

Zertifizierungskriterien und Empfehlungen für stationäre Traumatherapie des Schweizer Institut für Psychotraumatologie (SIPT)

Anfragen zur Zertifizierung einer Traumastation können bei der Leitung des SIPT eingereicht werden.

PD Dr. phil. Rosmarie Barwinski
Neuwiesenstrasse 95, 8400 Winterthur
rb@sipt.ch

Präambel

Das SIPT war seit seiner Gründung am Aufbau mehrerer stationärer „Zentren für Psychotraumatologie“ durch Beratung, Supervision, Forschung und Ausbildung von Mitarbeitern beteiligt. Das integrative Praxiskonzept, das der Arbeit des SIPT zugrunde liegt, kann gegenwärtig als gründlich erprobt und qualitätsgesichert gelten.

Im Folgenden werden zunächst die allgemeinen Standards der stationären Traumatherapie dargelegt. Anschließend wird eine Praxis empfohlen, die sich in der Arbeit des SIPT besonders bewährt hat. Sind diese Kriterien berücksichtigt, so weist die Einrichtung das besondere Profil auf, das bei einer Zertifizierung durch das SIPT und seine Kooperationspartner vorausgesetzt werden darf.

Traumatherapie

Allgemein besteht das Ziel der Traumatherapie darin, die Kontrollmechanismen der Patientin soweit zu stärken, dass eine „dosierte Erinnerung“ möglich wird und die traumatische Erfahrung durchgearbeitet werden kann, ohne dass eine erneute traumatische Reizüberflutung zu befürchten ist. Die „Schaukelbewegung“ zwischen Intrusion und Vermeidung kann als ein Selbstheilungsversuch des verletzten psychischen Systems verstanden werden, der möglicherweise auch ohne therapeutische Hilfe zu seinem „relativen Abschluss“ gelangen würde. Dem entspricht die Tatsache, dass nach traumatischen Ereignissen ein Großteil der betroffenen Personen die traumatische Erfahrung überwindet, ohne therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen. Man kann in diesem Sinne von einer Art „natürlichem Wundheilungsprozess“ auch bei psychischer Traumatisierung sprechen, welcher als Analogie zur spontanen Heilungstendenz körperlicher Wunden zu verstehen ist.

Die stationäre Traumatherapie orientiert sich an einem Phasenmodell der Traumatherapie mit Stabilisierungs-, Konfrontations- und Integrationsphase. Im Unterschied zur Behandlung einfach traumatisierter Menschen ist bei komplex traumatisierten Personen mit hoher Komorbidität immer wieder ein Wechsel zwischen diesen Behandlungsphasen notwendig. So sind zum Beispiel in der Phase der Konfrontation immer wieder auch stabilisierende Maßnahmen indiziert, eventuell jedoch ist aber auch Integration möglich. Ebenso sind in der Phase der Stabilisierung starke psychische Krisen möglich, die eine höher frequentierte therapeutische Versorgung notwendig machen.

Wesentlicher Aspekt der Störung ist darüber hinaus die Tatsache, dass gerade komplex traumatisierte Patienten in Beziehungen häufig enttäuscht wurden und sich dadurch oft sehr misstrauisch und vorsichtig auf eine therapeutische Arbeitsbeziehung einlassen können. Dementsprechend kann es sinnvoll werden, tragfähige therapeutische Beziehungen zu nutzen und eine Wiederholungsbehandlung in einer schon bekannten Klinik zu ermöglichen, unabhängig von der Zuständigkeit der Kostenträger (vgl. hier zu auch die Ausführungen von Frommberger & Keller, 2007).

Für die therapeutische Arbeit mit dieser Patientengruppe bedeutet dies, dass der Beziehungsgestaltung besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden muss. Fischer fordert für Traumatherapien und insbesondere für ein psychodynamisch-behaviorales Vorgehen im Allgemeinen einen Vorrang der Beziehungsgestaltung vor der Technik (2000, 2007). Vor allem bei komplexen posttraumatischen Folgestörungen haben sich traumafokussierende Techniken allein als nicht effektiv erwiesen (Ford et al., 1998; Spinazolla et al., 2005). Einiges spricht sogar dafür, dass die Anwendung von spezifischen traumabearbeitenden Techniken für diese Klientel schädlich ist. Diese Patientengruppe benötigt ein Behandlungsangebot, das sich auch an ihre spezifischen Schwierigkeiten richtet, die aus ihrer Bindungs- und Entwicklungs-pathologie resultieren.

Da Beziehungsstörung einerseits und punktuelle traumatische Erfahrung andererseits sich jedoch im Allgemeinen verquicken, ergibt sich für die Traumatherapie jene Behandlungsregel, die oben als „Vorrang der Beziehungsgestaltung vor der Technik“ benannt wurde. Unter Berücksichtigung dieser Regel kann sich ergeben, dass über längere Zeiträume hinweg die Beziehungsarbeit mit Übertragung und Gegenübertragung im Vordergrund steht und zugleich Stabilisierung erforderlich ist, bevor ein emotional resonantes „Durcharbeiten“ der traumatischen Erfahrung möglich wird.

1. Traumaspezifische Aus- und Weiterbildung

Traumatherapie muss von TherapeutInnen mit ausreichender psychotherapeutischer Erfahrung und mit zusätzlicher traumaspezifischer Aus- und Weiterbildung durchgeführt werden. Behandelnde Personen ohne traumatherapeutische Ausbildung werden den Anforderungen dieser Patientengruppe nicht gerecht und sind möglicherweise eher gefährdet, selbst sekundär traumatisiert zu werden. Dies gilt auch für die Pflege sowie für Ergo- und erlebnisorientierte TherapeutInnen. Auch diese Berufsgruppen müssen neben ihrer berufsspezifischen Ausbildung weitergebildet sein im Erkennen von psychotraumatischen Syndromen und deren Komorbiditäten sowie im Umgang mit Traumafolgeerscheinungen. Entsprechend sollte die Fortbildung für Ärzte und Psychotherapeuten sowie für die Pflege und Ergo- und erlebnisorientierte TherapeutInnen bestimmte Kriterien erfüllen, die in den Curricula zur Fortbildung zum/ zur FachpsychotherapeutIn und zum/ zur FachberaterIn für Psychotraumatologie zusammengefasst sind.

2. Indikation

Die Indikation für eine stationäre psychotraumatologische Behandlung liegt vor,

- wenn sich eine begonnene ambulante oder teilstationäre Behandlung als unzureichend herausgestellt hat, weil die Schwere und Komplexität der bestehenden Symptomatik das Behandlungsangebot eines ambulanten Settings überfordert
- wenn ambulante Psychotherapien wiederholt gescheitert sind
- wenn sich aufgrund der Schwere der traumatischen Erfahrung ambulante Psychotherapie als haltgebendes und stabilisierendes Beziehungsangebot als unzureichend erweist
- wenn sich aufgrund der Setting-Bedingungen der Zweier-Situation in der ambulanten Psychotherapie der Aufbau einer minimalen Differenz zur traumatischen Vorerfahrung als unmöglich erweist
- wenn Symptomeinschränkungen (z.B. agoraphobische Reaktionen oder Schmerzsymptomatiken) das aktive Aufsuchen ambulanten Behandlungsangebote verunmöglichen
- wenn Komorbidität, Multimorbidität und / oder somatische Erkrankungen eine fortlaufende ärztliche Kontrolle erfordern, z.B. bei Komorbidität durch Haut-, Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- wenn die Multimorbidität komplexe, mehrdimensional ambulant nicht mehr durchführbare therapeutische Behandlungsangebote verlangt

- wenn Patienten mit sprachlichen Angeboten alleine therapeutisch nicht erreichbar sind, sondern ein multimodales Therapieangebot mit verbalen, nonverbalen (z.B. Kunst- und Gestaltungstherapie) und Angebote sowohl auf Körperebene (z. B. Myoreflextherapie) als auch auf imaginativ-bildhafter Ebene (Stabilisierungs-Übungen) benötigen
- wenn aufgrund hoher Symptombelastungen (z.B. schwere Schlafstörungen durch wiederholte Alpträume, Flash-back-Zustände auch tagsüber) eine geregelte Alltagsbewältigung und berufliche Arbeitsfähigkeit nicht mehr gewährleistet ist
- wenn vielfältige soziale Probleme in den Bereichen Wohnen, Arbeit und / oder auf finanzieller Ebene vorliegen
- wenn das familiäre und / oder soziale Unterstützungssystem des Patienten völlig unzureichend ist, weil er beispielsweise in die soziale Isolation geraten ist
- wenn der notwendige Heilungsprozess aufgrund eines pathogenen häuslichen Umfeldes nicht nur nicht unterstützt, sondern behindert oder blockiert wird
- wenn wiederholte Dekompensation und überdurchschnittliche Häufungen von (Arbeits-)Unfällen, schädigende Erfahrungen und daraus resultierende Fehlzeiten mit somatischen Erkrankungen vorliegen
- wenn auf ambulanter Ebene Behandlungskomplikationen (z.B. bei sich entwickelnder Suizidalität oder bei Selbstverletzendem Verhalten) auftreten
- wenn eine akute Traumatisierungserfahrung bislang unerkannte Vortraumatisierungen reaktualisiert und zu scheinbar unangemessener Dekompensation („Bagatell-Trauma“) führt.

3. Strukturmerkmale des stationären Behandlungssettings

Um Aussagen über die Strukturqualität der stationären Behandlung machen zu können, ist es notwendig, die verschiedenen Behandlungssettings zu differenzieren. Neuere Arbeiten im deutschsprachigen Raum (z.B. Schäfer & Reddemann, 2005) gehen davon aus, dass viele schwerkranke PatientInnen mit komplexen Traumafolgestörungen in der Akutpsychiatrie behandelt werden, eine hohe Komorbidität mit weiteren schweren psychischen Störungen aufweisen und spezieller, störungsspezifischer und ätiologieorientierter Hilfe bedürfen. PTSD-Patientinnen wie auch PatientInnen mit komplexen dissoziativen Störungen sollten in psychiatrischen Kliniken geplant auf Trauma-Schwerpunkt-Stationen mit traumadaptierter Psychotherapie aufgenommen und behandelt werden.

3.1 Charakteristika eines stationären traumatherapeutischen Behandlungssettings

Die stationäre Traumatherapie orientiert sich an einem Phasenmodell der Traumatherapie mit Stabilisierungs-, Konfrontations- und Integrationsphase, das allerdings nicht rigide durchgehalten kann, sondern prozesshaft individualisiert werden muss. Vor allem bei komplex traumatisierten Menschen mit hoher Komorbidität wird immer wieder ein Wechsel zwischen den einzelnen Behandlungsphasen notwendig.

3.2 Allgemeine Atmosphäre

Möglichst reizarm bzw. reizgeschützt wegen des durch das Trauma ausgelösten Hyperarousals; dies betrifft vor allem Schutz vor plötzlichen lauten Geräuschen. Ebenso sollte eine angenehme stressarme, ausgleichende Atmosphäre vorhanden sein. Aus diesem Grund ist ein geschultes, supervidiertes Personal notwendig, welches auch auf die eigene Psychohygiene achtet.

Die PatientInnen auf einer Traumastation werden explizit zu einem respektvollem Umgang untereinander angehalten. Es gilt ein klar ausgesprochenes Verbot, untereinander traumatische Erfahrungen auszutauschen. Zuwiderhandlungen haben klare Konsequenzen. Dies ist unbedingt notwendig, damit traumatisierte Menschen, falls sie sich nicht selbst abgrenzen können, durch klare Konsequenzen bei Grenzverletzungen vielleicht erstmalig in ihrem Leben Schutz erfahren.

Alternativ kann auch das folgende Arrangement verwendet werden. Den Patienten/innen wird empfohlen, aufzustehen und den Raum zu verlassen, wenn ein Mitpatient von seinen traumatischen Erfahrungen berichtet. In den Gruppensitzungen achtet der Therapeut darauf, dass das Berichtverbot eingehalten wird.

3.3 Räumlichkeiten

Ausreichende Möglichkeiten der Unterbringung in Einzelzimmern, genügend Aufenthaltsräume sowie wenn möglich, ein geschlechtsspezifischer Rückzugsraum für Frauen mit sexuellen Traumata. Die Räumlichkeiten sollten dem vermehrten Bedürfnis nach Sicherheit, Schutz und Ruhe entsprechen. Zur Vorbeugung von Burn-Out beim Personal sind für die Pausen entspannungsfördernde Rückzugsmöglichkeiten notwendig.

3.4 Personalschlüssel

Bei einer Zielgröße von 9 PatientInnen werden 2 psychotherapeutische Ganztagskräfte (wenn möglich, ein ärztlicher bzw. eine ärztliche und ein psychologischer bzw. eine psychologische PsychotherapeutIn) und 4,5 Ganztagspflegekräfte Vollzeit benötigt. Hinzu kommen Physiotherapeuten und Sozialberatung. Die Mitarbeit von Praktikanten ist erwünscht.

3.5. Qualifikation des Personals

PsychotherapeutInnen und Pflegepersonal sollten die Weiterbildungskriterien des SIPT zur Fachtherapeutin Psychotraumatologie/Traumatherapie erfüllen bzw. zur/zum FachberaterIn für Psychotraumatologie. Die FachtherapeutInnen für Kunst- und Ausdruckstherapie, Musiktherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie, Genussgruppe, etc. sollten ebenfalls eine Fortbildung absolviert haben, die ihrer Basistätigkeit angemessen ist. Verfügt ein Mitarbeiter bzw. eine Mitarbeiterin nicht über die notwendigen Qualifikationen, so können die geforderten Fortbildungskriterien innerhalb von 30 Monaten nachgeholt werden.

4. Therapieangebot

Auf der Grundlage einer bio-psycho-sozialen klinischen und strukturellen Diagnostik für komplexe Traumafolgestörungen einschließlich der Komorbiditäten sollte ein ätiologieorientiertes, störungsspezifisches, integratives und schulenübergreifendes Behandlungsangebot zur Verfügung stehen. Dazu gehören traumaadaptierte Psychotherapie (Einzel und Gruppe), kognitive und körperbezogene Stabilisierungsgruppe, Psychopharmakotherapie, Psychoedukation, ein traumaspezifisches Milieu, Bezugspersonenarbeit sowie adjuvante Therapieansätze wie Mal- und Gestaltungstherapie, Musiktherapie, Ergotherapie, Bewegungstherapie und Physiotherapie sowie Therapieangebote in Werkstätten.

4.1 Traumadiagnostik und Therapieplanung

Das SIPT vertritt einige „Minimal Standards“ der Traumadiagnostik, die über die klassifikatorischen Manuale ICD, DSM und OPD hinausgehen (die natürlich ebenfalls durchgeführt werden sollte).

Es sollte der Verlaufsprozess der psychischen Traumatisierung mit den Phasen der traumatischen Situation, der traumatischen Reaktion und seiner Wendung entweder in den Erholungsprozess oder in die Chronifizierung im „traumatischen Prozess“ markiert und inhaltlich beschrieben sein. Es sollte dargestellt werden, wie die einzelnen Phasen lebensgeschichtlich auseinander hervorgehen.

Über die diagnostische Einordnung der vorherrschenden Symptomatik hinaus sollte eine ätiologieorientierte Diagnostik betrieben werden, die den psychobiologischen und Sozialisationshintergrund der Patienten berücksichtigt.

In der Therapieplanung sollte dieser ätiologische Hintergrund der Störung explizit berücksichtigt werden.

Nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen wird jeweils ein individueller Therapieplan erarbeitet, wobei sich die stationäre Traumatherapie grundsätzlich in die unten beschriebenen vier Phasen gliedert.

4.2 Stationärer Behandlungsablauf

Eintrittsgestaltung unter Berücksichtigung der traumaspezifischen Prinzipien

- Sicherheit
- Transparenz
- Kontrolle
- Stärkung der Bewältigungskompetenz / des Selbstwertgefühls

Phase der Psychoedukation

- Ausführliche Psychoedukation durch Therapeut und Bezugsperson
- Verteilen der Psychoedukationsblätter für die Patientinnen

Phase der Stabilisierung (alternierend, über den gesamten stationären Aufenthalt)

- Reorientierungsübungen über die fünf Sinne
- Vermitteln von Achtsamkeit, Beobachter selbst
- Übungen zur Stärkung des Selbstwertgefühls
- Vermitteln von mehr Selbstfürsorge
- Emotionsregulationstechniken erlernen, Selbstregulation fördern
- Entwicklung stabiler innerer Repräsentanzen
- Förderung der Fähigkeit zur Mentalisierung
- u.a.
- Ressourcen auffinden
- Ressourcen aktivieren
- Ressourcen verankern

Phase der Traumaexposition (nicht obligatorisch, nur bei Indikationsstellung):

Anwendung von traumasynthetischen Verfahren, z.B. EMDR, Screen-Technik u.a.

Phase der Integration und Neuorientierung

- Klären von Wohnsituation, Wiedereinstieg in das Berufsleben, Rentenantrag, enge Zusammenarbeit mit der Sozialarbeiterin
- Integration der traumatischen Erfahrungen in die eigene Lebensgeschichte
- Entwerfen von neuen privaten und beruflichen Visionen
- Notfallkoffer füllen mit skills für Krisen
- Poststationäre ambulante Nachbetreuung regeln
- Stationäre Nachsorgeangebote klar und genau absprechen und eventuell begrenzen Die Zusammenhänge von Bindungstraumatisierungen und traumatischen Erlebnissen in der Kindheit und Adoleszenz (Vernachlässigung, Beschämung, Missbrauch, physische und sexuelle Gewalterfahrungen, verbale, emotionale Gewalt) mit regulatorischen Defiziten und dysfunktionalen interpersonellen Regulationsstrategien unter besonderer Beachtung der neueren neurobiologischen Befunde sind höchst evident.
- Auf dieser Grundlage wird während der gesamten Behandlung vor allem die Beziehungsdynamik sowie die Psychodynamik berücksichtigt und versucht, die PatientInnen unter Beachtung der Gegenübertragung in der Aneignung von funktionaleren und weniger selbst- und fremddestruktiven psychobiologischen Abstimmungsprozessen zu unterstützen.