



Fachkliniken Nordfriesland
gGmbH

verstehen und handeln

Therapeutisches Konzept

für die Behandlung von Menschen mit
Traumafolgestörungen
und Komorbidität
im **Traumakompetenzzentrum Nord**



Impressum

Das Konzept entstand in Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Abteilung.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde mehrheitlich nur die männliche Form genannt. Es sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint.

Verantwortlich für den Inhalt:

Dr. med. Christoph Mai, Chefarzt und Geschäftsführer

Ralf Tönnies, Leitender Therapeut

Dr. Güde Nickelsen, Oberärztin

Dr. rer. nat. Anke Bauer, Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Stand:

Bredstedt, 30.11.2011



Wir sind zertifiziert nach: DIN ISO 9001:2008

British Standards Institution Management Systems (BSI): Zert.Nr. FS 528 721 1771 D

Firma:	Fachkliniken Nordfriesland gGmbH
Rechtsform:	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
Sitz der Gesellschaft:	Bredstedt
Handelsregister:	Registergericht Flensburg HRB 837 (HU)
Steuernummer:	1529277642
Geschäftsführung:	Dr. med. Christoph Mai Ingo Tüchsen
Gesellschafter:	Ev. - Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg, Verein Fachkrankenhaus Nordfriesland e.V. Nordelbisches Missionszentrum Hamburg Ev.-Luth. Kirchenkreise Nordfriesland Verein Brücke e.V.

Vorsitzender der Gesellschafterversammlung: Karl-Heinz Vorwig
Stellvertretende Vorsitzende: Klaus Leuchter, Propst Jürgen F. Bollmann

Inhalt

	Seite
Impressum	2
1. Einleitung	4
1.1 Wir stellen uns vor	4
1.2 Bio-psycho-soziales Störungsmodell	5
2. Theoretischer und wissenschaftlicher Hintergrund der Trauma- und Traumafolgestörungen	5
2.1 Exkurs: EMDR als Verfahren zur Dekonditionierung neurobiologischer Veränderungen	8
2.2 Komorbidität	10
3. Grundlagen der Traumabehandlung	10
4. Phasen der Traumabehandlung	11
5. Ziele der Traumabehandlung	12
6. Allgemeine Informationen zur Traumabehandlung	12
7. Qualifikation der Mitarbeiter in der Traumabehandlung	14
8. Vernetzt behandeln - Therapieerfolg sichern	14
9. Überblick über unser Leistungsspektrum und die interne Vernetzung	16
10. Qualitätssicherungsmaßnahmen und Dokumentation	17
11. Referenzen und weiterführende Literatur	18
Kontakt und Lageplan	19

Behandlung von Traumafolgestörungen und Komorbidität

Konzept

1. Einleitung

1.1 Wir stellen uns vor

Die Fachkliniken Nordfriesland gGmbH ist eine konfessionelle Einrichtung für die Behandlung von Menschen mit Krankheiten, Störungen und Behinderungen aus den Bereichen der

- Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie
- Abhängigkeitserkrankungen
- Psychosomatik

Unser Angebot umfasst:

- die stationäre Therapie in unseren Kliniken
- die stationäre Rehabilitation in unseren Kliniken
- die teilstationäre Therapie in unseren Tageskliniken
- die Suchtberatung und Prävention
- die ambulante Therapie und Rehabilitation
- Maßnahmen für eine geeignete Nachsorge und Wiedereingliederung
- Wohnheime und Übergangseinrichtung

Wir sind als mittelständisches Unternehmen mit über 400 Mitarbeitern tätig als Dienstleister im Gesundheitswesen in Schleswig-Holstein mit vielfältigem und innovativem Angebot an mehreren Standorten. Unsere Vernetzung erlaubt ein umfassendes Angebot auf allen Stufen einer Behandlungskette.

Unsere Partner sind die niedergelassenen Ärzte, Krankenhäuser, Beratungsstellen, soziale und kirchliche Einrichtungen, Nachsorgeeinrichtungen, betriebliche Sozial- und Gesundheitsberatung sowie Vereine und Verbände der Region.

Wir sind in kirchlicher Trägerschaft. Unsere Gesellschafter sind die Evangelisch-Lutherische Diakonissenanstalt zu Flensburg, der Verein Fachkrankenhaus Nordfriesland e.V., das Nordelbische Missionszentrum Hamburg, der Evangelisch-Lutherische Kirchenkreis Nordfriesland und der Verein Brücke e.V.

1.2 Bio-psycho-soziales Störungsmodell

Dem therapeutischen Konzept der Fachkliniken Nordfriesland liegt ein bio-psycho-soziales Modell von Erkrankungen zugrunde. Aus diesem Grund ist das Angebot multimodal und umfasst psychodynamisch und verhaltensorientierte Verfahren sowie psychoedukative, sozialtherapeutische, allgemeinmedizinische, internistische und neuropsychiatrische Maßnahmen neben weiteren spezifischen Angeboten.

Aufgrund häufiger überlappender Komorbidität bei den hier beschriebenen Störungen bietet die enge Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen mit den fachübergreifenden Nutzungsmöglichkeiten einzelner Behandlungsmodule sowie fachübergreifendes Wissen einen deutlichen Vorteil für eine erfolgreiche Therapie.

2. Theoretischer und wissenschaftlicher Hintergrund der Trauma- und Traumafolgestörungen

Traumatische Ereignisse sowie auch andere belastende Erlebnisse, die traumatisch verarbeitet werden, können wesentliche emotionale, kognitive und funktionale Einschränkungen zur Folge haben. Hierzu gehören z.B. sexualisierte und andere Gewalterlebnisse, Kriegserlebnisse, Verkehrsunfälle, aber auch Mobbing-Erfahrungen, emotionale Vernachlässigung sowie retraumatisierende Erlebnisse im Kontext der Komorbidität (z.B. Sucht, Beschaffungskriminalität, durch Gewalt belastete Partnerschaften).

Häufig führen solche Erfahrungen zu Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) oder anderen psychischen Erkrankungen und sind oft mit einer hohen Rate an Folgeerkrankungen verbunden (AWMF 2011a).

Die Häufigkeit von Traumafolgestörungen ist abhängig von der Art des Traumas;

- Ca. 50% Prävalenz nach Vergewaltigung
- Ca. 25% Prävalenz nach anderen Gewaltverbrechen
- Ca. 50% bei Kriegs-, Vertreibungs- und Foltereopfern
- Ca. 10% bei Verkehrsunfallopfern
- Ca. 10% bei schweren Organerkrankungen (Herzinfarkt, Malignome)

Die Lebenszeitprävalenz für PTBS in der Allgemeinbevölkerung mit länderspezifischen Besonderheiten liegt zwischen 1% und 7% (Deutschland 1,5 – 2 %). Die Prävalenz subsyndromaler Störungsbilder ist wesentlich höher. Es besteht eine hohe Chronifizierungsneigung (AWMF 2011a). Bei gleicher Art der Belastung sind Frauen doppelt so häufig von der PTSD betroffen als Männer.

Eine Komorbidität mit einer weiteren psychiatrischen Störung, vor allem mit depressiven Störungen, weisen 90% aller Patienten mit Traumafolgestörungen auf. Häufig kommen auch Angststörungen, Somatisierungsstörungen, somatoforme Schmerzstörung und Borderlinestörungen vor. Bei Traumafolgestörungen liegt eine besonders hohe Suchtgefährdung vor (besonders Benzodiazepine). Die Entwicklung komorbider Störungen ist oft eine Folge einer nicht diagnostizierten und somit auch nicht behandelten PTSD (AWMF 2011a, Hofmann 2006, Schäfer und Krausz 2006).

Das syndromale Störungsbild ist geprägt durch:

- sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma (Intrusionen) oder Erinnerungslücken (Bilder, Alpträume, Flash-backs, partielle Amnesie),
- Übererregungssymptome (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen)
- Vermeidungsverhalten (Vermeidung trauma-assoziiertes Stimuli) und
- emotionale Taubheit (allgemeiner Rückzug, Interesseverlust, innere Teilnahmslosigkeit)
- im Kindesalter teilweise veränderte Symptomausprägungen (z.B. wiederholtes Durchspielen des traumatischen Erlebens, Verhaltensauffälligkeiten, z. T. aggressive Verhaltensmuster)

Die Symptomatik kann unmittelbar oder auch mit (z. T. mehrjähriger) Verzögerung nach dem traumatischen Geschehen auftreten (late-onset) (AWMF 2011a, Hofmann 2006, Schäfer und Krausz 2006).

In unserer Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie werden Menschen mit Traumafolgestörungen seit vielen Jahren behandelt.

Ziele unserer Behandlung sind insbesondere das Wiedergewinnen von Lebensfreude, die Erhöhung der Lebensqualität, die Erhöhung der Bindungsfähigkeit und des Selbstwertes, die Stabilisierung im Lebensalltag, der verbesserte Umgang mit Angst, die Verringerung von Angst und die Verringerung der durch die belastenden Erfahrungen bedingten Symptome.

Interkulturelle Aspekte können spezifisch berücksichtigt werden.

Im folgenden werden die therapeutischen Möglichkeiten der Behandlung von Traumafolgestörungen evidenzbasiert nach den Leitlinien des AWMF (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Fachgesellschaften) (www.leitlinien.net) kurz beschrieben. Die folgende Aufzählung gibt eine Übersicht über die Kriterien des AWMF zur evidenzbasierten Medizin:

Tabelle 1: Einordnung von therapeutischen Maßnahmen in der evidenzbasierten Medizin

"Evidenz"grad	Kriterien
I: Wirksam	"Evidenz" aufgrund von mindestens einer randomisierten, kontrollierten Studie;
II: Wirksam	"Evidenz" aufgrund von mindestens einer gut angelegten, kontrollierten Studie ohne Randomisierung, eines systematischen Reviews oder einer gut angelegten, quasi-experimentellen Studie, retrospektiven Kohortenstudie, explorativen Kohortenstudie;
III. Wahrscheinlich wirksam	"Evidenz" aufgrund gut angelegter, nicht experimenteller, deskriptiver Studien (z.B. Beobachtungsstudien (vorher-nachher), Vergleichsstudien, Korrelationsstudien, Fall-Kontrollstudien);
IV: Möglicherweise wirksam	"Evidenz" aufgrund von Fall-Serien, Berichten von Expertengruppen, Konsensuskonferenzen;
V: Möglicherweise wirksam	Expertenmeinungen und -aussagen bzw. klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten

Tabelle 2: Therapie der PTSD nach EBM (evidenzbasierte Medizin)

Therapie:	Evidenzklasse (nach AWMF 2011 a und b)
Traumaadaptierte psychodynamische Therapie (PT)	I
Traumaadaptierte kognitive Verhaltenstherapie (CBT)	I
Spezielle neurobiologische Verfahren: EMDR	I
Traumaspesifische Stabilisierung	III
Ressourcenorientierte Verfahren (Distanzierungstechniken, imaginative Verfahren)	III
Pharmakotherapie	Antidepressiva (SSRI): I (Vorsicht bei Suizidgefährdung) Adjuvant /symptomorientiert: I
Nicht verwenden:	Nicht-traumaadaptierte Verfahren: III Alleinige Pharmakotherapie: II Unvorbereitete Traumakonfrontation: II
Adjuvante Verfahren wie Ergotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, Körper- und Bewegungstherapie, Physiotherapie können in einem traumaspezifischen Gesamtbehandlungsplan berücksichtigt werden	III-IV

2.1 Exkurs: EMDR als Verfahren zur Dekonditionierung neurobiologischer Veränderungen

Im Jahr 1989 erschien die erste Veröffentlichung von Francine Shapiro, in der sie über ihre Methode der Augenbewegungs-Desensibilisierung zur Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS / PTSD) berichtete. Etwa 1991 nannte sie dieses Verfahren Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), was auf deutsch etwa mit Desensibilisierung und Neuorientierung durch Augenbewegungen übersetzt werden könnte. Inzwischen hat diese Methode der Traumabehandlung breite Anerkennung gefunden und kann als die am besten untersuchte Therapie der PTBS / PTSD gelten (Hase und Hofmann 2006, Hofmann 2006). So stellte etwa der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie 2006 fest, dass „die EMDR-Methode bei Erwachsenen als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung als wissenschaftlich anerkannt gelten kann“.

Die psychosomatischen Abteilung der Fachkliniken Nordfriesland arbeitet seit vielen Jahren erfolgreich mit EMDR bei der Behandlung von Traumafolgestörungen wie z.B. Posttraumatischen Belastungsstörungen und Angststörungen. Neben der Behandlung von Traumafolgestörungen mit EMDR wird an den Fachkliniken Nordfriesland auch ein suchtspezifisches Protokoll angewendet, das Auslösereize für Suchtverlangen abmildert.

Die Theorie der EMDR stützt sich auf aetiologische Modelle der Entstehung posttraumatischer Symptome, die eine gestörte Informationsverarbeitung infolge traumatischer Ereignisse annehmen. Demnach gibt es ein adaptives System der Verarbeitung von Informationen im Gehirn, das z.B. bei der Verarbeitung von Stresserlebnissen oder schmerzhaften Verlust-erlebnissen eintritt und verhindert, dass eine traumatische Stressreaktion eintritt. Dieses System kann aber unter gewissen Umständen überschwemmt werden, etwa bei schweren traumatischen Erlebnissen (z.B. Folter, Unfälle oder Missbrauchserfahrungen). Hier wird die Information nicht verarbeitet, sondern im Nervensystem unverarbeitet festgehalten, d.h. in seiner ursprünglichen Gestalt, in Bildern, Gedanken, Geräuschen, also als körpernahe Empfindung. Dies implizite Gedächtnis kann als emotionales Gedächtnis bezeichnet werden, das in den entwicklungs geschichtlich alten Strukturen des Gehirns (Amygdala, Hippokampus) angesiedelt ist und nicht zeitlich geordnet. Es funktioniert weitgehend unabhängig vom expliziten, rationalen oder narrativen Gedächtnis, das im Großhirn (Neokortex) angesiedelt ist. Dies gespeicherte, unverarbeitete Informationspaket führt quasi ein "Eigenleben" und kann von den kleinsten Erinnerungen an das ursprüngliche Trauma reaktiviert werden (Triggerreize).

EMDR wirkt vor diesem Hintergrund vor allem dadurch, dass es zunächst die traumatischen Erinnerungen mit all ihren verschiedenen Komponenten – visuell, emotional, kognitiv, phy-

sisch – aufruft und das adaptive System der Informationsverarbeitung anregt, das bisher keinen Zugriff auf die Informationen hatte (Servan-Schreiber 2004). Das Grundprinzip der Methode besteht darin, dass sich eine Person auf eine traumatische Erfahrung und die damit verbundenen Gedanken und Gefühle konzentriert, während gleichzeitig rhythmische Augenbewegungen induziert werden. Es wird also die Aufmerksamkeit des Patienten zugleich auf einen äußeren Reiz (Augenbewegungen) und auf eine identifizierte Quelle emotionaler Störungen (über Bilder und Körperempfindungen) gelenkt (Hofmann 2006). So ermöglichen die Augenbewegungen – ähnlich wie in den Träumen – einen raschen Zugang zu allen Assoziationsketten, die mit den in der Behandlung angesprochenen traumatischen Erinnerungen verbunden sind. In einem so unterstützten Prozess der Informationsverarbeitung kann eine beschleunigte Reprozessierung der maladaptiven, fragmentierten Traumaerinnerungen stattfinden. Die Erinnerung verliert ihren intrusiven und emotionsgeladenen Charakter und kann zu einer "normalen" Erinnerung an ein schlimmes Ereignis werden. Damit ist häufig eine Reduktion der Symptomatik verbunden (Hase und Hofmann, 2006, Hofmann 2006).

EMDR ist ein strukturiertes Verfahren, das in einem acht Phasen umfassenden Behandlungsablauf durchgeführt wird: Anamnese und Behandlungsplanung, Vorbereitung des Patienten, Bewertung des Traumas, Durcharbeitung, Verankerung und Einsetzen eines positiven Gedankens, Körper-Test, Abschluss, Nachbefragung.

Tabelle 3: Evidenz für die Wirksamkeit der Therapie von Traumafolgestörungen mit EMDR

Studie	Evidenzklasse*
Erste umfassende Metaanalyse von 61 Studien: EMDR ist gleich wirksam wie VT, bei kürzerer Therapiedauer (Etten und Taylor 1998)	I
Weitere Metaanalyse von Wagner (2004) mit ähnlichen Ergebnissen: EMDR ist gleich wirksam wie VT, bei ca. 40% kürzerer Therapiedauer	I
Foa et al (2009): Praxisleitlinie der International Society for Traumatic Stress Studies: EMDR ist effektiv und bei der Therapie Erwachsener einzuordnen die Kategorie "A" (beste Kategorie), bei der Therapie von Kindern einzuordnen in die Kategorie "B"	I
Department of Veterans Affairs et al. (2004): Leitlinie PTSD: EMDR ist effektiv und einzuordnen die Kategorie "A" (beste Kategorie)	I
Bisson und Andrew (2007): Systematischer Review der therapeutischen Möglichkeiten bei PTSD mit der besten Wirksamkeit für EMDR	I
Cvetek R (2008): Kontrollierte klinische Studie: Wirksamkeit der EMDR bei Traumafolgestörungen, die keine PTSD-Kriterien erfüllen: Signifikante Reduktion in Symptom- und Traumafolge-Skalen	II
Evidenzbewertung insgesamt:	I

*evidenzbasiert nach den Leitlinien des AWMF (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Fachgesellschaften) (www.leitlinien.net)

VT= Verhaltenstherapie

2.2 Komorbidität

Die Folgen der Traumatisierung können vielfältig sein (AWMF 2011a). Deshalb sind die im Rahmen von Traumafolgestörungen häufig auftretenden zusätzlichen Störungen in das Konzept integriert:

- Depressive Störungen
- Angststörungen
- Abhängigkeitserkrankungen
- Essstörungen
- Somatoforme Störungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Dissoziative Störungen
- Umweltmedizinische Erkrankungen (Multiple Chemical Sensitivity, Chronic Fatigue, Elektromagnetische Sensitivität)

3. Grundlagen der Traumatherapie:

Die Grundlagen der Traumatherapie im Traumakompetenzzentrum Nord umfassen:

a) Diagnostik und Behandlungsplanung

b) Psychoedukation: Traumafolgestörungen, komorbide Störungen

c) Alltagsstabilisierung:

- Gesonderter Frauen-Wohnbereich
- Tagesstrukturierung
- Regulation des Tag-Nacht-Rhythmus
- Affektregulation
- Ressourcenaktivierung
- Skills - (Fertigkeiten-)Training (DBT)
- Achtsamkeitstraining
- Entspannungsverfahren
- Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge

d) Psychiatrische und medizinische Behandlung:

- Diagnostik, Komorbidität psychiatrisch und somatisch
- Störungsspezifisch ggf. medikamentöse Behandlung
- Ggf. konsiliarische Mitbehandlung somatischer Erkrankungen durch Fachärzte im Ort

e) Gruppentherapie:

- Störungsübergreifende und indikative Gruppen im Rahmen des Modulverfahrens der Abteilung
- Frauenspezifische Psychotherapiegruppe
- Körperwahrnehmung
- Bewegungstherapie
- Imaginationsgruppe
- Ergotherapie
 - Achtsamkeit
 - Ressourcenaktivierung und -stärkung

f) Einzeltherapie:

- (Distanzierungs-)Techniken zur Kontrolle intrusiver Erinnerungen und dissoziativer Zustände
- EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing): EMDR ist international als eine der effektivsten Methoden zur Behandlung von Traumafolgestörungen anerkannt. Sie enthält Elemente vieler wirksamer Psychotherapieformen, z.B. psychodynamisch/ tiefenpsychologische, kognitiv-verhaltenstherapeutische und körpertherapeutische Ansätze.

Eine Hauptursache für die noch in der Gegenwart bestehende subjektive Belastung durch traumatische Erinnerungen und die vielfältigen Störungen, die dadurch ausgelöst werden können, ist nach derzeitigem Wissen eine Art von blockierter (Fehl-)Speicherung der entsprechenden Erinnerungen im Gehirn. Durch die geleiteten Augenbewegungen oder die sonstige bilaterale Stimulation (z.B. Berührungen der Hän-

de („Taps“)), die während des Einsatzes der EMDR-Methode erfolgt, werden Blockaden im Gehirn aufgelöst und die fehlgespeicherten Informationen integriert.

- Imaginative Verfahren: Gezielte Aktivierung und Nutzung des heilsamen Potenzials positiver innerer Bilder („gezieltes Träumen“) als Gegengewicht gegen die häufig quälenden Erinnerungsbilder aus der traumatischen Situation. Aktivierung und Vertiefung spezifischer Ressourcen.
- Kognitive Verfahren: Die Kognitive Verhaltenstherapie der PTBS hat das Ziel, traumabedingte dysfunktionale Überzeugungen (v. a. Schuld- und Schamgedanken) zu verändern und durch zunehmende Gewöhnung (Habituation) an die angstausslösenden Erinnerungen die Angst zu reduzieren. Nach sorgfältiger Vorbereitung finden eine in-sensu Konfrontation mit den Traumaerinnerungen und die Veränderung der traumarelevanten Bedrohungsgedanken statt, um das Empfinden der eigenen Handlungsfähigkeit zu stärken und entsprechendes Vermeidungsverhalten zu überwinden.

4. Phasen der Traumabehandlung

Die Phasen der Traumabehandlung sind:

- Stabilisierung, Ressourcenaktivierung
- Traumabearbeitungsphase
- Reintegration in den Alltag

Nicht in jedem Fall werden alle Phasen der Traumabehandlung durchlaufen, und nicht in jedem Fall werden alle Phasen während einer Behandlung durchlaufen.

Die Phasen verlaufen in der Regel nicht idealtypisch in der angegebenen Reihenfolge, üblich sind oszillierende Verläufe mit immer wieder notwendiger Stabilisierung und ggf. auch nach längerer Zeit noch einmal notwendigem Einsatz von spezifischen Traumabehandlungsverfahren. Die Behandlungsplanung erfolgt daher immer individuell und möglichst flexibel an die Erfordernisse der Patientin angepasst.

Angehörige werden in die Behandlung miteinbezogen, soweit dies indiziert ist.

Eine Intervalltherapie ist möglich und häufig sinnvoll.

Stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote sind eng verzahnt und ergänzen sich.

5. Ziele der Traumabehandlung

Die Ziele der Behandlung von Traumafolgestörungen sind:

- Die Folgen der Traumatisierung verstehen
- Stabilisierung im Lebensalltag
- Verringerung der belastenden Symptome
- Wiedergewinnen von Lebensfreude.

6. Allgemeine Informationen zur Traumabehandlung

Die **Aufnahme** zur Krankenhausbehandlung erfolgt über die Einweisung niedergelassener Ärzte. Für die rehabilitative Behandlung ist die Kostenzusage eines Sozialleistungsträgers, wie z. B. Rentenversicherung, Krankenkasse oder Sozialamt notwendig.

Die **Behandlungsdauer** richtet sich nach der individuellen Notwendigkeit und beträgt in der Regel 3 bis 8 Wochen.

Angehörige werden auf Wunsch der Patienten durch Partner- und Familiengespräche mit einbezogen.

Besuchszeiten sind täglich von 9.00 bis 22.00 Uhr und nach persönlicher Absprache.

Besonderheit "Duftstoffe": In der Klinik werden Patienten mit ausgeprägten Duftstoff-Intoleranzen behandelt. Dieses betrifft auch häufig Patienten mit Traumafolgestörungen. Alle Patienten und Besucher werden daher gebeten, jede Art von Duftstoffen zu vermeiden (z.B. aus Parfüm, Rasierwasser, Deo, Haarspray etc.)*.

Besonderheit "Innenraumklima": In den Räumlichkeiten der Fachkliniken Nordfriesland in Riddorf wurde besonders auf emissionsarme Baumaterialien und Einrichtungsgegenstände geachtet. Elektrosmog wird nach Möglichkeit verringert. Außerdem sind Desinfektionsmittel, Spülmittel, Waschmittel und Seifen frei von Duftstoffen und Aldehyden*.

*Wir bemühen uns um eine Minimierung des Eintrages von VOC/Duftstoffen. VOC bzw. Duftstoff-Freiheit können wir nicht garantieren. Ein Rechtsanspruch besteht nicht.

7. Qualifikation der Mitarbeiter des Traumakompetenzzentrums Nord

Ärztliche Leitung

Dr. med. Güde Nickelsen, Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, EMDR-Therapeutin

Therapeutische Leitung

Ralf Tönnies, EMDR-Therapeut, Psychotraumatologe, Supervisor
Traumaschwerpunkt: Junge Erwachsene und Familien, Komorbidität Sucht, Binge Eating Disorder, Adipositas, interkulturelle Aspekte

BezugstherapeutInnen:

Dorothee Haude, Diplompsychologin

Traumafokus: Kognitive Traumatherapie, Transaktionsanalytikerin CTA

Carmen Stollberg, Psychologische Psychotherapeutin

Traumafokus: Frauenspezifische Psychotherapie-Gruppe,

Komorbidität Bulimie, Anorexie

Peter Berner, Psychologischer Psychotherapeut

Traumafokus: Imaginative Verfahren, Psychokinesiologie, Achtsamkeit

Bewegungstherapeut:

Jens Gatzmaga, Sporttherapeut für Psychiatrie, Psychosomatik, Sucht und Orthopädie

Traumafokus: Körperwahrnehmung, Stabilisierung

Das Team wird ergänzt durch erfahrene Pflegekräfte, Ergo- und Bewegungstherapeuten.

8. Vernetzt behandeln - Therapieerfolg sichern!

Bei allen Erkrankungen aus den Fachbereichen der FKLNF handelt es sich um komplexe Störungsbilder. Mehrfacherkrankungen und Überschneidungen mit anderen Störungen (Komorbidität) sind eher die Regel als die Ausnahme.

Weiterhin ist die Gefahr von Rückfällen im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Störungen allgegenwärtig. Aus diesen Gründen kann nur ein multimodales und vernetztes Therapiekonzept unter Einbezug von Nachsorgeangeboten langfristig erfolgreich sein. Dieses muss alle individuellen Aspekte der Erkrankung einbeziehen.

Die Behandlung an den FKLNF bietet dabei den Vorteil einer guten Vernetzung des erforderlichen therapeutischen Angebotes. So sind -falls individuell erforderlich- die Therapie psychiatrisch-psychosomatischer Komorbidität, Verlegungen in andere Abteilungen sowie die unkomplizierte Vermittlung in Nachsorge- oder Übergangsangeboten möglich.

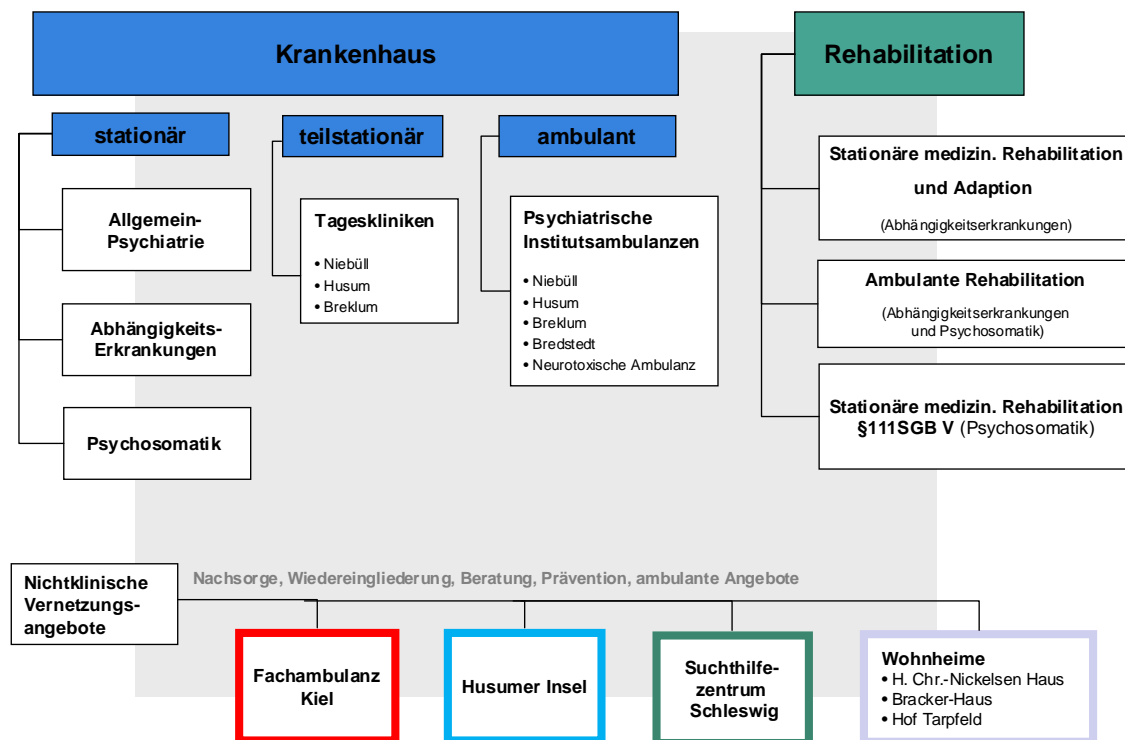
Neben der vielfältigen psychiatrischen Versorgung im Kreis Nordfriesland betreuen wir Betroffene in Schleswig-Holstein mit unseren Einrichtungen an den Standorten Tarpfeld, Schleswig und Kiel.

Unsere Partner bei der nachhaltigen Betreuung abhängigkeitskranker und psychisch kranker Menschen sind auch

- die niedergelassenen Ärzte und die wohnortnahen Krankenhäuser
- die regional aktiven Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen
- die Einrichtungen der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung
- die regionalen sozialen und kirchlichen Einrichtungen
- die betriebliche Sozial- und Gesundheitsberatung sowie Vereine und Verbände.



Fachkliniken Nordfriesland gGmbH – Übersicht



9. Überblick über unser Leistungsspektrum und die interne Vernetzung

Klinische Abteilungen:

- Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie (Krankenhaus, Tageskliniken)
- Abhängigkeitserkrankungen (Krankenhaus, Rehabilitation und Adaption)
- Psychosomatik (Krankenhaus und Rehabilitation)

Ambulanzen:

- Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA's)
- Neurotoxische Ambulanz
- Fachambulanz Kiel (FAK) (Ambulanz für Abhängige von illegalen Drogen: s.re.)

Nachsorge, Wiedereingliederung, Beratung und Prävention:

(Arbeitsbereiche SGB VI und SGB XII)

- **Husumer Insel**
 - Psychosoziale Hilfen
 - Tagesstätte und Treffpunktcafé
 - Betreutes Wohnen
 - Arbeitsprojekt und Werkstatt für psychisch behinderte Menschen
- **Wohnheime**
- **Suchthilfezentrum Schleswig**
 - Beratung für Suchtgefährdete und Suchtkranke
 - Psychosoziale Begleitung
 - Ambulante Rehabilitation
 - Ambulante Nachsorge
 - Ambulante Betreuung im eigenen Wohnraum
 - Integrierte Angebotswerkstatt
 - Suchtprävention
 - Besondere Projekte
- **Fachambulanz Kiel**
 - allgemeine Drogenberatung
 - spezielle Cannabisberatung
 - Medizinische Betreuung
 - Psychiatrische Betreuung
 - Behandlung mit legalen Ersatzstoffen
 - psychosoziale Begleitung
 - psychologischer Dienst
 - Schuldnerberatung (extern)
 - teilstationäre Wohngemeinschaften und ambulant betreutes Wohnen
 - Gruppe für Angehörige
 - Hilfen für Kinder Drogenabhängiger (HiKiDra)

10. Qualitätssicherungsmaßnahmen und Dokumentation

Wir sind zertifiziert nach dem Qualitätssicherungsprogramm nach DIN ISO 9001-2008, der British Standards Institution Management Systems (BSI): Zert.Nr. FS 528 721 1771 D.

Für jeden Patienten wird eine Dokumentation angelegt, aus der alle relevanten Diagnosen, Befunde sowie die durchgeführten/geplanten Therapieformen entnommen werden können.

Die Dokumentation umfasst:

- sämtliche erhobene anamnestische Daten, klinische Befunde und deren Interpretation
- die Behandlungsziele und einen individuellen Therapieplan betreffend Art, Häufigkeit und Intensität der Behandlungselemente sowie die Teilnahmedokumentation
- die Bewertung des Therapieerfolges durch Zwischenuntersuchungen in bestimmten Zeitabständen
- die Abschlussuntersuchung/-befundung
- die Angaben zu den Visiten und Teambesprechungen/Fallkonferenzen
- den Entlassungsbericht.

Die Arbeit aller therapeutischen Mitarbeiter wird in regelmäßigen Abständen intern und extern supervidiert. Die internen Supervisionen führen der Chefarzt, leitende Oberärzte, Oberärzte und leitende Therapeuten durch. Es finden in diesem Rahmen Fallbesprechungen, Chefarzt- und Oberarztvisiten, Patientenkonferenzen *und kollegiale Supervisionen im Rahmen von Teamsitzungen statt. Die externe Supervision wird von qualifizierten Supervisoren durchgeführt.*

Zusätzlich werden an den Fachkliniken Nordfriesland Erhebungen zur Patientenzufriedenheit gemacht und quartalsweise ausgewertet und diskutiert. Die Klinik verfügt über ein internes Beschwerdemanagement, das von Patienten wie von Mitarbeitern genutzt werden kann.

Die Fachkliniken Nordfriesland haben es sich zur Aufgabe gesetzt, dem Bereich Schulung und Fortbildung ihrer Mitarbeiter breiten Raum und Aufmerksamkeit zu widmen. Fortbildungen sind intern und extern möglich. Klinikintern finden regelmäßig Einzelvorträge zu bestimmten Themen im Rahmen ärztlicher und therapeutischer Fortbildung statt. Abteilungsintern werden zwei Mal im Jahr *Fachseminare* durchgeführt. Extern findet die Fortbildung im Rahmen von Tagesseminaren, Wochen- und Wochenendseminaren und längerfristigen Schulungen und Fortbildungen statt.

11. Referenzen und weiterführende Literatur

1. AWMF (2011a): Posttraumatische Belastungsstörung. Kurzfassung. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 051/010. Aktualisiert 2011.
2. AWMF (2011b): Posttraumatische Belastungsstörung. Kurzfassung. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 051/010. Aktualisiert 2011.
3. BISSON J, ANDREW M (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD).Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD003388. DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub3.
4. CVETEK R (2008). EMDR treatment of distressful experiences that fail to meet the criteria for PTSD. Journal of EMDR Practice and Research, 2,2-14.
5. DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS & DEPARTMENT OF DEFENSE (2004). VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress.Washington, DC: Veterans Health Administration, Department of Veterans Affairs and Health Affairs, Department of Defense.Office of Quality and Performance publication 10Q-CPG/PTSD-04.
6. ESCHENRÖDER CH (Hrsg.): EMDR. Eine neue Methode zur Verarbeitung traumatischer Erinnerungen. Dgvt Verlag, Tübingen (1997)
7. FOA EB, KEANE TM, FRIEDMAN MJ, COHEN JA (2009). Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines of the International Society for Traumatic Stress StudiesNew York: Guilford Press.
8. HOFMANN A. EMDR - Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. 3. Auflage. Thieme Stuttgart 2006.
9. SCHÄFER I, KRAUSZ M (2006): Trauma und Sucht: Konzepte-Diagnostik-Behandlung. Leben-Lernen Klett Cotta Verlag Stuttgart.
10. SERVAN-SCHREIBER D: Die neue Medizin der Emotionen. Stress, Angst, Depression: Gesund werden ohne Medikamente. Verlag Antje Kunstmann, München (2004)
11. SHAPIRO F: EMDR. Grundlagen und Praxis. Junfermann, Paderborn (1998)
12. SHAPIRO F, VOGELMANN-SINE S, SINE LF: Die Behandlung von Trauma und Suchtproblemen mit EMDR. In: Eschenröder (Hrsg.): EMDR: Eine neue Methode zur Verarbeitung traumatischer Erinnerungen. dgvt-Verlag, Tübingen (1997)
13. VOGELMANN-SINE S, SINE LF, SMYTH NJ, POPKY AJ: EMDR. Behandlungsmanual für stoffgebundene Süchte. Deutsche Übersetzung: Institut für Traumatherapie, Berlin (1998)

Kontakt und Lageplan

Fachkliniken Nordfriesland

Abteilung für Psychosomatik und
Psychotherapeutische Medizin

Traumakompetenzzentrum Nord

Erstkontakt und Information:

Renate Manske
Tel.: 04671 408 -3800 und 3801
Fax: 04671 408 3809
Email: rena te.manske@fklnf.de

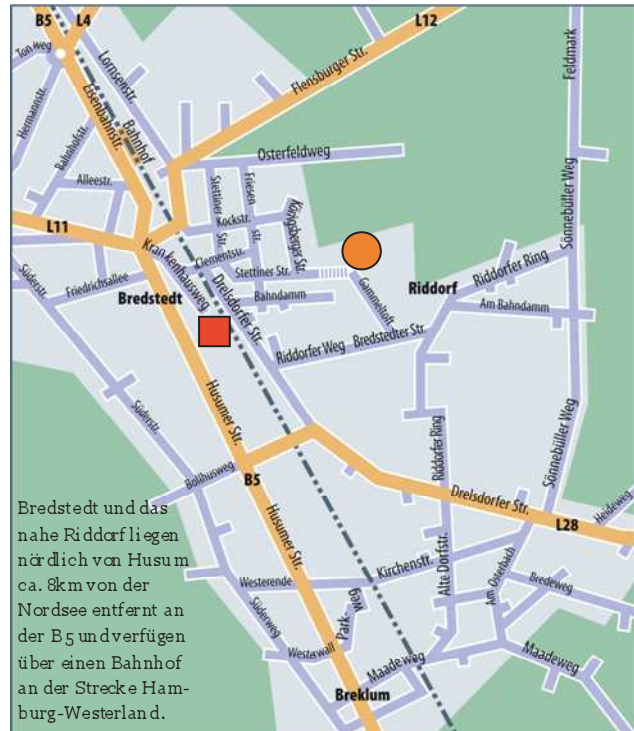
Chefarzt:
Dr.med. Christoph Mai
christoph.mai@fklnf.de

Ltd. Therapeut:
Ralf Tönnies
ralf.toennies@fklnf.de

www.fklnf.de




Anfahrt:



Fachkliniken Nordfriesland gGmbH
Abteilung für Psychosomatik:

Trauma - Kompetenzzentrum Nord

Gammeltoft 10-12 25821 Riddorf
Telefon 04671 408 -3800 / -3801

 Fachkliniken Nordfriesland gGmbH
Hauptaus und Verwaltung
Krankenhausweg 3 25821 Bredstedt
Telefon 04671 408 0



Fachkliniken Nordfriesland gGmbH

verstehen und handeln

Unsere Fachgebiete:

- Allgemeine Psychiatrie
- Abhängigkeitserkrankungen
- Psychosomatik und Psychotherapie
- Psychosomatik und Umweltmedizin

Unsere Einrichtungen:

Abteilung für Allgemeine Psychiatrie
Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen
Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapeutische
Medizin sowie der Schwerpunkt Umweltmedizin

Wohnheim Bracker-Haus
Wohnheim für Abhängigkeitskranke
REHA f. Abhängigkeitserkrankungen
REHA f. path. Glücksspiel und Computersucht
Adaption in Husum

Husumer Insel
Suchtthilfezentrum Schleswig
Psychosoziale Beratungsstelle für Spieler in Schleswig
Fachambulanz Kiel
Übergangseinrichtung Hof Tarpfeld

Tageskliniken in Breklum, Husum und Niebüll
Psychiatrische Institutsambulanzen
in Breklum, Bredstedt, Husum und Niebüll
Ambulanz f. Umweltmedizin
Ambulanz f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie

Unsere Standorte



Unsere Angebote:

- Krankenhaus
- Tageskliniken
- Ambulanzen
- Rehabilitation und Adaption
- Nachsorgeeinrichtungen
- Wiedereingliederung
- Wohnheime
- Übergangseinrichtung
- Prävention und Beratung
- Gruppen und Seminare

Fachkliniken Nordfriesland gGmbH

Krankenhausweg 3
25821 Bredstedt
Telefon: 04671 408 - 0
Telefax: 04671 408 -1019

Weitere Informationen:

www.fklInf.de

Email: info@fklInf.de