

Viele sein im Waldschlösschen – Eine Patientenmeinung



Wir orientierten uns hierbei an einem phasenorientierten Behandlungsmodell (siehe z.B. van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2006) mit folgenden Phasen:

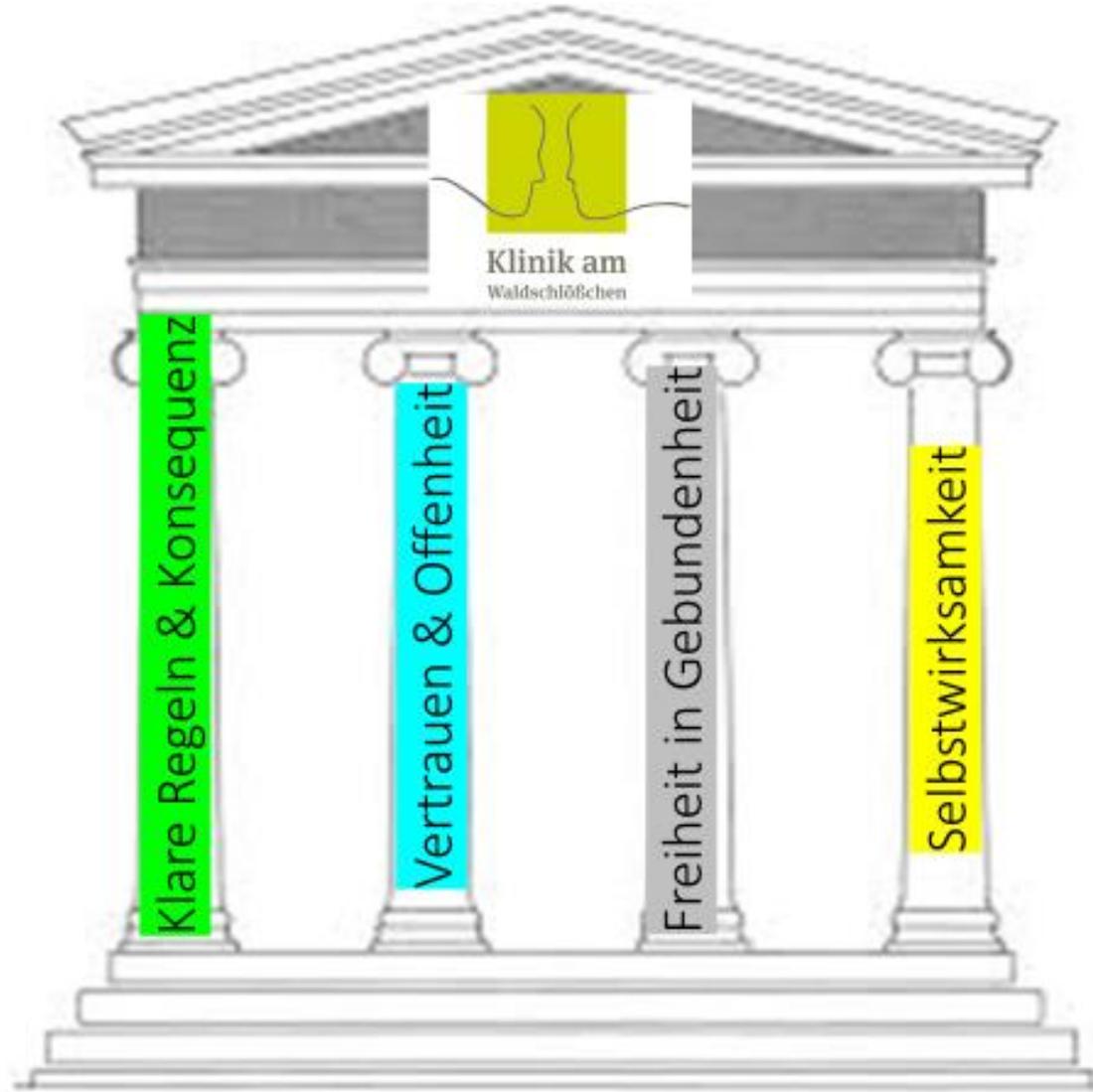
- Phase 1: Stabilisierung und Symptommanagement
- Phase 2: Modifikation der traumatischen Erinnerungen
- Phase 3: Rehabilitation und Integration

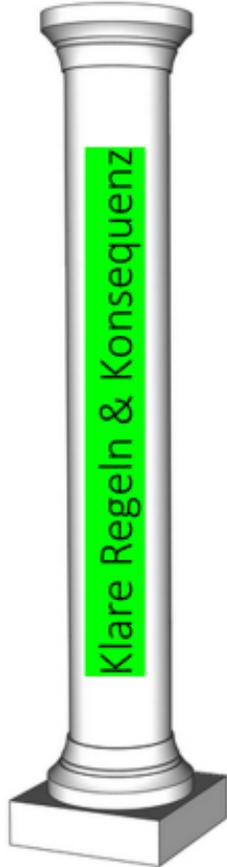
Die beschriebenen Störungen sind Folgen schwerer Traumatisierungen in Kindheit und Jugend. Durch körperliche, seelische und sexuelle Gewalterfahrungen entstanden eine chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung sowie eine dissoziative Störung. Der Schweregrad der Störung legt nahe, dass die Traumatisierungen bereits zu einem entwicklungspsychologisch frühen Zeitpunkt begannen und über einen längeren Zeitraum anhielten. Dies hat den Aufbau einer stabilen Persönlichkeitsstruktur verunmöglicht und zu einer Abspaltung und Fragmentierung von Handlungs- und Erlebenszuständen geführt wie dies bei struktureller Dissoziation der Fall ist.

Die Aufrechterhaltung der Störung erklärt sich aus der Dynamik der Störung bzw. den Eigenschaften des Traumagedächtnis selbst: In Traumazeit verhaftete Selbstanteile („emotionale Persönlichkeitsanteile“ nach Nijenhuis) äußern sich mit positiver dissoziativer Symptomatik (z.B. Intrusionen, Übererregung). Anteile, die für das Funktionieren im Alltag zuständig sind, äußern sich überwiegend mit Negativsymptomatik (Körper nicht spüren, Analgesien, Amnesien, Emotionsvermeidung, emotionale Taubheit, somatoforme Dissoziation, Vermeidungsverhalten). Die Spaltung bzw. Fragmentierung des Selbst bleibt aufrechterhalten, da die Anteile sich gegenseitig meiden (es besteht sozusagen eine Phobie füreinander). Alltagsfunktionsanteile sind bemüht traumaverhaftete Persönlichkeitsanteile fernzuhalten, da diese auch Träger der traumatischen Erinnerungen und der damit verbundenen Gefühle sind. Emotionale Persönlichkeitsanteile meiden ihrerseits Alltagsfunktionsanteile, da diese nicht über die notwendigen Fürsorgefähigkeiten verfügen und somit als unempathisch und uninteressiert bis hin zu leugnend erfahren werden.

Auf diese Weise können die traumatischen Erinnerungen nicht geteilt werden. Eine Integration der traumatischen Erlebnisse in den Kontext des autobiographisch-semantischen Gedächtnisses wird auf diese Weise verunmöglicht, so dass die posttraumatische Belastungsstörung und die dissoziative Störung aufrechterhalten bleiben.

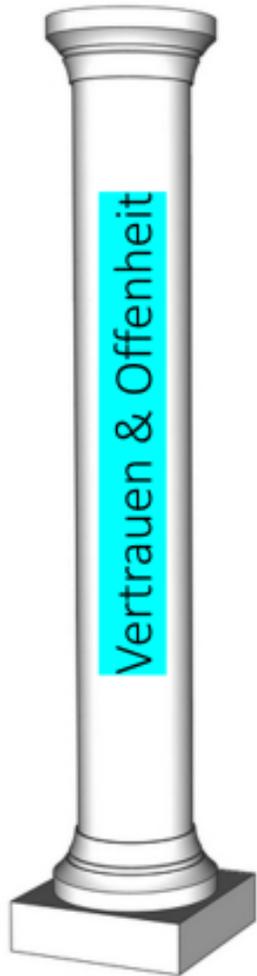
Erschwerend hinzukommt, dass durch o.g. Fehlregulationsmuster der Zugriff auf Ressourcen erschwert ist und auch bestehende Ressourcen, vor allem auch interpersonelle, kaum genutzt werden können. Ein Verlust von Verstärkern durch Rückzugsverhalten verhindert zusätzlich positive Beziehungserfahrungen. Da sich die Pat. auch fast permanent in einem Übererregungszustand befindet, ist auch das Erregungstoleranzfenster überschritten, so dass kein Neulernen stattfinden kann.





Diese Säule

- ermöglicht innersystemische Kommunikation und damit Schutz vor aggressiven, selbstschädigenden Innenanteile
- führt zur Umwandlung destruktiver Verhaltensweisen in positiv wirksame Verhaltensweisen
- fordert intensive Auseinandersetzung mit sich selbst
- ermöglicht ein Miteinander innerhalb der Gruppe und mit allen Mitmenschen innerhalb der gesamten Klinik
- bildet einen haltgebenden Rahmen innerhalb turbulenter Therapie
- verhindert Dominoeffekte innerhalb der Patientenschaft
- gibt einem das Gefühl von Klarheit und Sicherheit
- ermöglicht eine effiziente, sichere Zusammenarbeit innerhalb der Gruppen



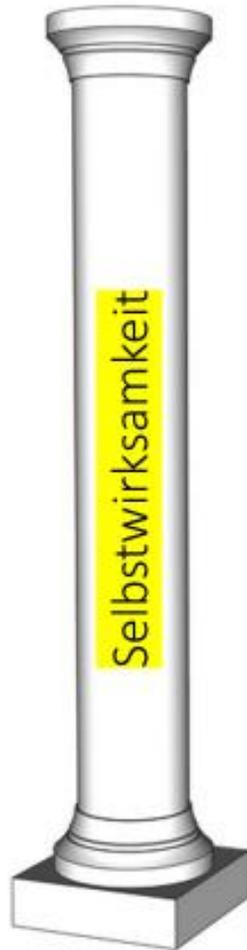
Diese Säule

- ist die Grundbasis der Zusammenarbeit zwischen Patient und Klinikteam
- wird gestützt von der Zusammenarbeit im Team → Visite, Besprechungen im Team
- ist manchmal sehr schmerzhaft und sehr schwer zu halten
- bewirkt ein Voranschreiten in ein gutes Leben
- unterstützt das Vertrauen von anderen in mich in ein Wachstum an Selbstvertrauen umzuwandeln
- fördert die Eigenverantwortung und den gesunden Umgang mit Hilflosigkeit, da darauf vertraut wird, dass ich mir selbst Unterstützung hole, wenn sie benötigt wird.



Diese Säule

- basiert auf dem Prinzip der Eigenverantwortung → ein “sich fallen lassen“ wird verhindert und oft ist genau das so anstrengend
- fördert die aktive Auseinandersetzung mit seinem Verhalten und den Handlungsoptionen → Verhaltensanalysen
- gibt einem manchmal das Gefühl allein zu sein und der Wunsch nach Rettung bleibt unerfüllt
- ist es der Schlüssel auf dem Weg zum selbstbestimmten, unabhängigen Leben
- lässt einem Stärke spüren und gibt Spielraum sein Leben für sich zu gestalten
- bietet einen Schutzraum im I Zimmer, indem es darum geht sich selbst zu stabilisieren und punktuell dabei Unterstützung und Anleitung zu erhalten
- wird gestützt von hochfrequenten Kontakten zu den Therapeuten und Pflegekontakten bei Bedarf
- kann dem individuellen Stand des Patienten angepasst werden



Diese Säule

- wird kontinuierlich vom Team gefordert und gefördert
- kann innerhalb des therapeutischen Prozesses mehr und mehr aufgebaut werden
- macht Lust auf ein „Leben nach der Klinik“



Jede Woche im Angebot.



Themenzentrierte Gruppe

- ermöglicht intensiven, passenden Austausch über schwere Themen, die zusammen getragen werden können
- lässt ein Gefühl des Verstandenwerdens und des nicht Alleinseins und „Komischseins“ entstehen
- gibt Anregungen, Tipps und Tricks von Vielen für Viele begleitet von professionellen Therapeuten
- ermöglicht ein Beleuchten von Themen aus unterschiedlichsten Perspektiven

Fertigkeitstraining

- ermöglicht praktische Erfahrungen zu sammeln durch Rollenspiele, Abgrenzungsübungen ...





Boxen: Ich spüre meine Kraft und erlebe mich wehrhaft



Kunsttherapie:

In Kontakt sein mit Innen und ausdrücken mit Farbe, Finger, Pinsel,



Ergotherapie:

Bspw. Innere Helfer herstellen



Dramatherapie/ Körpertherapie:

Innen auf die Bühne bringen

Körper spüren und seine Sprache verstehen

