4 Familientherapie *(Renate Munz-Becker)*

Die systemische Familientherapie findet begleitend zu der sonst eher individuumszentrierten Psychotherapie statt. Sie ist bedarfsorientiert, nicht störungsspezifisch ausgerichtet und fungiert als exemplarischer und therapeutisch begleitender Einstieg in lösungsorientiertes Handeln.

Indiziert wird die systemische Familientherapie bei

- Stillstand der Entwicklung im Familiensystem und damit Eingrenzung des Handlungsfeldes,
- rigiden oder aufgelösten Grenzen im System,
- ungelöster Schuldproblematik,
- Ambivalenzen und Hilflosigkeit im Umgang miteinander,
- mehrgenerationalen Verstrickungen (hinsichtlich Delegationen),
- diffusen Gefühlen (z. B. Verantwortlichkeiten) sowie
- Konflikten in der Partnerschaft.

Kommt es in der regulären Behandlung zum Stagnieren des Heilungsprozesses, kann eine Erweiterung des Blickes auf das System sinnvoll und hilfreich sein. Familien und Partner werden als Ressource mit in die Behandlung einbezogen. Diese Maßnahme richtet sich neben der klinischen Einschätzung auch nach dem jeweiligen Anliegen der Patientin und ihrer Familienmitglieder. Häufig besteht ein Wunsch der Familie nach einem Gespräch. Falls eine reale Einbeziehung nicht möglich ist, gibt es das Angebot der Einzelarbeit.

In der Regel arbeiten wir nicht mit angehörig Tätern, wenn die Gefahr besteht, dass der Kontakt dem Heilungsprozess der Patientin entgegenwirkt.

Das Angebot basiert auf den Grundlagen aus der Systemtheorie und dem Konstruktivismus. Die therapeutische Arbeitsweise orientiert sich an einem strategischen, strukturellen sowie entwicklungsorientierten Ansatz und ist erweitert um Erkenntnisse der Traumatherapie. Darüber hinaus wird auf das Konzept der Hypnotherapie zurückgegriffen.

Traumafolgestörungen nehmen Einfluss auf das System und prägen Regeln, Strukturen und Interaktionen. Bei Bedarf geht es in der systemischen Familientherapie auch um die Aufklärung über traumaadaptives Verhalten und Krankheitsverständnis. Diese Einblicke haben nicht nur eine entlastende Funktion, sie tragen erheblich zu einem heilenden Umgang mit der Traumafolgestörung bei. Es geht grundsätzlich darum, die Wahrnehmungsperspektiven der Patientinnen zu erweitern.

Ein zentraler Punkt ist, die vorhandenen Ressourcen im System zu stärken und zu nutzen. Dazu werden im Einzelnen

➔ BREEMA im Überblick

- *Dauer: therapiebegleitend, d. h. die Dauer der Teilnahme entspricht dem Klinikaufenthalt der Patientinnen*
- *Frequenz: 4-mal pro Woche offene Übungsgruppe à 45 Minuten*
- *Gruppengröße: ca. 10 bis 25 Teilnehmerinnen (variiert)*
- *Sonstige Beschreibung: offenes und übendes Gruppenangebot auf freiwilliger Basis*

belastende Interaktionsmuster betrachtet und neue Möglichkeiten des Umgangs erarbeitet. Lösungs- und zukunftsorientiert richtet sich der Blick auf alte Werte und Regeln, die überprüft und gegebenenfalls neu formuliert werden. Hierbei gilt es vor allem zu beachten, dass für alle Beteiligten mögliche und gültige Absprachen getroffen werden.

In der systemischen Therapie arbeiten wir am Verständnis einer mehrgenerationalen Sichtweise sowie an einer Unterbrechung dysfunktionaler Verhaltensmuster mit dem Ziel, die Perspektive der Patientin und die Resilienz des familiären Systems zu erweitern. Auch hier ist die Erkenntnis, dass Gegenwart und Vergangenheit deutlich voneinander abgegrenzt werden, hilfreich. Hierzu findet eine gemeinsame Einordnung heutiger Reaktionen statt. Mit dieser Einstufung bzw. Zuordnung lassen sich neue Handlungsspielräume schaffen.

Die therapeutischen Interventionstechniken in den einzelnen Einheiten basieren auf dem ressourcen- und lösungsorientierten Vorgehen. In der systemischen Familientherapie werden die Inhalte von PITT, wie Nutzung der Vorstellungskraft, Versorgung innerer Anteile, Gestaltung von innerer Sicherheit, mit Methoden der systemischen Therapie gekoppelt. Dazu zählen systemische Fragetechniken und hypothesengeleitetes Vorgehen. Darüber hinaus wird mit Skalierungen, Genogrammen und dem Familienbrett gearbeitet und die Methoden Externalisierung, Reflecting Team und Reframing angewandt. Neben Skulpturarbeit werden außerdem gemeinsam Zeitlinien und System-Landkarten erstellt.

Die Familientherapie richtet sich nach den Anliegen und der möglichen Lösungsmöglichkeiten im System.

Mit Fokus auf die Behandlungsschwerpunkte ergibt sich für das familientherapeutische Angebot der folgende strukturelle Ablauf: Zu Beginn jeder Sitzung werden zunächst Grundsätzlichkeiten, z. B. Themen wie Auftragsklärung und Zielformulierung, besprochen. Daran anschließend erfolgt unter Einbezug der therapeutischen Interventionstechniken das eigentliche Gespräch, die Arbeit an bzw. Auseinandersetzung mit der aktuellen Belastungssituation.

Findet die therapeutische Arbeit in Kootherapie statt, wird nach ca. 45 Minuten eine kurze Pause zur Reflexion eingeschoben. Die Sitzung schließt mit einer Abschlussintervention, dies kann beispielsweise die Formulierung von Aufgaben sein.

➔ Die FAMILIENTHERAPIE im Überblick

- *Dauer: in der Regel 1 bis 3 Gesprächstermine (bei Bedarf auch mehr, teilweise in unterschiedlichen Settings)*
- *Frequenz: Abstand der Gespräche variiert nach Bedarf und Möglichkeiten, Dauer eines Gespräches: 50 bis 90 Minuten*
- *Sonstige Beschreibung: es besteht die Möglichkeit der Arbeit in Kootherapie z. B. mit Einzeltherapeutin; die systemische Psychotherapie findet im Einzel-, Paar- oder Familiengespräch statt; die erste Entscheidung bezüglich der Teilnahme erfolgt bei der Zusammenstellung des Behandlungsplanes oder bei Bedarf im weiteren Verlauf*

Hinsichtlich der Gesprächseinheiten gelten die allgemein üblichen Verhaltens- und Gesprächsregeln, d. h. das gesamte therapeutische Team steht unter Schweigepflicht bezüglich des allgemeinen Therapieprozesses der Patientin. Es werden keine Inhalte von der Therapeutin in die Therapie mit Angehörigen eingebracht, außer nach ausdrücklichem Auftrag der behandelten Patientin. An dieser Stelle kommt besonders die Forderung nach Selbstverantwortung zum Tragen. Die Patientinnen werden während der Behandlung stets dazu angehalten, eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen. Auch die Angehörigen sind für sich selbst verantwortlich, haben jederzeit das Recht zu schweigen und können Prozesse stoppen.

In der Paar- und Familientherapie ist eine allparteiliche therapeutische Grundhaltung unerlässlich. Die Therapeutin ist verpflichtet, bei Grenzverletzungen einzuschreiten. Denn die äußere Sicherheit ist Grundvoraussetzung für ein Gespräch.

Zum Abschluss soll ein Beispiel aus der Praxis die Arbeit der systemischen Familientherapie veranschaulichen. Beschrieben wird eine Situation aus einem Einzelsetting: Die Patientin arbeitet mit dem Familienbrett. Sie stellt sich klein und die Eltern groß, ihren Blick über das ganze Brett kontrollierend dar.

Durch das vorausgegangene Gespräch war bereits hervorgegangen, dass der Kontakt der Patientin zu ihrer Herkunftsfamilie sehr eingeschränkt stattfindet, sie ihre Familie lediglich einmal im Jahr sieht.

Auf die Nachfrage nach dem Alter bei der Konstellation der Aufstellung am Familienbrett gibt sie zwölf Jahre an.

Hier wird deutlich, dass das innere Bild der familiären Beziehungen

stark von der äußeren Wirklichkeit abweicht. Daraus abgeleitet konnte schließlich folgende Handlungsanweisung für die Patientin formuliert werden: Intensivierung der Arbeit

1. an dem Bild der heutigen Erwachsenen und

2. an den eigenen gegenwärtigen Stärken zum Schutz des "inneren Kindes" mit seinen alten Sehnsüchten.

Dadurch erhält die Patientin die Möglichkeit, ihren Blick auf das System zu ändern und die Beziehungen freier zu gestalten.

4 Das Pflegekonzept

(Christine Morgenroth, Inge Castrup und Pfllegeteam)

Der Einsatzfokus des Pfllegeteams in der Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin richtet sich an die Patientinnen und deren soziales Umfeld. Das Lebensalter der zu pfllegenden Personen liegt zwischen 18 und 70 Jahren.

Das Pflegekonzept zielt einerseits auf die Erhaltung, andererseits auf die Förderung der Gesundheit. Dies beinhaltet sowohl das Bewältigen von Stress und Krankheit als auch das Stärken von vorhandenen Ressourcen. Hierbei spielt vor allem eine umfangreiche Beratung eine bedeutende Rolle, das heißt, dass gemeinsam mit der Patientin Strategien für einen gesunden Lebensstil entwickelt werden.

Ein zentraler Bestandteil des Pflegeprogramms ist die Arbeit an den eigenen Ressourcen. In der Behandlung sollen die Patientinnen Eigenverantwortung und Eigenfürsorge im Umgang mit sich, ihrem Körper und ihrer Gesundheit erlernen. Sie werden seitens der Pfllegenden stets zur Selbsthilfe und Selbstfürsorge motiviert. Neben der Beratung und Vermittlung grundlegender Informationen werden ebenso Therapien durchgeführt.

Die Arbeit des Pfllegeteams findet auf verschiedenen Ebenen statt: Prävention, "Akutpflege", Langzeitpflege, Rehabilitation und Palliativpflege. Die Grundlage für Therapie und Pflege ist eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patientin und Therapeutin bzw. Mitarbeiterin des Pfllegeteams.

Das Pflegeprogramm umfasst in der Regel folgende Schritte: Informationssammlung > Planung und Durchführung der Maßnahmen > Überprüfung der durchgeführten Maßnahmen > Vorbereitung der Entlassung.

Die Patientinnen sollen während der Behandlung vor allem lernen, mit ihrer Erkrankung und Einschränkung in geeigneter Form umzugehen. Um dieses Ziel zu erreichen, setzt die Pflege unter anderem auf Erholung und Entspannung sowie auf Stärkung und Steigerung des Selbstwertgefühls.

Neben Angstexpositionstraining und Atemtherapie zählt ebenso die Aromatherapie zu den wichtigsten Verfahren des Pflegeprogramms. Denn in enger Verbindung zum Körper und zum körperlichen Befinden stehend, soll durch die Pflege eine verbesserte Körperwahrnehmung erzielt werden. Weiterhin erhalten die Betroffenen Unterstützung bei der Erarbeitung einer hilfreichen Tagesstruktur sowie im Umgang mit negativen Kognitionen und psychosozialen Folgen ihrer Krankheit. Elementar ist an dieser Stelle sowohl die physische als auch die psychische Stabilisierung.

Während der Behandlung werden stets die Stimmung und das Verhalten der Patientinnen bzw. relevante Veränderungen beobachtet. Diese Beobachtungen helfen dem Pfllegeteam vor allem dabei, schnell und angemessen zu reagieren, falls eine akute Krisensituation auftritt. Doch nicht nur die Mitarbeiterinnen des Teams müssen solche Situationen erkennen und richtig einschätzen, auch die Patientin selbst sollte versuchen, sich während einer akuten Krise an die vorab abgesprochenen Regeln und Verhaltensweisen zu halten (Rückgriff auf Notfallkoffer etc.). Zum Umgang mit Krisensituationen werden deshalb spezielle Stabilisierungsübungen angeleitet und begleitet.

Das Erarbeiten von Frühwarnzeichen für Krisenentwicklung oder erneute Erkrankungen zählt zur Ebene der Präventivpflege innerhalb des Behandlungskonzeptes. Die Patientinnen werden mittels Psychoedukation zu bestimmten Erkrankungen und Symptomen aufgeklärt. Auch der Umgang mit Medikamenten wird thematisiert.

In der Rehabilitationspflege geht es vor allem darum, mit der vorliegenden Krankheit oder der Behinderung zurechtzukommen und trotz der Erkrankung ein zufriedenes und erfülltes Leben führen zu können. Die Pfllegenden begleiten und unterstützen die Patientin bei der Strategieentwicklung in Bezug auf den Umgang mit ihrer Krankheit.

Erhaltung der Stabilität und Unterstützung von Normalität sind die wichtigsten Ziele in der Langzeitpflege. Hier werden die Patientinnen vor allem bei der Bewältigung ihres Alltags begleitet. Die Förderung der Selbstpflegekompetenz spielt eine zentrale Rolle, ebenso wie das Stärken der Copingressourcen.

Bei der palliativen Pflege wiederum tritt die Krankheit zugunsten der Lebensqualität in den Hintergrund. Die Förderung der Lebensqualität steht hier an oberster Stelle.

Für die Zusammenarbeit zwischen Pfllegeteam und Einzeltherapeutinnen ist hinsichtlich einer erfolgreichen Behandlung ein regelmäßiger Austausch unerlässlich. Aus diesem Grund findet eine pflegerische Begleitung von Beginn des Klinikaufenthaltes statt: Die Pflgende ist von der Diagnose- über die Therapie- bis hin zur Transferphase (Entlassung) an der Behandlung der jeweiligen Patientin beteiligt.

Innerhalb des Pfllegeteams findet regelmäßig eine Reflexion des eigenen pflegerischen und therapeutischen Handelns statt, es werden z. B. Intervisionen und Supervisionen durchgeführt sowie pflegerische oder interdisziplinäre Fallgespräche.

4.1 Angstexpositionstraining

Zusätzlich zum regulären Therapieprogramm gibt es in der Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin die Möglichkeit, an einem Angstexpositionstraining (AET) teilzunehmen. Hierbei geht es um die Auseinandersetzung mit stark lebensbeeinflussenden Ängsten. Ziel dieser Methode ist es, angstbesetzte Situationen Schritt für Schritt zu bewältigen. Eine solche Situation kann beispielsweise das Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel sein oder auch das Betreten eines Supermarktes. Die Ängste beziehen sich also auf grundlegende Lebenssituationen, durch die die Betroffenen in ihrer selbstständigen Lebensführung stark eingeschränkt sind.

Das AET dient dazu, die Prozesswahrnehmung auf kognitiver und physischer Ebene zu verbessern. Durch einen erweiterten Aktionsradius steigert sich die Lebensqualität der Patientinnen langfristig und nachhaltig.

In der AET wird das Prinzip der "Exposition" thematisiert. Den Patientinnen soll bewusst werden, dass Angstsymptome vom Körper nur für eine bestimmte Zeit aufrechterhalten werden können. Das Training zielt auf die Erfahrung, dass Beruhigung auch ohne Vermeidung der angstbesetzten Situation eintritt.

Die Indikation für die Durchführung bzw. die Teilnahme am AET wird durch die behandelnde Psychotherapeutin gestellt. Voraussetzung ist, dass die Patientinnen Stabilisierungs- oder Entspannungsübungen kennen und diese anwenden können. Eine Kontraindikation erfolgt bei

- Ängsten im Rahmen einer psychotischen Episode,
- real begründeten Ängsten (z. B. Kontakte außerhalb der Klinik, die zu einer Retraumatisierung führen können) und
- verminderter Steuerungsfähigkeit bei Überflutung mit traumatischen Erinnerungen.

Die Planung und Durchführung des Angstexpositionstrainings wird von einer Mitarbeiterin des Pflegedienstes übernommen. In einem ersten Informationsgespräch werden zunächst die Rahmenbedingungen der Behandlung besprochen, außerdem grundlegende und therapierelevante Informationen ausgetauscht und gesammelt. Die Patientin berichtet erst einmal darüber, wie sie die Angst erlebt und in welchen Situationen diese auftritt. Für die Therapeutin ist in diesem Zusammenhang besonders relevant, über welche Bewältigungsstrategien oder über welches Vermeidungsverhalten die Betroffene bisher verfügt und welche Ressourcen vorhanden sind. Anschließend wird die Patientin über den Umgang mit Angstreaktionen aufgeklärt, ihr werden die grundsätzlichen Informationen zu Angstsymptomen erläutert und Möglichkeiten der Durchführung des AET dargestellt.

Am Ende des Informationsgesprächs erhält die Patientin die Aufgabe, eine Angsthierarchie zu erstellen. Dies ist eine schriftliche Auflistung der angstausslösenden Situationen, welche möglichst bereits zu diesem Zeitpunkt nach dem Ausmaß der Belastung geordnet werden sollen. Das heißt, die am wenigsten belastende Situation steht an oberster Stelle der Liste, die Situation mit der höchsten Belastung an letzter. Die Angsthierarchie stellt die Grundlage für die weitere Zusammenarbeit dar.

So beginnt das nächste Treffen mit der Auswertung der erstellten Angsthierarchie. Die aufgeführten Belastungssituationen werden gemeinsam durchgesprochen und die Therapeutin hilft gegebenenfalls bei der hierarchischen Zuordnung.

Bevor sich die Patientin nun der angstbesetzten Situation stellt, werden wichtige Vorbereitungsübungen und unterstützende Maßnahmen durchgeführt, auf die während der Konfrontation zurückgegriffen werden können (und sollen). Hierzu zählen Atemübungen, Entspannungs- und Stabilisierungstechniken, wobei auch Aromaessenzen und Bachblüten zum Einsatz kommen können. Vielen Betroffenen hilft zusätzlich ein Gegenstand, der mit positiven Assoziationen besetzt ist (z. B. kleiner Stein, Handschmeichler, Igelball). Im Idealfall benötigen die Betroffenen diese Unterstützung aber lediglich zur Beruhigung und setzen sie am Ende gar nicht ein.

Die Hilfsmittel (Aromaessenzen, Bachblüten und Gegenstände) sind als Übergangsobjekte gedacht, die von Patientinnen besonders mit dissoziativen Störungen auch in anderen Situationen zur Stabilisierung und Orientierung genutzt werden.

Im nächsten Schritt werden die Trainingseinheiten festgelegt. Begonnen wird mit dem obersten Punkt der Angsthierarchie, denn dieser bietet das rechte Maß zwischen Ruhe und Anspannung. Das heißt, die Spannung während der Konfrontation ist für die Patientin aushaltbar und sie kann in der Situation verbleiben, ohne sich zu überfordern. Grundsätzlich sollten bei der Festlegung der Trainingseinheiten realisierbare Ziele formuliert werden, die gegebenenfalls in weitere, kleinere Teilziele gegliedert werden.

→ Das AET im Überblick

- *Dauer: richtet sich nach dem Klinikaufenthalt der Patientin, ihrem Therapieplan und Krankheitsbild*
- *Frequenz: bis zu 10 Termine im gesamten Zeitraum des Klinikaufenthaltes, 1 bis 2 Stunden pro Gespräch oder Trainingseinheit*
- *Sonstige Beschreibung: Terminabsprachen nach Vereinbarung, zur Planung und Durchführung des Angstexpositionstrainings ist eine examinierte Krankenschwester mit mindestens dreijähriger Ausbildung und besonderen Kenntnissen über Angst- und Panikstörungen, post-traumatischen Belastungsstörungen sowie dissoziativen Störungen erforderlich*

Sind alle Vorbereitungsmaßnahmen getroffen, folgt die eigentliche Durchführung des AET. Hierbei ist es besonders wichtig, darauf zu achten, dass die Patientin die Kontrolle über die jeweilige Situation behält. Die Methode der Konzentrationslenkung (bewusste Wahrnehmung des Umfelds) kann dabei helfen. Das heißt, die Patientin soll darin bestärkt werden, aufkommende Angstsymptome bewusst wahrzunehmen und zu registrieren (z. B. Herzschlag, Atem, Schweiß usw.).

Nach Möglichkeit sollte solange in der betreffenden Situation geblieben werden, bis die Angstsymptome deutlich schwächer werden. Hierzu bietet es sich an, vor der Konfrontation einen Wert festzulegen, der den Grad der Angst angibt (z. B. eine erdachte Skala von 1 bis 10). So kann die Patientin zwischenzeitlich immer wieder den Grad ihrer Angst einschätzen, bis eine Abnahme des Wertes erreicht bzw. spürbar ist.

Während der Durchführung der Angstexposition sollten keine Verhandlungen über den Ablauf geführt werden. Absprachen werden ausschließlich im Vor- oder Nachgespräch getroffen. Im "Notfall" kann die Betroffene an die zuvor eingeübten Atem- und Stabilisierungsübungen sowie an die unterstützenden Hilfsmittel erinnert werden.

Nach jeder Trainingseinheit erfolgt eine Nachbesprechung der Angstexposition. Wie hat die Patientin die Situation erlebt? Was war schwer? Was war leicht? Lob spielt an dieser Stelle eine zentrale Rolle für den Heilungsprozess. Deshalb sollte die Therapeutin stets betonen, was die Patientin gut geschafft hat (positive Verstärkung).

Anschließend können die nächsten Trainingseinheiten besprochen, die Angsthierarchie korrigiert und aktualisiert werden. Eventuell bietet es sich an, eine Übung als Aufgabenstellung zu vereinbaren, die die

Patientin allein durchführen kann. Hierbei ist in jedem Fall zu beachten, dass die Übung nicht zu schwer ist. Dadurch, dass die Patientin bei der Ausführung allein und ohne therapeutische Begleitung ist, sollte ein Erfolg möglichst sicher sein.

Zum Behandlungsabschluss des AET ist ein umfassendes Auswertungsgespräch unerlässlich. Wo ist eine Übertragung auf den Alltag möglich? Gibt es neue Umgangsformen mit angstbesetzten Situationen? Was hat sich in der Angsthierarchie positiv verändert?

Bei Auftreten von Problemen, Störungen und Komplikationen ist in jedem Fall Rücksprache mit der behandelnden Therapeutin zu halten, darüber hinaus kann auf Intervention im Team und Supervision zurückgegriffen werden.

4.2 Aromatherapie

Der Grundgedanke in der Aromatherapie liegt auf der für jede Person individuell abgestimmten Anwendung von ätherischen Ölen, im Sinne des psychischen und physiologischen Befindens. Entstanden ist diese Therapie vor ca. 6000 Jahren in Ägypten. Die moderne Aromatherapie wurde um die Jahrhundertwende von dem französischen Chemiker Rene M. Gattefosse entwickelt. Hierbei wirken sich die unterschiedlichen Pflanzenteile auf vielen Ebenen des Körpers aus, wobei es hauptsächlich darum geht, die inneren Organe und Abwehrmechanismen zu stärken.

Als wichtiger und zusätzlicher Baustein zum regulären Therapieprogramm der Klinik wurde die Aromatherapie durch die damalige Chefarztin Luise Reddemann in das Behandlungsangebot aufgenommen. Frau Reddemann unterstützte die entsprechenden Fort- und Weiterbildungen des Pflegepersonals und setzte sich für die notwendige räum-

liche und materielle Ausstattung ein.

Die Aromatherapie, wie sie heute in der Klinik durchgeführt wird, wurde von den Pflegekräften in einem über mehrere Jahre dauernden Prozess (weiter)entwickelt. Diese Entwicklung orientierte sich an den Krankheitsbildern und Ressourcen der Patientinnen und ist mittlerweile als Form der Behandlungspflege ein elementarer Bestandteil innerhalb des Klinikkonzeptes.

Dadurch, dass die Patientinnen der Klinik meist schwer traumatisiert sind, eine gestörte Körperwahrnehmung haben und wenig Vertrauen zu anderen Menschen aufbauen können, zielt die Aromabehandlung nicht ausschließlich auf Ruhe und Entspannung. Vielmehr soll eine positive Veränderung der eigenen Körperwahrnehmung erreicht werden. Darüber hinaus geht es darum, die Patientinnen durch die Anwendung zu ermutigen, sich auf eine therapeutische Beziehung (auf Vertrauen) einzulassen. Weitere Behandlungsziele der Aromatherapie sind:

- Anleitung zur Selbstfürsorge,
- Vermittlung von Verhaltensalternativen (z. B. bei selbst verletzendem Verhalten oder Medikamentenabusus) sowie
- Unterstützung bei der Behandlung von Schlafstörungen und chronischen Schmerzzuständen.

Durch die Behandlung erhalten die Patientinnen ein hohes Maß an Zuwendung und Kontakt. So können sie in einem räumlich und zeitlich definierten Rahmen - und damit "geschütztem" Umfeld - neue Erfahrungen machen und ausprobieren. Die Therapie beinhaltet Bäder, Raumbeduftung, Massagen und die bewusste Wahrnehmung von Essenzen über ein Duftvlies oder eine Aromalampe.

Bei der Inhalation erreicht der Duft der Essenzen über die Nase und den Geruchssinn das limbische System, von wo aus die Gefühlswelt gesteuert wird. Hierdurch werden positive wie auch negative Gefühle geweckt und stimuliert. Ebenfalls über die Nase, aber zusätzlich auch über die Haut gelangen die ätherischen Öle bei einem Fußbad in den Körper. Durch das warme Wasser wird die Wirkung der Öle noch erhöht. Das Wasser und die Essenzen werden mit einer Trägersubstanz (z. B. Kleiebad, Honig oder Sahne) vermischt, da sie so leichter über die Hautporen in den ganzen Körper gelangen können. Ein Fußbad sollte ca. 15 Minuten dauern. Bei der Aromamassage werden wahlweise Rücken, Füße, Arme, Hände oder das Gesicht massiert. Innerhalb von 30 bis 60 Minuten erreichen die Aromastoffe über die Poren der Haut das Gewebe, das Lymphsystem sowie den Blutkreislauf. Hierüber gelangen sie wiederum zu den Körperorganen. Die Essenzen wirken sich aktivierend, entspannend, stressreduzierend und schmerzlindernd aus. Für die Massage werden ein oder mehrere Aromen mit einer Trägersubstanz (z. B. Mandelöl) vermischt. Sie dauert etwa 25 bis 45 Minuten und erfolgt nicht in Form einer physikalischen Behandlung.

Der Ablauf einer aromatherapeutischen Behandlung richtet sich stets nach den jeweiligen Möglichkeiten und Bedürfnissen der Patientin. In einem ersten Beratungsgespräch werden zunächst grundlegende Kenntnisse über die Anwendung von Aromaessenzen vermittelt, so dass die Patientin im Anschluss selbst entscheiden kann, ob sie die Behandlung direkt ausprobieren oder möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt daran teilnehmen möchte.

In einem weiteren Vorgespräch werden die zeitlichen Rahmenbedingungen besprochen (Terminvereinbarung, Dauer der einzelnen Behandlungen etc.), Vorerfahrungen mit Aromaessenzen erfragt und die verschiedenen Anwendungsmöglichkeiten von Essenzen vorgestellt. Maßgeblich im Zusammenhang mit dem Ablauf der Behandlung ist vor allem, was sich die Patientin selbst zutraut. Darüber hinaus ist es unerlässlich, körperliche Beschwerden und mögliche Unverträglichkeitsrisiken abzuklären.

Anschließend setzt die eigentliche Aromatherapie ein. Nach jeder Anwendung sollte eine Ruhephase erfolgen. Die Nachbesprechung der Behandlung findet am Ende jeder Sitzung statt.

Der Aromatherapie-Raum trägt durch seine Ausgestaltung wesentlich zu einer positiven Wirkung der Behandlung bei. Damit die Patientinnen das Gefühl von Sicherheit und Schutz haben, sind während der Anwendung alle Störungen von außen zu vermeiden.

Die Auswahl der in der Klinik benutzten Aromaessenzen ist groß. An dieser Stelle werden einige der wichtigsten und am häufigsten verwendeten Öle vorgestellt. Dazu gehören Neroli, Rose, Lavendel, Orange und Angelikawurzel.

Aromaessenz	Körperliche Anwendung	Geistig-seelische Anwendung	Duft
Neroli (Citrus auranticum, Bitterorange, Pomeranze)	herzstärkend, bei Magen- und Darmproblemen	bei Angst, Schlafstörungen und Depressionen	warm und rund
Rose (Rosadamascena, Rosa centifolia / Mairose)	nervöse Herzbeschwerden, krampflösend	bei Traurigkeit, Schlafstörungen	blumig
Lavendel (Lavendula officinalis)	wundheilend, schmerzlindernd, krampflösend, antiseptisch, herzstärkend	bei Nervosität, Depressionen, Schlafstörungen	frisch und kräuterartig
Orange (Citrus sinensis, Vulgaris auranticum)	stärkend, anregend, verdauungsfördernd	bei Ängstlichkeit, Nervosität, Traurigkeit	frisch, hell und fruchtig
Angelikawurzel (Engelwurz, Angelika circhangelica)	bei Schwächezuständen und Infektionskrankheiten, verdauungsfördernd	aufbauend, stabilisierend (z. B. bei dissoziativen Zuständen)	kräftig, würzig und erdig

Mit ätherischen Ölen ist es möglich, negative Stimmungen positiv auszugleichen. Dadurch lässt äußere wie innere Anspannung nach und das körperliche Wohlbefinden wird gefördert. Ein elementarer Grundsatz der Aromatherapie ist weiterhin, dass Düfte, die man gerne riecht, auch eine positive Wirkung haben und somit auch Heilungsprozesse unterstützen. Das gilt für den somatischen sowie für den psychischen Bereich.

Die Aromatherapie bei PTSD, Angsterkrankungen und dissoziativen Störungen ist eine körpertherapeutische Behandlung und Intervention mit klaren Zielen bei medizinisch-psychotherapeutischer Indikation, aber auch Kontraindikation. Die Mitarbeiterin des Pflgeteams muss stets die vorliegende Erkrankung im Blick haben und darauf mit vorsichtiger und sensibler Behandlung reagieren. Kenntnisse über die Symptomatik und die Risiken der jeweiligen Erkrankung sind hierbei unerlässlich. Dazu gehören ebenso der Mut sowie das Erkennen (und Ansprechen), wenn es für die Patientin zu intensiv wird oder der Zeitpunkt der Anwendung zu früh ist. Ein regelmäßiger Austausch mit der zuständigen Therapeutin über Beobachtungen und den Stand der Behandlung ist unbedingt empfehlenswert.

Die Aromatherapie ist im klinischen Bereich ein wichtiges Bindeglied zwischen den ärztlichen, therapeutischen und vor allem den pflegerischen Tätigkeiten.

➔ Die AROMATHERAPIE im Überblick

- *Dauer: therapiebegleitend, d. h. die Dauer der Teilnahme entspricht dem Klinikaufenthalt der Patientinnen, sie wird im Vorgespräch festgelegt*
- *Frequenz: ca. 3 bis 5 Termine im gesamten Zeitraum des Klinikaufenthaltes, 60 Minuten pro Termin (bei der Terminvereinbarung ist besonders darauf achten, dass eventuelle Anschlusstermine zeitlich nicht direkt auf die Anwendung folgen)*
- *Sonstige Beschreibung: begleitende körpertherapeutische Behandlung auf freiwilliger Basis*

5 Therapie-Evaluation (Anke Bebermeier)

Seit 2004 wird der Effekt jeder einzelnen Therapie in der Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin kontinuierlich durch psychologische Testungen überprüft. Dazu füllen die Patientinnen zu Beginn ihres Klinikaufenthalts wie auch am Ende ein Fragebogenset aus. Die Einzeltherapeutinnen erhalten eine Rückmeldung über die Ergebnisse der Testung. Diese Tests dienen zu Therapiebeginn als wichtiges Hilfsmittel zur Diagnostik, nach Abschluss der Therapie zusätzlich als Verlaufsmessung. Sie liefern nicht nur Informationen über die Entwicklung der Symptomatik, sondern geben auch Auskunft über die verschiedenen Ressourcen der Patientinnen.

Darüber hinaus findet eine regelmäßige Wirksamkeitsüberprüfung der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie insgesamt statt. Nach ersten deskriptiven Berechnungen wurde in einer Diplomarbeit (Bebermeier 2007) neben der Effektivität einzelner Therapieelemente ebenso die Wirksamkeit des Gesamtkonzepts der Klinik sowie der Traumakonfrontation als zweite der drei PITT-Phasen überprüft.

Aufgrund methodischer Beschränkungen (Patientinnenakten und Fragebogensets wurden erst im Nachhinein ausgewertet, es gab keine Kontrollgruppe) war die Aussagekraft der Studie von vorneherein begrenzt. Auf deskriptiver Ebene zeigte sich eine Symptomabnahme in verschiedenen Bereichen (u. a. Depression, posttraumatische Belastungsstörung, dissoziative Störung). Weiterhin wurde die Wirksamkeit der Traumakonfrontation (nach einer ausreichenden Stabilisierungsphase) bestätigt.

Diese Diplomarbeit stellte schließlich den Ausgangspunkt für die Planung einer kontrollierten Behandlungsstudie dar, deren Datenerhebung unter der Leitung von Chefärztin PD Dr. Ursula Gast und Diplom-Psychologin Anke Bebermeier am 02.01.2009 begann. In dieser Studie werden die Patientinnen wie üblich zu Beginn ihrer Therapie sowie nach Abschluss psychologisch getestet, außerdem sechs Monate nach Therapieende. Ein Schwerpunkt dieser Testung liegt auf den Traumatisierungen, die unter anderem mit dem Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Driessen, Gast et al., in Vorbereitung) und der Posttraumatischen Diagnoseskala (PDS; Steil & Ehlers, in Vorbereitung) erfasst werden. Weiterhin werden die Belastungen der Patientinnen durch eine depressive und psychosomatische Symptomatik anhand entsprechender Fragebogen festgehalten.

Auch die Ressourcenorientierung als ein elementarer Baustein innerhalb der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie spiegelt sich in der Zusammenstellung der Testbatterie wieder: Mit dem Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (Wallach et al. 2004) wird ein zentrales Konstrukt erhoben. Ein auf die Erfassung der Ressourcen gerichteter Fragebogen, der zeitnah in das Testset aufgenommen werden soll, befindet sich zurzeit in Entwicklung.

Zudem wurde in der Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin ein Fragebogen erarbeitet, der die biografische und therapeutische Vorgeschichte der Patientinnen detailliert erfragt, sowie ein weiterer Fragebogen zur Einschätzung der einzelnen Therapieelemente, den die Patientinnen am Ende ihres Aufenthaltes ausfüllen. Neben der individuellen Rückmeldung jeder Patientin über die einzelnen Therapieangebote liefern die Fragebögen wichtige Informationen zur Stationsatmosphäre, wie diese von den Patientinnen wahrgenommen wird. Sie geben ebenso Auskunft über die Atmosphäre zwischen den Patientinnen und den Kontakt zum Pflegedienst.

Die Qualität der therapeutischen Beziehung wird regelmäßig mit dem Helping Alliance Questionnaire (HAQ; Bassler et al. 1995) kontrolliert. Anhand kleinerer Stichproben erfolgt eine Validitätsüberprüfung der klinischen Diagnostik. Letzteres wird über die folgenden Interviews realisiert: die deutsche Version der Clinician-Administered PTSD-Scale (CAPS; Nyberg & Frommberger 2001), das Strukturierte Klinische Interview für Dissoziative Störungen, Kurzfassung (Mini-SKID-D; Gast & Rodewald 2004) sowie die deutsche Version des Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI; Ackenheil et al. 1999).

Mit Beginn der kontrollierten Behandlungsstudie wurde ebenfalls eine "Test-Sprechstunde" eingerichtet, in der Patientinnen einmal wöchentlich die Gelegenheit haben, Fragen zur Testbatterie zu stellen. Die erhobenen Daten werden gesammelt und sollen im Rahmen einer Doktorarbeit (Bebermeier, in Vorbereitung) ausgewertet werden.

Im Rahmen der Evaluation der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie ist an der Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin eine Forschungsgruppe entstanden. Zwei Diplomanden der Universität Bielefeld beschäftigen sich aktuell mit der Validierung des Mini-SKID-D sowie der Entwicklung eines Ressourcen-Fragebogens und leisten damit einen Beitrag zur wissenschaftlichen Güte der kontrollierten Behandlungsstudie. Darüber hinaus bestehen Kontakte zu anderen Forschern und Universitäten, um die Evaluation auf eine Breite Basis zu stellen.

6 Literatur

Bebermeier, Anke: Evaluation der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie - die Wirksamkeit verschiedener Therapieelemente. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Bielefeld 2007.

Flatten Guido, Ursula Gast, Arne Hofmann, Peter Liebermann, Luise Reddemann, Torsten Siol, Wolfgang Wöller und Ernst R. Petzold: Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. Stuttgart: Schattauer 2004.

Hofmann, Arne: EMDR - Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. 4. unveränd. Aufl. Stuttgart, New York: Thieme 1999.

Lampe, Astrid, Horst Mitmansgruber, Ursula Gast, Gerhard Schüssler und Luise Reddemann: Therapieevaluation der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) im stationären Setting. In: Neuropsychiatrie. Bd. 22. 3/2008. S. 189-197.

Leichsenring Falk, Christina Vogel und Ulrich Sachsse: Ergebnisse einer traumazentrierten stationären Psychotherapie für Patientinnen mit komplexer PTBS. In: Traumazentrierte Psychotherapie. Hrsg. von Ulrich Sachsse. Stuttgart: Schattauer 2004. S. 334-357.

Reddemann, Luise: Zur Psychotherapie von Vergewaltigungsoffern - ein Ressourcen orientierter tiefenpsychologisch fundierter Ansatz. In: Psychotherapie. 2/1998. S. 1-8.

Reddemann, Luise: Zur Behandlung komplexer posttraumatischer Störungen im (teil-)stationären Setting. [http://209.85.135.104/search?q=cache:EJ5FmXP_adcJ:www.traumhaus-bielefeld.de/dl/stoerung.pdf+dankwart+matte&hl=de&ct=dnk&cd=2\(02.12.2007\)](http://209.85.135.104/search?q=cache:EJ5FmXP_adcJ:www.traumhaus-bielefeld.de/dl/stoerung.pdf+dankwart+matte&hl=de&ct=dnk&cd=2(02.12.2007)).

Reddemann, Luise: Stationäre Therapie von real traumatisierten Patientinnen und Patienten - das Bielefelder Modell. In: Psychotherapeutische Medizin im Krankenhaus - State of the Art. Hrsg. von Wolfgang Tress, Wolfgang Wöller und Elke Horn. Frankfurt-Bockenheim: VAS 2000. S. 96-103.

Reddemann, Luise: Die psychodynamisch imaginative Traumatherapie. In: Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin 1 (2003). H. 2. S. 1-8.

Reddemann, Luise: Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta 2003.

Reddemann, Luise: Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT - das Manual. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta 2004.

Reddemann Luise und Cornelia Dehner-Rau: Trauma. Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. Stuttgart: TRIAS 2004. (Ratgeber für Betroffene)

Rost, Christine: Ressourcenarbeit mit EMDR. Bewährte Techniken im Überblick: Vom Überleben zum Leben. Paderborn: Junfermann 2008.

Sachsse, Ulrich: Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. Stuttgart: Schattauer 2004.

Yalom, Irvin D.: Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch. München: Pfeiffer 1989. (Hier zitiert S. 24)

>> Gruppe GELB

König, Karl und Reinhard Kreische: Gruppentherapie mit Borderline-Patienten. In: Handbuch der Borderlinestörungen. Hrsg. von Otto F. Kernberg, Birger Dulz und Ulrich Sachsse. Stuttgart: Schattauer 2000. S. 625-632.

Kunzke, Dieter: Traumabearbeitung in der psychoanalytisch orientierten Gruppentherapie: Eine Kontroverse. In: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 40 (2004). H. 3. S. 225-247.

Reddemann, Luise und Ulrich Sachsse: Traumazentrierte Psychotherapie der chronifizierten, komplexen posttraumatischen Belastungsstörung vom Phänotyp der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Handbuch der Borderlinestörungen. Hrsg. von Otto F. Kernberg, Birger Dulz und Ulrich Sachsse. Stuttgart: Schattauer 2000. S. 555-572.

>> Gruppe ROT

Bronisch, Thomas, Martin Bohus, Matthias Dose, Luise Reddemann und Christine Unckel: Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta 2000.

de Shazer, Steve: Wege der Kurztherapie. Stuttgart: Klett-Cotta 1989/2006.

de Shazer, Steve: Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. Heidelberg: Carl-Auer 1989/2006.

Ellis, Albert: Grundlagen und Methoden der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie. Stuttgart: Klett-Cotta 2008.

Fürstenau, Peter: Entwicklungsförderung durch Therapie. München: Pfeiffer 1994.

Grawe, Klaus: Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe 1998.

Lazarus, Richard S.: Emotion and Adaptation. London: Oxford University Press 1991.

Simonton, O. Carl: Auf dem Wege der Besserung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt 2007.

Simonton, O. Carl und Stephanie Matthews Simonton: Wieder gesund werden. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt 2006.

Sonneck, Gernot: Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien: Falcutas Universitätsverlag 2000.

>> Gruppe ORANGE

Petzold, Hilarion: Integrative Therapie. Bd. 1, 2 und 3. Paderborn: Junfermann 1993.

Petzold, Hilarion und Ilse Orth: Die neuen Kreativitätstherapien. Bd. 1 und 2. Paderborn: Junfermann 1990.

>> Stressbewältigung

Heidenreich, Thomas und Johannes Michalak: Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Tübingen: dgvt-Verlag 2004.

Hüther, Gerald: Biologie der Angst. Wie aus Streß Gefühle werden. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2002.

>> Qigong

Fischer, Claus und Micheline Schwarze: Qigong in Psychotherapie und Selbstmanagement. Stuttgart: Klett-Cotta 2008.

Fischer, Claus: Qigong - eine körperorientierte Gruppe in der Traumatherapie. In: Keine Angst vor Gruppen. Hrsg. von Dankwart Mattke, Luise Reddemann und Bernhard Strauß. Stuttgart: Klett-Cotta 2009. S. 345-371.

Jiao, Guorui: Die 15 Ausdrucksformen des Taiji-Qigong. Uelzen: ML-Verlag 1989.

Siegel, Daniel J.: Das achtsame Gehirn. Freiburg: Arbor 2007.

Van der Kolk, Bessel: Untersuchungen zur PTBS. In: Wohin entwickelt sich die Traumatherapie? Bewährte Ansätze und neue Perspektiven. Hrsg. von Friedhelm Lamprecht. Stuttgart: Klett-Cotta 2007. S. 212-235.

>> Bewegungstherapie/-analyse

Rick, Cary: Bewegungsanalyse heute. Maispach/Ch: IBA 2008. (www.institutfuerbewegungsanalyse.net)

Rick, Cary: Bewegungsnotation. Gontenschwil/Ch: IBA 1995.

Stern, Daniel: Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta 2003.

Stern, Daniel: Mutter und Kind. Die erste Beziehung. Stuttgart: Klett-Cotta 2000.

Stolorow, Robert D., Bernard Brandchaft und George E. Atwood: Psychoanalytische Behandlung. Ein intersubjektiver Ansatz. Frankfurt a. M.: Fischer 1998.

>> Konzentrierte Bewegungstherapie

Keywords: Entwicklungspsychologie - Tiefenpsychologie - Lerntheorien - Verhaltenstherapie - Bindungsforschung - Säuglingsforschung - Strukturelle Dissoziation - Psychotraumatologie - PITT - Neurowissenschaften

Brisch, Karl Heinz: Bindungsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta 2001.

Levine, Peter A.: Trauma-Heilung: Das Erwachen des Tigers. Essen: Synthesis 1998.

Ogden, Pat, Kekuni Minton und Clare Pain: Trauma and the Body. New York: W.W. Norton & Co. 2006.

Van der Hart, Onna, Ellert R. S. Nijenhuis und Kathy Steele: The Haunted Self. New York: W. W. Norton & Co. 2006.

Wöller, Wolfgang: Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart, New York: Schattauer 2006.

>> Kunstpsychotherapie

Bachmann, Helen I.: Malen als Lebensspur. Stuttgart: Klett-Cotta 1985.

Baer, Udo: Gefühlssterne, Angstfresser, Verwandlungsbilder. Kunst- und gestaltungstherapeutische Methoden und Modelle. Neukirchen-Vluyn: Affenkönigverlag 1999.

Baer, Udo: Neurowissenschaften, Säuglingsforschung und Therapie. Neukirchen-Vluyn: Affenkönigverlag 2005.

Hüther, Gerald: Die Macht der inneren Bilder. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2006.

Lücke, Susanne: Kunsttherapie in der Behandlung von Traumafolgestörungen. In: Kunsttherapie bei psychischen Störungen. Hrsg. von Flora von Sprei, Philipp Martius und Hans Förstl. München: Elsevier bei Urban & Fischer 2005. (Ohne Seitenzählung)

Lücke, Susanne: Aspekte einer traumazentrierten Kunsttherapie In: Forschungsmethoden künstlerischer Therapien. Hrsg. von Peter Petersen. Stuttgart: Mayer 2002. S. 347-362.

Lücke, Susanne: Kunst- und Gestaltungstherapie im Prozess der Traumheilung. In: Imagination als heilsame Kraft. Hrsg. von Luise Reddemann. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta 2001. S. 125-154.

Lücke, Susanne: Kunst- und Gestaltungstherapie im Prozess der Traumheilung. In: Trauma und Kreativität / Dokumentation der 13. Jahrestagung der IGKT. Universität Bremen. 2003. (Ohne Seitenzählung)

Schmeer, Gisela: Das Ich im Bild. München: J. Pfeiffer 1992.

Schmeer, Gisela: Krisen auf dem Lebensweg. Stuttgart: Klett-Cotta 1994.

Schrode, Helene: Klinische Kunst- und Gestaltungstherapie. Stuttgart: Klett-Cotta 1995.

Winnicott Donald W. : Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta 1985.

>> Selbst-Breema

Keywords: Körperpsychotherapie - Achtsamkeit - Meditation - Imagination - Traditionelle Chinesische Medizin

Ford, Clyde W.: Berühren, Erinnern, Heilen. Freiburg: Verlag für Angewandte Kinesiologie GmbH 1995.

Herman, Judith L.: Die Narben der Gewalt. München: Kindler 1998.

Schreiber, John und Denise Berezonsky: Self-Breema: Exercises for Harmonious Life. Oakland: California Health Publications 2001.

Siegel, Daniel J.: Das achtsame Gehirn. Freiburg: Arbor 2007.

>> Familientherapie

Hanswille, Reinert und Annette Annette: Systemische Traumatherapie. Heidelberg: Carl-Auer 2008.

Schweitzer, Jochen und Arist von Schlippe: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. 10. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2003.

Schweitzer, Jochen und Arist von Schlippe: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2006.

Schwing, Rainer und Andreas Fryszer: Systemisches Handwerk. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2006.

>> AET

Berger, Mathias et al.: Psychiatrie und Psychotherapie. München: Urban & Schwarzenberg 1999.

Margraf, Jürgen und Silvia Schneider: Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung. 2. Aufl. Heidelberg, Berlin: Springer 1999.

Schmidt-Traub, Sigrun: Angst bewältigen. Selbsthilfe bei Panik und Agoraphobie. 2. Aufl. Heidelberg, Berlin: Springer 2001.

>> Therapie-Evaluation

Ackenheil, Manfred, G. Stotz, R. Dietz-Bauer, A. Vossen: M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. German Version 5.0.0. Psychiatrische Universitätsklinik München. 1999.

Bassler, Markus, Barbara Potratz und Helmut Krauthauser: Der Helping Alliance Questionnaire (HAQ) von Luborsky. Psychotherapeut 40 (1995). S. 23-32.

Driessen, Martin, Ursula Gast, Andreas Hill und Hella Wulff: Childhood Trauma Questionnaire, deutsche Version. (In Vorbereitung)

Gast, Ursula, Arne Hofmann, Thomas Oswald und Friederike Zündorf: Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Dissoziative Störungen (SKID-D). Deutsche Fassung. Manual und Interviewheft. Göttingen: Hogrefe 2000.

Gast, Ursula und Frauke Rodewald: Das Strukturierte Klinische Interview für Dissoziative Störungen (SKID-D). In: Diagnostik und Behandlung Dissoziativer Störungen. Hrsg. von Annegret Eckhardt-Henn und Sven Olaf Hoffmann. Stuttgart: Schattauer 2004. S. 321-327.

Nyberg, Elisabeth und Ulrich Frommberger: Clinician-Administered PTSD-Scale - deutsche Fassung. 2001.

Steil, Regina und Anke Ehlers: Posttraumatische Diagnoseskala (PDS). Psychologisches Institut, Universität Jena. (In Vorbereitung)

Walach, Harald, Nina Buchheld, Valentin Buttenmüller, Normann Kleinknecht, Paul Grossmann und Stefan Schmidt: Empirische Erfassung der Achtsamkeit - die Konstruktion des Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit (FFA) und weitere Validierungsstudien. In: Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Hrsg. von Thomas Heidenreich und Johannes Michalak. Tübingen: dgvt-Verlag 2004. S. 727-765.

Anhang

Die hier zusammengetragenen Materialien wurden freundlicherweise von Cornelia Dehner-Rau zur Veröffentlichung bereitgestellt.

Abbildungen "Was geschieht im Gehirn?" und "Heißes Gedächtnis" entnommen aus: Luise Reddemann und Cornelia Dehner-Rau: Trauma. Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. Stuttgart: TRIAS 2004.



