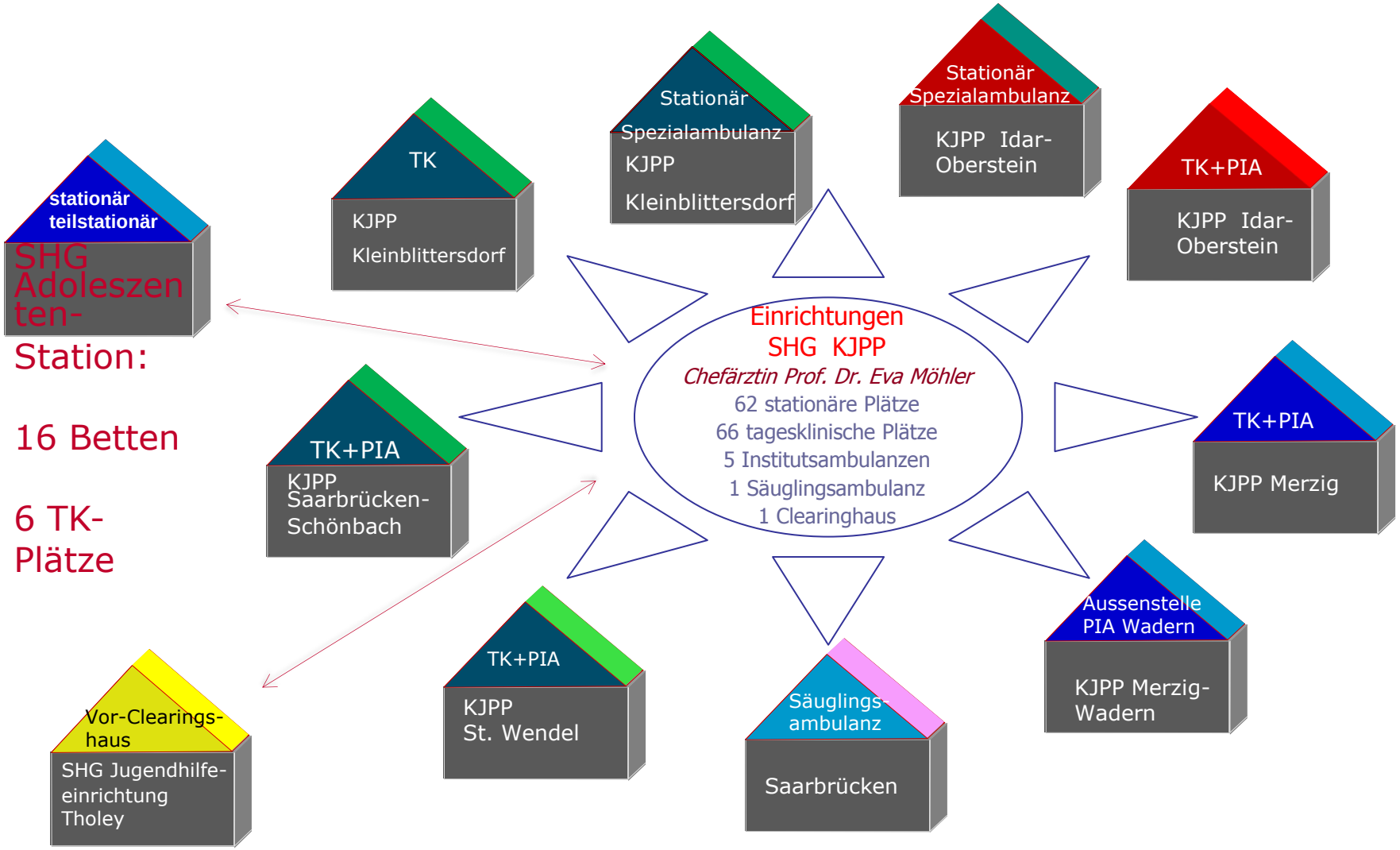
SHG: Kliniken Sonnenberg
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik

Vom Heidelberger Frühbehandlungszentrum (*1995) ins Saarland (*2010) – Adoleszentenstationen der Universität Heidelberg und der SHG

Prof. Dr. med. Eva Möhler

Chefärztin
der SHG Kliniken für
Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik
Idar-Oberstein, Kleinblittersdorf, Saarbrücken


stationär
teilstationär
SHG Adoleszenten-Station:
16 Betten
6 TK-Plätze
TK
KJPP
Kleinblittersdorf
Stationär
Spezialambulanz
KJPP
Kleinblittersdorf
Stationär
Spezialambulanz
KJPP Idar-Oberstein
TK+PIA
KJPP Idar-Oberstein
Einrichtungen
SHG KJPP
Chefärztin Prof. Dr. Eva Möhler
62 stationäre Plätze
66 tagesklinische Plätze
5 Institutsambulanzen
1 Säuglingsambulanz
1 Clearinghaus
TK+PIA
KJPP Saarbrücken-Schönbach
TK+PIA
KJPP Merzig
Vor-Clearings-haus
SHG Jugendhilfe-einrichtung Tholey
TK+PIA
KJPP St. Wendel
Säuglings-ambulanz
Saarbrücken
Aussenstelle PIA Wadern
KJPP Merzig-Wadern

Besonderheiten Adoleszentenstation

- Interdisziplinäres Team
- Ein kinderpsychiatrischer und ein erwachsenenpsychiatrischer Oberarzt
- Altersspektrum 16-24 Jahre (Saarland)
- Heidelberg auch gelegentlich < 16

Wege in die Adoleszentenstation

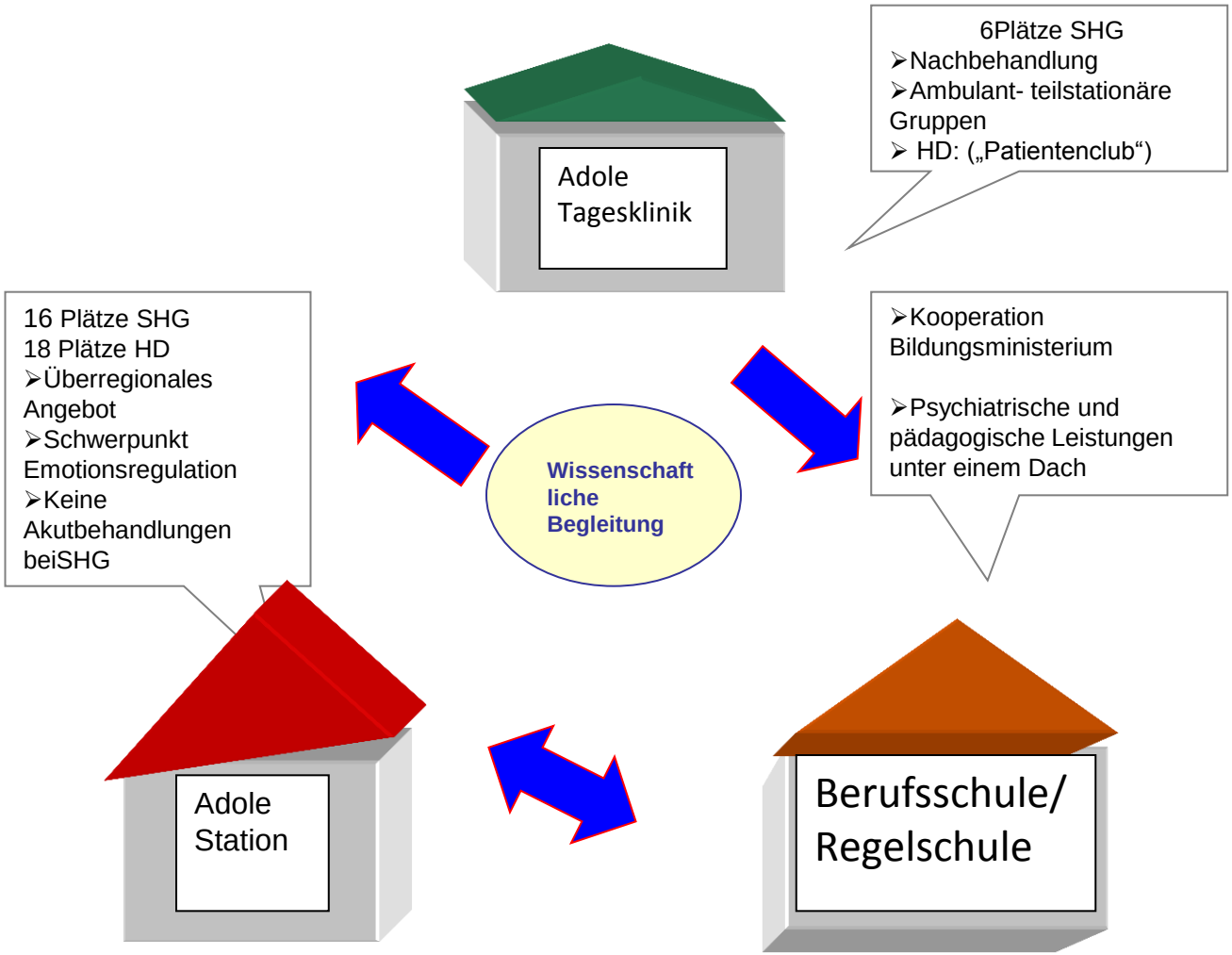
- Vorstellung in der Institutsambulanz
- Vorstellung in der Spezialambulanz
- im Mittelpunkt steht die **Freiwilligkeit:**
- Belegung der Therapieplätze nach Warteliste, in Heidelberg auch akut
- Krankheitsbilder: **BorderlinePS, NSSV,** Essstörungen, Depressive Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, **Posttraumatische Belastungsstörung,** schizophrene und schizoaffektive Störungen

Wege in die Adoleszentenstationen

wer wendet sich an uns:

- Ärzte (Psychiater, Kinderpsychiater)
- Psychotherapeuten
- psychosoziale Einrichtungen
- Eltern
- Kinder u. Jugendliche
- Jugendamt
- Jugendhilfeeinrichtungen
- Familiengericht
- Schulen
- Beratungsstellen
- Kliniken

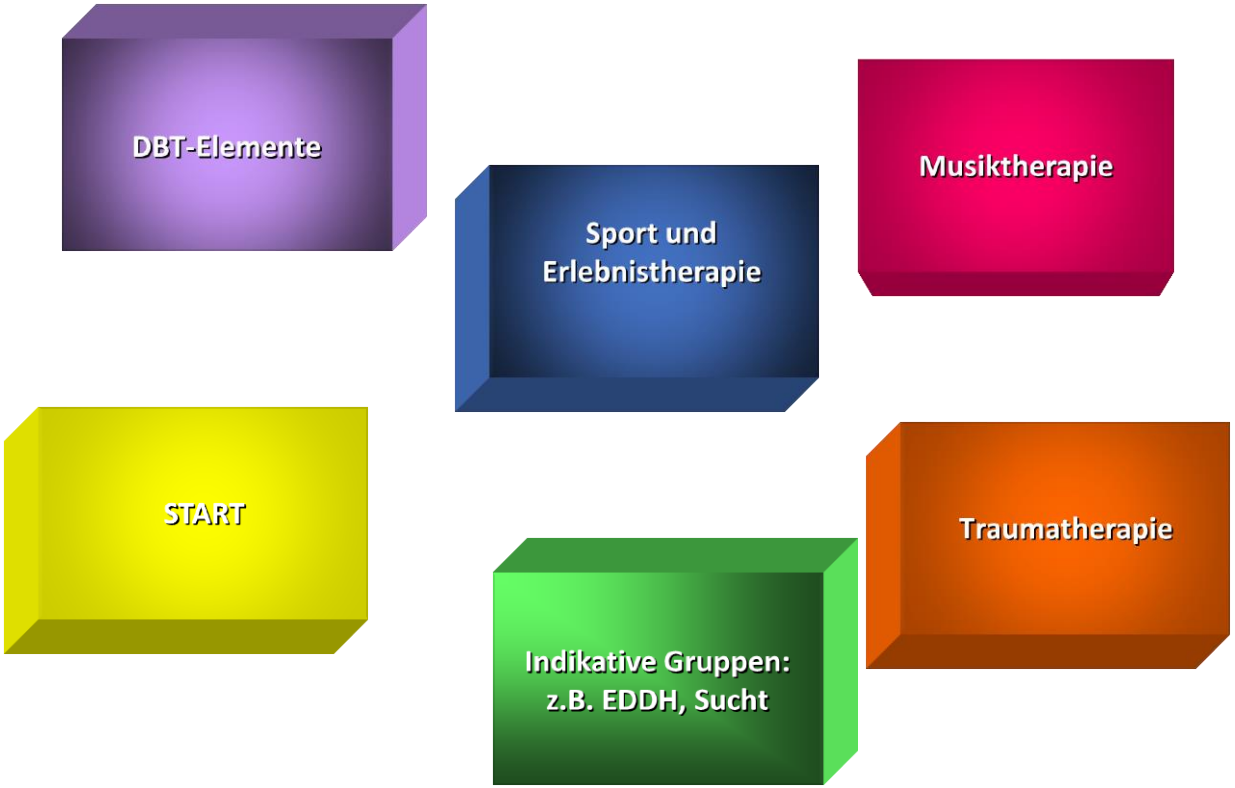
Struktur Adoleszentenstationen



Grundsätze der Behandlung in der Adoleszentenstation

- Behandlungsdauer :
- ca. 6 Wochen vollstationär,
- danach 3-8 Wochen teilstationär
- Belegung der Therapieplätze nach Warteliste in Heidelberg auch akut

Adoleszente: ‚Wahlpflicht'-Therapiebausteine im Überblick



Elemente des indikativen Therapieplans

Therapiebausteine im Einzelnen

1. Traumafokussierte Verhaltenstherapie

2. START-Stress-Traumasymtoms-Arousal-Regulation-Treatment

3. Dialektisch Behaviorale Therapie für Jugendliche

4. Erlebnistherapie

5. Videointeraktionsbehandlung

1. Traumafokussierte - kognitive Verhaltenstherapie (Tf-KVT)

traumatische Lebensereignisse

Zwischenmenschliche Gewalt

Überfall
Vergewaltigung

Sexuelle Ausbeutung
Chronische familiäre Gewalt
Krieg, Folter

Typ I

Typ II

Unfall, Erdbeben,
Brand

Dürre, Hungersnot
AKW-Unfall

Naturkatastrophen Akzidentelle
Traumata

(LANDOLT, 2004)

Screening auf PTBS

Child and Adolescent Trauma Screen (CATS) - 7-17 Jahre

Name_____ Datum_____

Viele Menschen erleben belastende oder erschreckende Ereignisse. Hier ist eine Liste belastender und erschreckender Ereignisse, wie sie manchmal passieren. Kreuze JA an, wenn es dir passiert ist. Kreuze NEIN an, wenn es dir nicht passiert ist.

1.	Ernste Naturkatastrophe, wie z.B. Überschwemmung, Wirbelsturm, Orkan, Erdbeben oder Feuer	☐ Ja	☐ Nein
2.	Ernster Unfall oder Verletzung, wie z.B. Autounfall, Sportverletzung, Fahrradunfall oder Hundebiss	☐ Ja	☐ Nein
3.	Beraubt mit Bedrohung, Gewalt oder Waffen	☐ Ja	☐ Nein

Kreuze bei den folgenden Aussagen 0, 1, 2 oder 3 an um zu beantworten, wie häufig die folgenden Dinge Dich in den letzten 2 Wochen belastet haben:

0 = nie / 1 = selten / 2 = oft / 3 = fast immer

1.	Beunruhigende Gedanken oder Bilder von dem Ereignis kommen in meinen Kopf.	0	1	2	3
2.	Schlechte Träume erinnern mich daran was passiert ist	0	1	2	3
3.	Ich habe das Gefühl, als würde es wieder passieren.	0	1	2	3

PTBS-Diagnostik

z.B. mit Child and Adolescent Trauma Screening Fragebogen (CATS)

- Erreicht der Jugendliche im *CATS* einen Score über 19 ist, weiterführende Diagnostik erforderlich:

z.B. durch ‘Interview für Belastungsstörungen im Kindes- und Jugendalter’ (IBS-KJ)

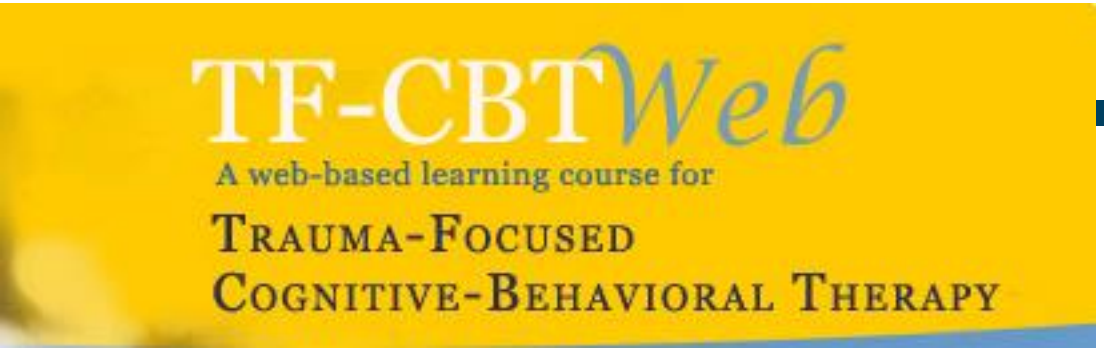
- Gibt klare Aussage, ob und wodurch PTBS vorliegt

Wer führt TreatChildTrauma durch?

Das Projekt **TreatChildTrauma** wird deutschlandweit an 8 Standorten durchgeführt und ist vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. In Saarbrücken wird die Studie von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Kleinblittersdorf der SHG Kliniken unter der Leitung von Frau Prof Dr. Eva Möhler durchgeführt. Alle behandelnden Therapeuten sind speziell in der Durchführung und Anwendung dieses therapeutischen Ansatzes geschult.

Projektleitung

Prof. Dr. Eva Möhler
SHG Kliniken Sonnenberg
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und
-psychotherapie Kleinblittersdorf
Sonnenbergstraße 10
66119 Saarbrücken
Tel.: 06805 /928223
E - Mail: e.moehler@sb.shg-kliniken.de



Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Kleinblittersdorf

Waldstr. 40

66271 Kleinblittersdorf

www.shg-kliniken.de

http://tfcbt.musc.edu

TreatChildTrauma

Therapie für traumabelastete Jugendliche

GEFÖRDERT VOM

Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

IN ZUSAMMENARBEIT MIT

Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

Was ist ein traumatisches Ereignis?

- Ein Ereignis, bei dem Leben in Gefahr ist
- Ein Ereignis, bei dem die seelische Gesundheit bedroht ist
- Ein Ereignis, das extreme Angst, Entsetzen und Hilflosigkeit hervorruft
- Ereignisse wie Unfälle, körperliche Gewalt, sexueller Missbrauch, Naturkatastrophen, Kriege

Ein Ereignis kann auch dann traumatisch sein, wenn man es nicht selbst erlebt, sondern es beobachtet hat oder davon erfährt!

Was ist TreatChildTrauma (TCT)?

TCT bietet eine spezielle Psychotherapie für Kinder, die nach einem traumatischen Ereignis sehr belastet sind

TCT hilft, belastende Erinnerungen an das traumatische Ereignis und damit verbundene Gefühle zu verarbeiten

TCT hilft bei Problemen, die nach dem Erleben eines traumatischen Ereignisses auftreten können, wie Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten und Reizbarkeit,

TCT wird von geschulten Therapeuten durchgeführt

TCT ist vollkommen kostenlos

TCT ist eine wissenschaftliche Studie

TCT unterliegt strengen Datenschutzbestimmungen und sichert den Teilnehmern einen uneingeschränkt verantwortungsvollen Umgang mit deren Daten zu.

Wer kann an TreatChildTrauma (TCT) teilnehmen?

Teilnehmen können Kinder und ihre Bezugspersonen, wenn…

…das Kind zwischen 4 und 14 Jahre alt ist

… das Kind nach dem Alter von 3 Jahren ein traumatisches Ereignis erlebt hat und das mind. 3 Monate her ist

…das Kind nach diesem traumatischen Ereignis belastet ist

Wo kann man sich anmelden?

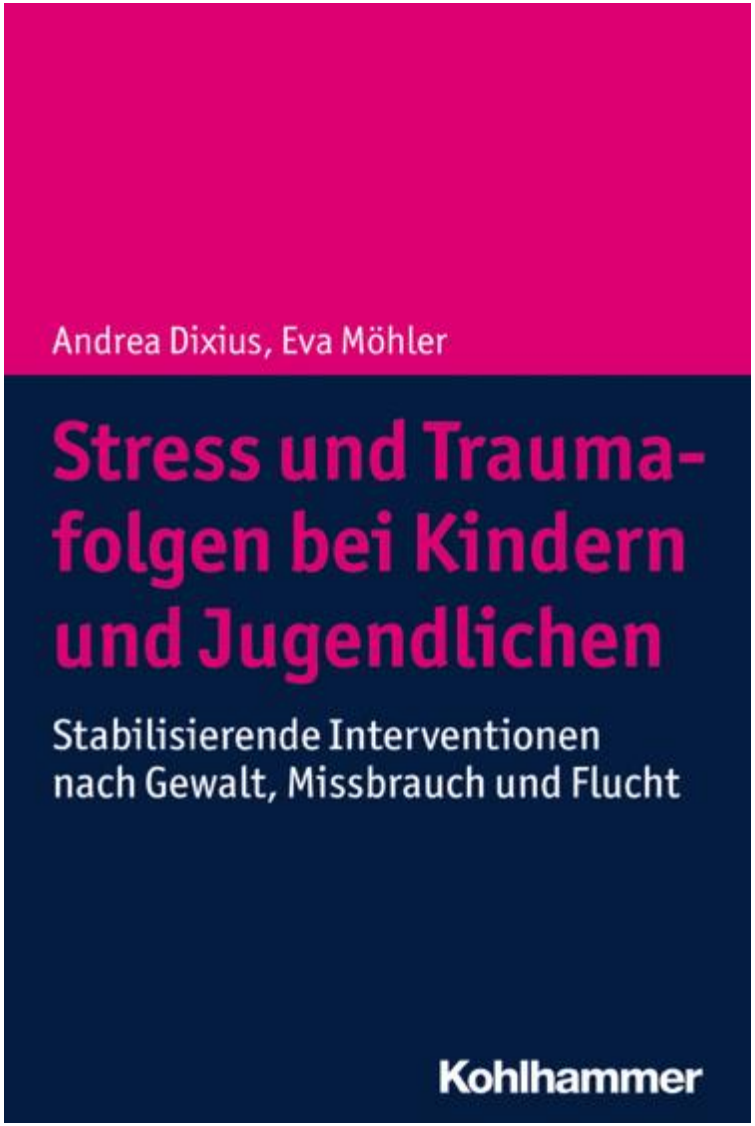
Für ein erstes Gespräch und weitere Informationen wenden Sie sich bitte an

Prof. Eva Möhler

TF-KVT Komponenten

Komponenten:

1. Psychoedukation & Elternfertigkeiten
2. Entspannung
3. Ausdruck und Modulation von Affekten
4. Kognitive Verarbeitung und Bewältigung
5. Trauma Narrativ
6. Kognitive Verarbeitung und Bewältigung II
7. In vivo Bewältigung von traumatischen Erinnerungen
8. Gemeinsame Eltern-Kind Sitzungen
9. Förderung künftiger Sicherheit und Entwicklung


Andrea Dixius, Eva Möhler
Stress und Trauma-
folgen bei Kindern
und Jugendlichen
Stabilisierende Interventionen
nach Gewalt, Missbrauch und Flucht
Kohlhammer

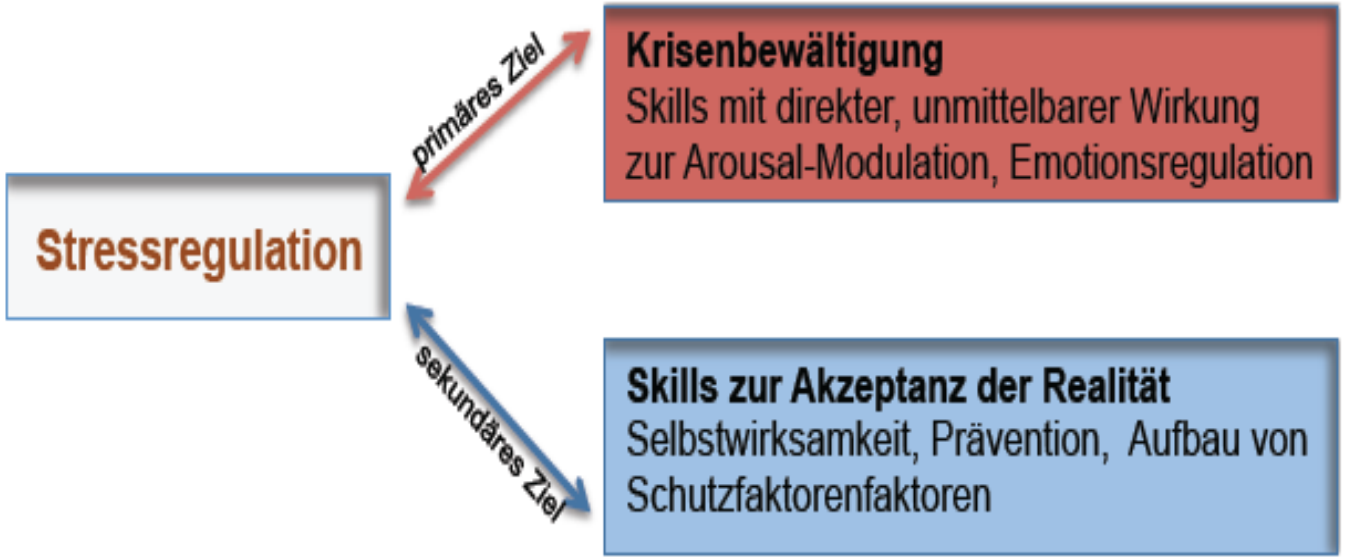
2. START

Stress – Traumasymptoms - Arousal - Regulation - Treatment

Konzept zur Erststabilisierung und Arousal-Modulation für stark belastete Kinder und Jugendliche und minderjährige Flüchtlinge

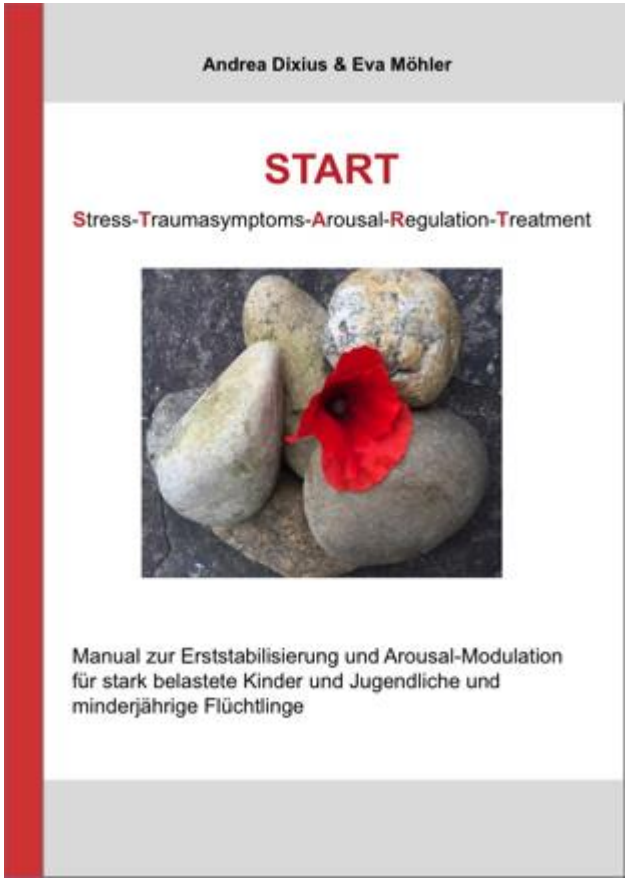
von Andrea Dixius & Prof. Dr. Eva Möhler, 2016

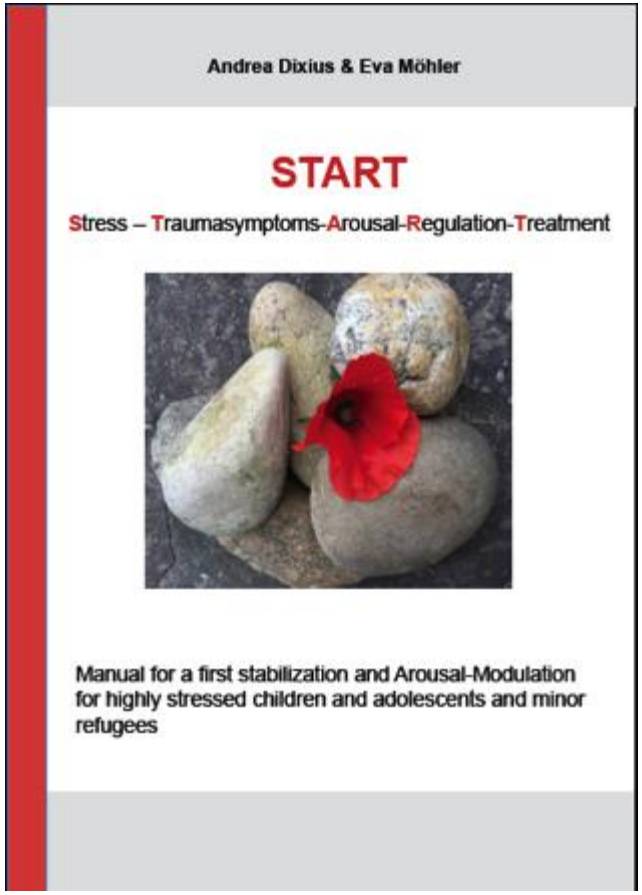
Ziele: Emotionsregulation, Impulskontrolle



(Dixius, 2016)

START – Manuale und Arbeitsblätter





Contact

Andrea Dixius & Prof. Dr. Eva Möhler

info@startyourway.de

www.startyourway.de

multilingual translated materials

print and audio version

Authors

Andrea Dixius

Dipl. Psychologist,
Psycholog. Psychotherapist,
DBT-Therapist,
DBT-A Trainer,
EMDR Therapist

Prof. Dr. med. Eva Möhler

MD, PhD, Consultant for child- and adolescent psychiatry and psychotherapy

Acknowledgements

Fauzia Akhtari, Mahmoud Mostafa,

Onur Kirik, Georg Rohleder, Sinah Watts

Andrea Dixius & Eva Möhler

START

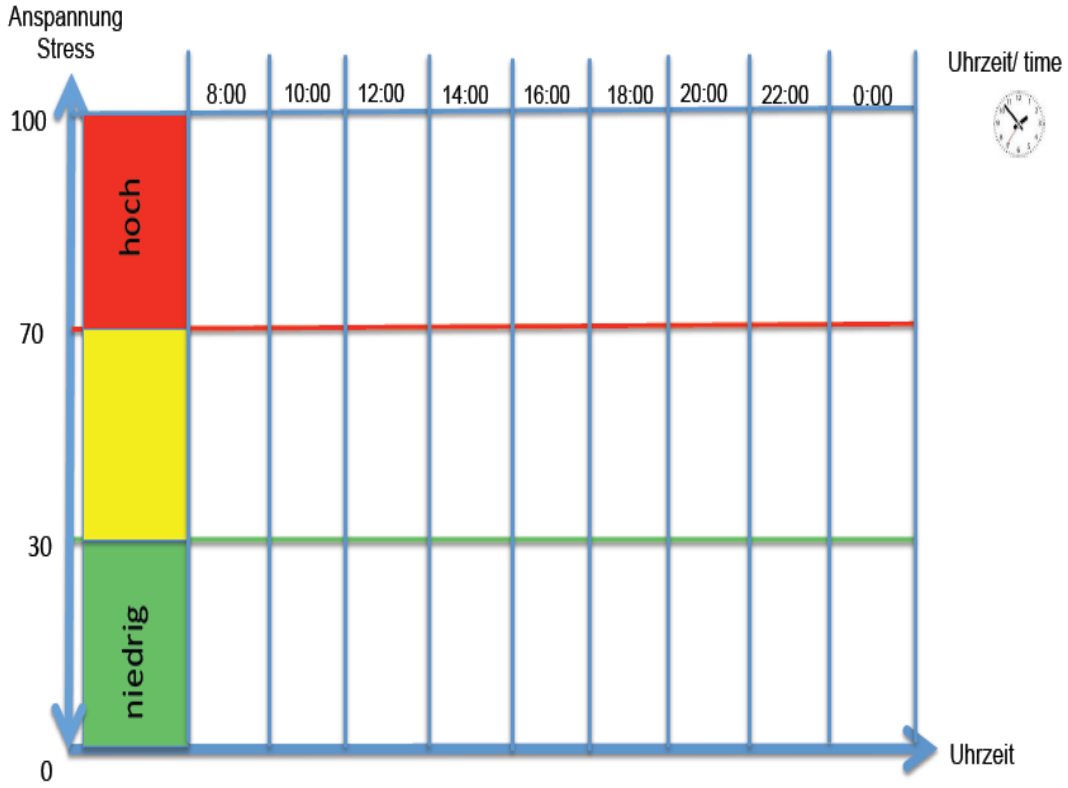
Stress-**T**raumasymptoms-
Arousal-**R**egulation-**T**reatment

Therapy concept for first crisis intervention and stabilization of highly stressed children, adolescents and minor refugees

(START-Modul 2- S.37) Datum: _____ Name:_____

Spannungsbogen

Hier kannst du deine innere Anspannung eintragen. Mithilfe deiner persönlichen Skillsliste kannst du dann deine Skills aussuchen und anwenden.



START – **S**tress – Traumasymptoms - **A**rousal-Regulation - **T**reatment (Dixius, A. & Möhler, E., 2016)
© 2016 by Andrea Dixius

Beispielhafte Strategien

Information sheet
Cold appeals
Stress regulation

(START-Module 1- p. 25)

Cold shower

Ice cubes - wrist

Put cold water in your face

Cool pack

Further skills: „Diving-Skill" – put cold water in a bucket and hold your head in it, take ice cubes in your mouth, put a cool pack in your neck.

Go ahead and try it!!!

START – Stress – Traumasymptoms - Arousal-Regulation - Treatment (Dixius, A. & Möhler, E., 2016)

© 2016 by Andrea Dixius

Information-/exercise sheet
Exercising & moving
Stress tolerance

(START-Module 1 p. 27)

Zur Minderung der Anspannung

Further skills: Dancing, stairs, running, moving....
Go head and try it!!!

© 2016 by Andrea Dixius

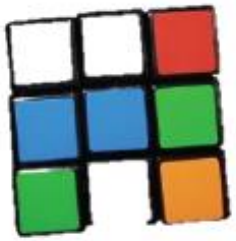
Skills – sheet to cut out for personal skills list

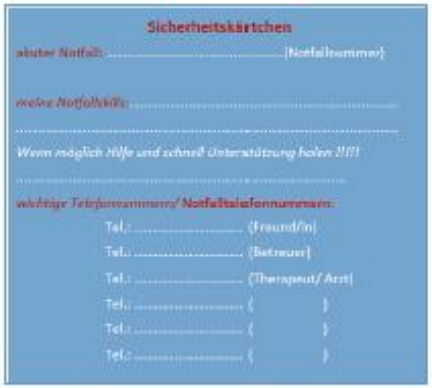
here you can cut out pitures for your personal skills list or you look for pictures in magazines

© 2016 by Andrea Dixius

Skills – sheet to cut out for personal skills list

here you can cut out pitures for your personal skills list or you look for pictures in magazines



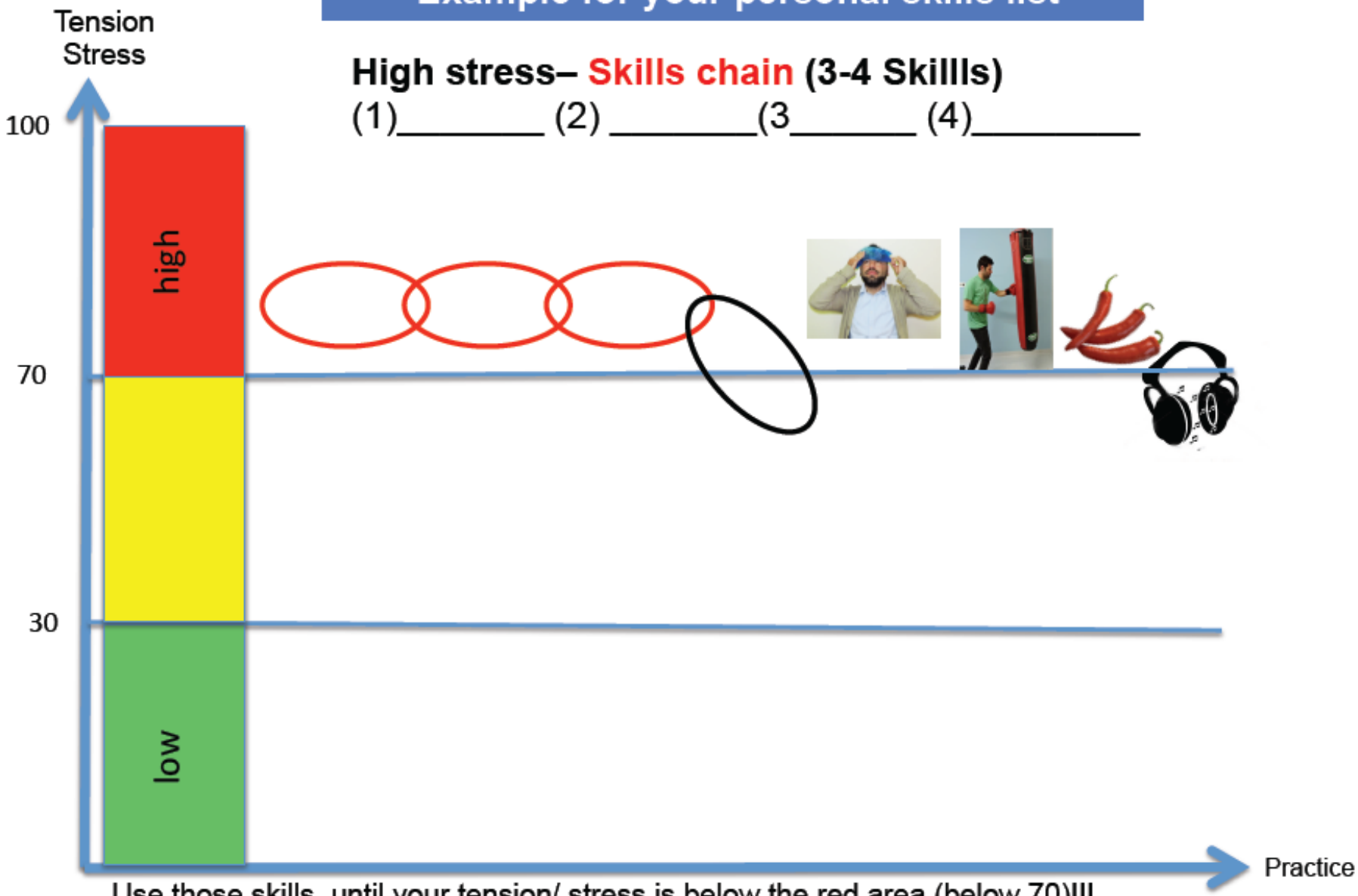


© 2016 by Andrea Dixius

Example for your personal skills list

High stress– Skills chain (3-4 Skillls)

(1)_____ (2) _____(3_____ (4)_____



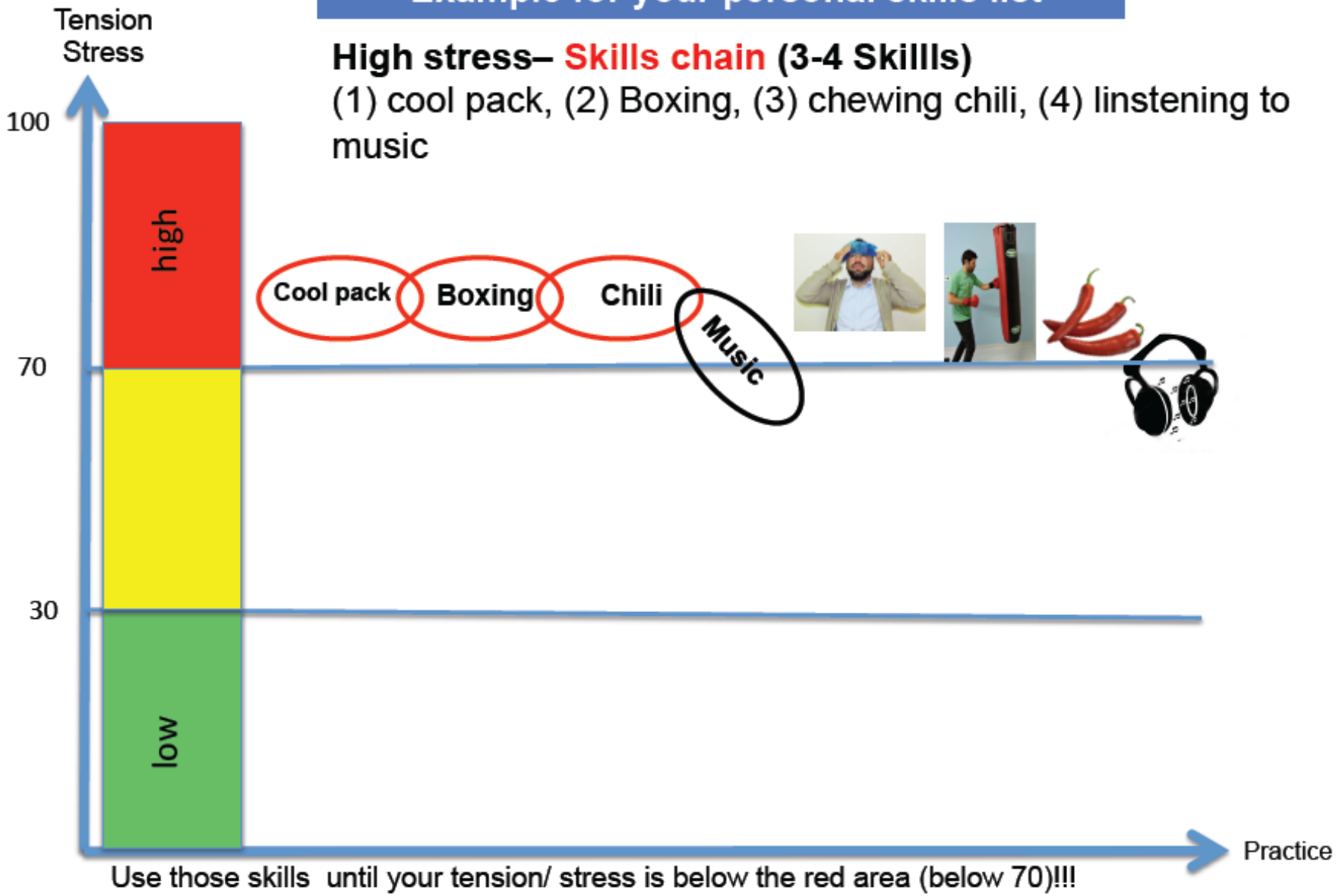
Use those skills until your tension/ stress is below the red area (below 70)!!!

© 2016 by Andrea Dixius

Example for your personal skills list

High stress– Skills chain (3-4 Skillls)

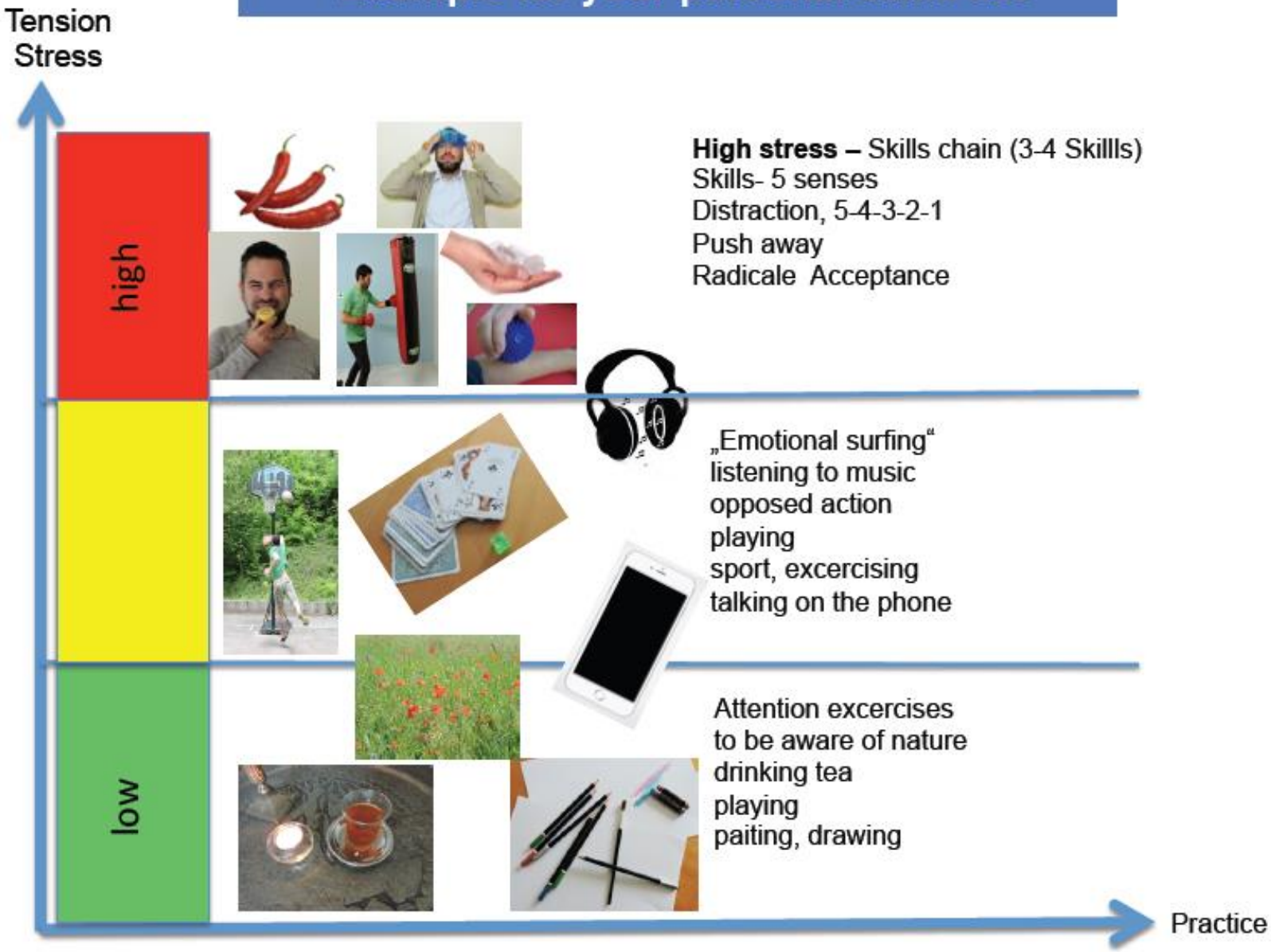
(1) cool pack, (2) Boxing, (3) chewing chili, (4) linstening to music



Use those skills until your tension/ stress is below the red area (below 70)!!!

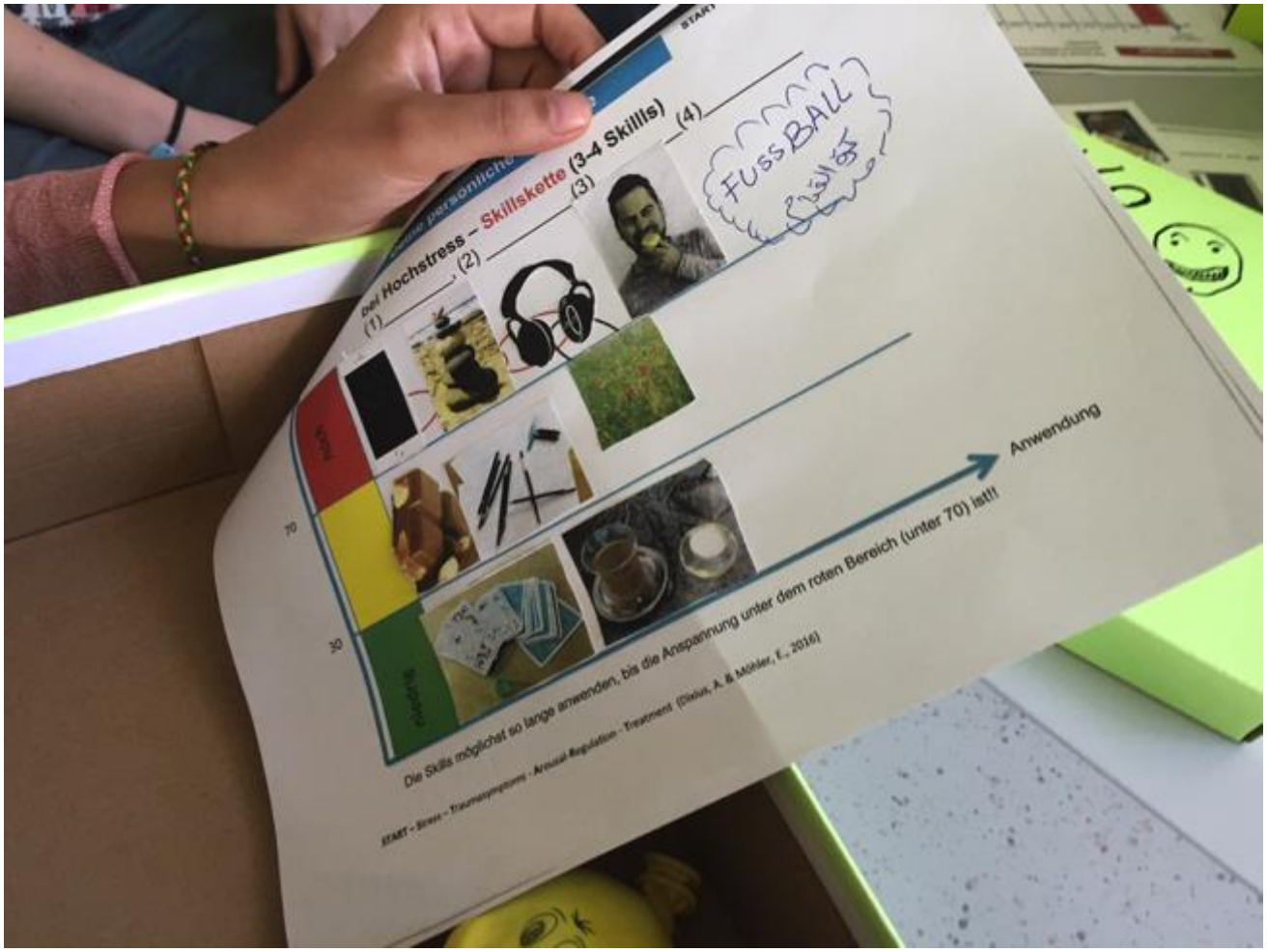
© 2016 by Andrea Dixius

Example for your personal skills list



© 2016 by Andrea Dixius

Selbst zusammengestellte ‚Skillsbox‘ oder ‚Skillsmäppchen‘ für unterwe



START – Basics

- modular aufgebaut
- **kulturintegrativ**
- Skillsbasiert aber **niedrigschwelliger als DBT= auch für kognitiv schwächere und aufmerksamkeitsgestörte Patienten**
- Gruppe (6-8 TN) oder Einzelsetting
- ambulant, teilstationär, stationär
- Dauer: 5 Wochen/ 2 Termine pro Woche (70 Min.)

Innovationspreis für START: DDBT e.V. 2017

Preis geht an Fachfrauen des Klinikums

Gesundheit Konzept richtet sich an belastete Kinder und Jugendliche

Von unserer Redakteurin
Vera Müller

Der Präsident des Dachverbandes DBT, Markus Reicherzer (links), gratulierte Andrea Dixius (2. von links) zum Innovationspreis. Foto: KJPP

Idar-Oberstein. Großer Erfolg für die Kinder- und Jugendpsychiatrie am Klinikum (KJPP) Idar-Oberstein: Das noch junge Konzept von Andrea Dixius, leitende Psychologin, und Chefärztin Eva Möhler mit dem Titel „Start" zur Unterstützung von stark belasteten Kindern, Jugendlichen und minderjährigen Flüchtlingen wurde mit einem begehrten Preis ausgezeichnet.

Das Netzwerktreffen des Vereins DDBT (Dachverband für dialektisch behaviorale Therapie) umfasst als Mitgliedsländer Deutschland, Schweiz und Österreich und ist international tätig. Das Treffen des Dachverbandes findet einmal im Jahr zu Themen aus der Praxis, Wissenschaft und Forschung statt. Es hat Tradition, dass in diesem Rahmen ein Innovationspreis vergeben wird. Diese Auszeichnung konnten nun Andrea Dixius und Prof. Eva Möhler in Empfang nehmen. Dixius stellte den Experten das Konzept vor und hielt zudem einen Hauptvortrag vor 400 Fachleuten. Sie erhielt deren begeisterte Bestätigung für den Vortrag und das Projekt insgesamt.

„Start" wurde mit dem zentralen Ziel entwickelt, eine erste Hilfe und Unterstützung zur Eststabilisierung für emotional und psychisch schwer belastete Kinder, Jugendliche sowie minderjährige Flüchtlinge mit posttraumatischen Stresserleben zu konzipieren. Die besondere Situation psychisch belasteter und geflüchteter Kinder und Jugendlicher erfordert neue Konzepte in der psychotherapeutischen Versorgung. Geflüchtete Kinder leiden häufig an psychischen und körperlichen Symptomen und sind durch traumatische Erlebnisse nachhaltig belastet, erläutern Dixius und Möhler.

International interessieren sich Fachleute und Hilfsorganisation für das Konzept. Die Fachfreuen der KJPP stellten es bereits auf großen wissenschaftlichen Kongressen wie dem DGPPN-Treffen in Berlin und dem DBT-Netzwerktreffen in Wien, Universität Wien, bei einer Fachtagung in der Schweiz und zuletzt auf dem DGKJP-Kongress in Ulm gemeinsam mit ersten Ergebnissen einer Pilotstudie zur Wirksamkeit von „Start" auf die Emotionsregulation und die Reduktion von Anspannung vor.

Im Oktober wird das Konzept in Berlin beim WPA XVII World Congress of Psychiatry in Berlin vorgestellt. Auch mit den Universitäten Mainz, Heidelberg und Ulm sowie mit zahlreichen Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie konnten auf der Grundlage von „Start" gute Kooperationen entwickelt werden. Die Programme im Konzept unterstützen Kinder und Jugendliche in kulturintegrativen Gruppen mithilfe von Fertigkeiten, sogenannten Skills, im Umgang mit starkem Stress und belastenden Gefühlen. Dies kann neben einer direkten Bewältigung von Krisen auch im präventiven Sinne helfen – einerseits psychisch zu stabilisieren und andererseits auch besser in Systemen wie Schule, Jugendhilfe und Alltagssituationen im gesellschaftlichen Kontext zurechtzukommen.

Auch die Förderung von Schutzfaktoren, die Stärkung von Resilienz, ist im Konzept ein zentraler Aspekt. In der kulturintegrativen Gruppe lernen Jugendlichen voneinander und können das Miteinander mit vielen positiven Erfahrungen erleben. Etwaige Sprachbarrieren sind kein Problem. Integration wird unmittelbar und ganz einfach erlebt, betont Dixius.

Zum kulturintegrativen Zugang sind die Übungen mehrsprachig übersetzt, in leicht verständlicher Sprache verfasst und mit hilfreichem Bildmaterial und Audioversionen ausgestattet. Dixius und Möhler freuen sich sehr über den Innovationspreis: „Das motiviert uns zur weiteren Entwicklung des Konzepts."

Weitere Infos zum Konzept sowie eine Terminübersicht unter www.startyourway.de

SHG: Saarland Heilstätten

KLINIKEN FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE, PSYCHOSOMATIK
Idar-Oberstein, Kleinblittersdorf, Saarbrücken

DACHVERBAND DBT e.V. - NETZWERKTREFFEN KÖLN 12.-13.MAI 2017

START Stress-Traumasymptoms-Arousal-Regulation-Treatment

Ein Therapiekonzept zur Emotionsstabilisierung und Arousal-Modulation für stark belastete Kinder und Jugendliche und minderjährige Flüchtlinge

Dixius, A., Stevens, A., Möhler, E.

a.dixius@io.shg-kliniken.de www.startyourway.de

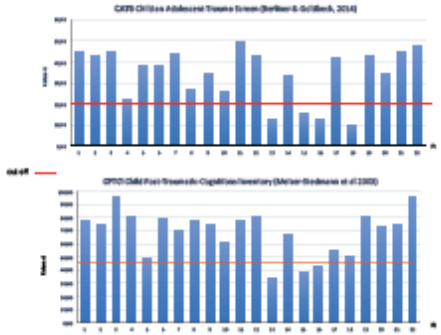
START ist ein neues Interventionskonzept zur Emotionsstabilisierung für minderjährige Flüchtlinge und emotional und psychisch schwer belastete Kinder und Jugendliche, unabhängig vom kulturellen Hintergrund. Das Konzept wurde von Andrea Dixius & Prof. Dr. med. Eva Möhler auf der Grundlage der praktischen Arbeit in Clearingkorridoren und der klinischen Versorgung in den SHG Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik entwickelt. Die Intervention bietet Kindern und Jugendlichen, die aufgrund von akuten Krisen und Verzweiflungszuständen nicht in der Lage sind, sich gleich für eine außerfamiliäre Behandlung oder langfristige Psychotherapie zu entscheiden, eine erste Hilfestellung zur Krisenbewältigung und Stabilisierung (Dixius & Möhler 2017, 2017 in press.). Dabei validiert START insbesondere die Bedürfnisse geflüchteter Kinder und Jugendlicher. Geflüchtete Kinder und Jugendliche scheinen eine besonders vulnerable Gruppe für die Ausbildung psychischer Störungen und posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) zu sein (Witt et al. 2015, Walg et al. 2017, Dixius & Möhler, 2017). Das Emotionsstabilisierungskonzept integriert und adaptiert Elemente zur Stressregulation, Achtsamkeit und zur Selbstfürsorge aus der Dialektisch Behavioralen Therapie (Linehan, 2015, Schus et al.2015, Rathus & Miller 2015) und Entspannungs- und Stabilisierungstechniken aus der Psychotraumatherapie, dabei im Besonderen aus der Traumafokussierten-Kognitiven Verhaltenstherapie (TF-KVT) nach Cohen, Mannarino, & Deblinger (2009). Beziehungen zum Umgang mit Alpträumen sind angelehnt an Thünker und Pietrowsky (2011). In der vorliegenden Klinischen soll die Wirksamkeit des START-Interventionsprogramms auf das Stressregulation, die emotionale Balancierung, Selbstkontrolle und Selbstwirksamkeit untersucht werden. Basis des Konzepts bestehen in einer validierenden, kulturintegrativen, resilienzfördernden Grundhaltung.

(1) INTERVENTION UND METHODE

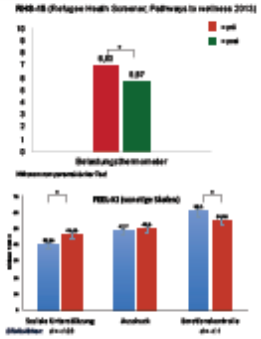
Adressaten (13 -18 Jahre) absolvierten 6 START-Module innerhalb von 5 Wochen. Es fanden 2 Doppelstunden pro Woche statt. Im Gruppensetting nahmen durchschnittlich 8 Jugendliche mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen teil. Aufmerksamkeit, Stressregulation, Selbstfürsorgung, Basics zur Emotionsregulation, positive Erlebnisse, Psychoeducation und Alpträumbewältigung (Imagination). Die Intervention ist manualisiert und in der Durchführbarkeit durch supportive multilinguale Flyer und Bildmaterialien vereinfacht. In der Pilotstudie gab es keine Telefonbeobachtung hinsichtlich des ICs. Zu Beginn wurde die traumaspezifischen Symptome erhoben. Die Teilnahme war freiwillig und richtete sich an Jugendliche mit komplexen psychischen Belastungen und Traumafolgesymptomen. Die Grundkulturtheorien waren nachgeschwellig, Aussichtsskeptiker blieben akute Psychosen und akute Suizidalität.

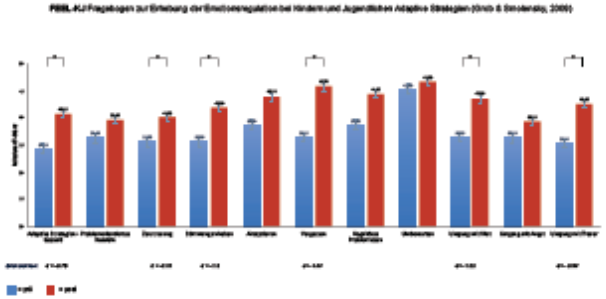
Gesamtstichprobe: n=22
Jugendliche weiblich/ männlich : 3:1
Migrationshintergrund: mit/ohne : 1:3
Durchschnittsalter: ~16, 8 Jahre

(1) TRAUMABELASTUNG



(2) EINFLUSS AUF BELASTUNG/ANSPANNUNG UND DIE EMOTIONSREGULATION





ERGEBNISSE UND DISKUSSION

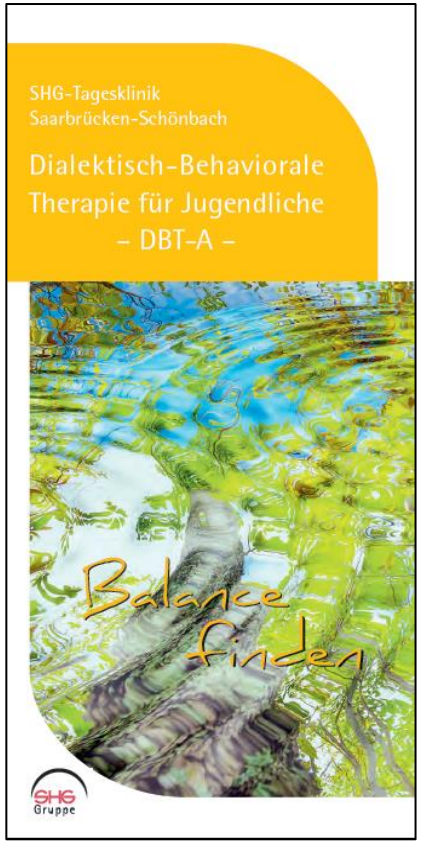
Die traumaspezifische Symptombelastung lag bei 22 Jugendlichen bei über 80% und wurde mit den Screenings CATS und CPTCI erhoben. Die Untersuchung konnte im Prä-/Post-Vergleich zeigen, dass sich die Belastung und Anspannung im Erleben der Jugendlichen signifikant im Screening des RHS-15 reduziert und sich positiv-signifikante Veränderungen in der Emotionsregulation (FEEL-KJ) auf der Skala „Adaptive Strategien Gesamt" und relevanten weiteren Skalen der Emotionsregulation (Zerstreuung, Stimmung anheben, Vergessen, Umgang mit Wut, Umgang mit Trauer, Soziale Unterstützung u. Emotionskontrolle) nach dem fünfwöchigen START-Interventionsprogramm einstellen. In zusätzlich eingesetzten Instrumenten zur Erfassung der Selbstkontrolle - Self-Control-Scale (SCS- 13) und zum Stresserleben - Perceived Stress Scale (PSS-10) zeichnen sich positive Trends ab. Die Teilnehmer an der Pilotstudie scheinen von der START-Intervention zu profitieren, darauf weist der Prä-/Post-Vergleich in ersten Ergebnissen hin. Die Aussagen können nicht nur einen diagnostischen Wert liefern, sondern sprechen für eine frühe therapeutische Intervention zur primären Stabilisierung und weiterführenden Prävention, um Chronifizierungen psychischer Störungen im Entwicklungsverlauf entgegenzuwirken. Limitationen der Pilotstudie bestehen in der noch kleinen Stichprobengröße und der Notwendigkeit weitere validierte, kultursensible Messinstrumente einsetzen zu können. Zusammenfassend sprechen die Evaluationsergebnisse für die Durchführung von kontrollierten, randomisierten Studien.

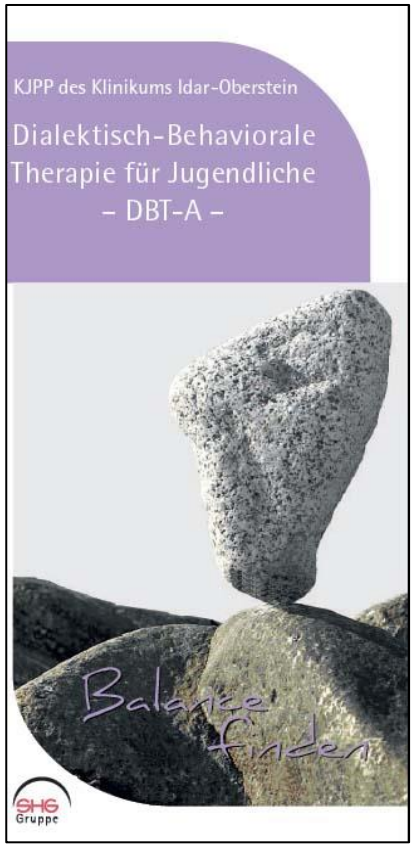
REFERENZEN

Schus, M., Wolf, M. (2015). Intensives Skillstraining für Borderline-Patienten. Stuttgart, New York: Schattauer.
Dixius, A. & Möhler, E. (2017). Komplexe Krisenintervention bei einem 16-jährigen schwangeren Mädchen nach unbegleiteter Flucht aus Eritrea. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2017 Jan;45(1):65-74. doi: 10.1024/1422-4917/a000488. Epub 2016 Sep 16.
Dixius, A. & Möhler, E. (2017). START – Entwicklung einer Intervention zur Emotionsstabilisierung und Arousal-Modulation für stark belastete minderjährige Flüchtlinge. Kindheit und Entwicklung. 26: 277 – 288 (2017), ISSN 0942-5568 (print) 2190-6297 (online) Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2017
Dixius, A. & Möhler, E. (2017). Ein neues Therapie-Konzept – erklärt die besonders Belastetes geflüchteter Kinder und Jugendlicher: START - Stress-Traumasymptoms-Arousal-Regulation-Treatment - Psychotherapie Forum, Springer Verlag 2017 in press.
Linehan, M. M. (1996). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung. München: CP-Medien.
Möhler, E., Karabas, M., Hübner, M., Hirschel-Dietrich, S., Schulte-Markwort, M., Fegert, J. (2015). Diagnosen und Behandlung unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge - Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 43 (5), 381-393
Rathus, J.H., Miller, A. (2015). DBT Skills Manual for Adolescents. New York: The Guilford Press.
Thünker, J., Pietrowsky, R. (2011). Alpträume. Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe.
Walg, M., Rieb, F., Grabowski, M., Stegemann, M., Hambüchen, S. (2016). Psychopathologische Belastungen bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Deutschland. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2017 Jan;45(1):66-68. doi: 10.1024/1422-4917/a000488. Epub 2016 Aug 23.
Witt, A., Rassenhofer, M., Fegert, J., Plener P. L. (2015). Mißhandlung und Mißbrauch in der Vorgeschichte von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Eine systematische Übersicht. Kindheit und Entwicklung, 24, 195-204.

3. Dialektisch-Behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A)

KJPP internes Netzwerk





DBT-A

aktuell im

Implementierungs-prozess

Dialektisch-Behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A)

Hilfen bei:

- Selbstverletzungen
- selbstschädigende Verhaltensweisen
- Problemen im Umgang mit Gefühlen
- impulsdurchbrechenden Verhalten
- Suizidalität
- schwere/ komplexe Traumatisierungen
- Angst
- Depressionen
- Selbstwertproblemen
- Umgang mit anderen Menschen
- .....

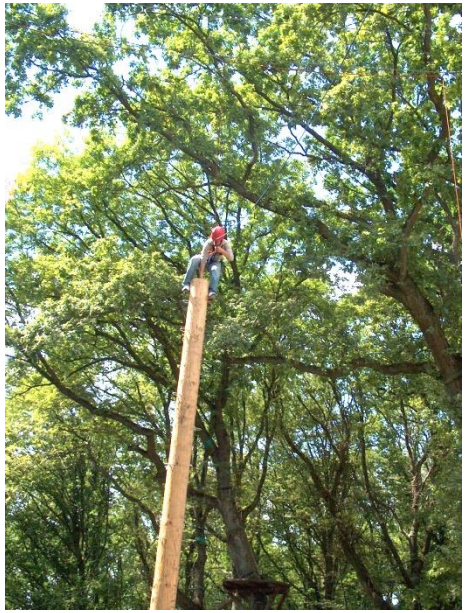
Module der DBT

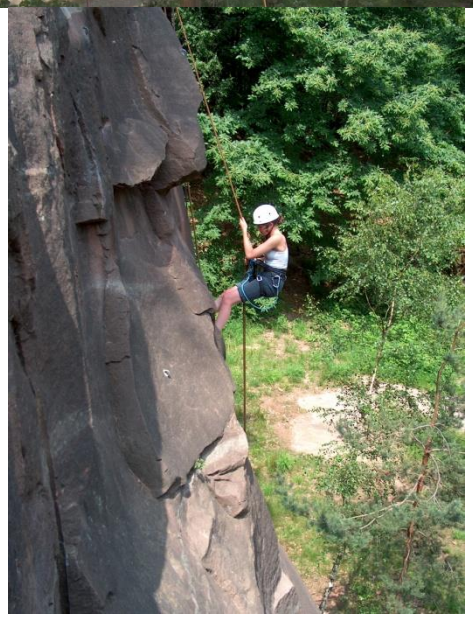
(12wöchiger modularer Therapieaufbau)

4. Erlebnistherapie

- Klettern
- Kanufahren
- Hochseilgarten
- Waldgruppe
- Outdooraktivitäten
- Therapie im Grünen

- Einzelsetting
- Gruppen
- Familien





5. Video-Interaktionstherapie

2 Teile:

I Analysearbeit:

Familie wird -nach Einverständnis- gefilmt während einer 15minütigen Gesprächssituation.

Der Therapeut betrachtet das Band zwischen den Terminen (mit oder ohne Supervisor).

Feedback

II Feedback- Arbeit:

Im nächsten Termin schauen die Eltern das ganze Band gemeinsam mit dem Therapeuten an - unkommentiert.

Danach spielt der Therapeut ausgewählte GELUNGENE Sequenzen der Familie vor.

Lerntheoretischer Hintergrund

- Jedes Verhalten das Aufmerksamkeit bekommt, wird dadurch verstärkt
- Das gilt nicht nur für Unerwünschtes, sondern auch für Erwünschtes Verhalten
- Videoaufnahmen von guten Momenten werden deshalb hevorgehoben und vom Therapeut verknüpft mit Informationen, warum es gut ist und mit Fragen an die Eltern, was Ihnen geholfen hat, so gut zu sein

Was heißt ‚gut‘?

- Interaktionsanalyse und Kodierschemata gibt es mittlerweile sehr viele

- Crittenden: CARE-Index,
- Tronick: ICEP
- Papousek: MKK

- Wir arbeiten bindungstheoriegeleitet mit dem Konzept der ‚Emotionalen Verfügbarkeit‘

Interaktion: Skalen der „Emotionalen Verfügbarkeit“

- Biringen, Robinson, & Emde, 1998
- Beobachtungsmaß der Eltern-Kind-Interaktion, Zertifizierte Rater
- Einschätzung der Qualität des emotionalen Austausches in der Interaktion
- Holistisches und klinisch sensitives Urteil
- Dyadisches Konstrukt

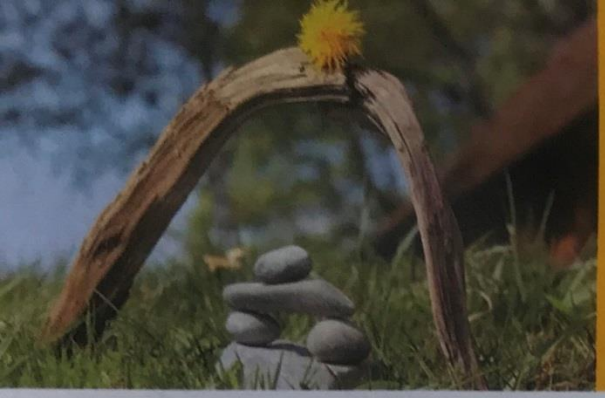
Mütterliche Variablen
- Sensitivität
- Strukturierung
- Non-Intrusivität
- Non-Feindseligkeit

Die Videointeraktionsanalyse (VIA)

- dient der ärztlichen/psychologischen „Diagnostik“
- Prozess der Informationsgewinnung und der Intervention sind bei diesem Verfahren eng miteinander verbunden
- Es ist also diagnostisch (Analyseteil) UND therapeutisch (Feedbackteil)

Vorteile Videofeedback

- Ressourcenorientiert
  - » Erfolgserlebnisse stärken Selbstwert und therapeutische Beziehung
  - » Implizites Erleben hält länger!!
- Mehr Krankheitsverständnis für den Arzt/Psychologen
  - » Videointeraktionsanalyse bildet Erleben des Jugendlichen unmittelbar ab
- Mehr Augen sehen mehr: Reflektion mit Supervisor, LP‘s, OÄ, CÄ



Das Therapieangebot

Die Arbeitsweise der Station ist psychotherapeutisch mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie; im Stationsalltag gelten die Prinzipien therapeutischer Gemeinschaft. Selbstverständlich wird das gesamte Spektrum moderner Diagnostik und Pharmako- sowie Somatotherapie vorgehalten.

Neben Einzel- und Gruppentherapie werden Kotherapien angeboten:

- Sporttherapie
- Ergotherapie
- Erlebnistherapie
- Kognitives Training
- Psychoedukation
- Kreativtherapie
- Entspannungstechniken
- Angstbewältigungstraining
- Soziales Kompetenztraining

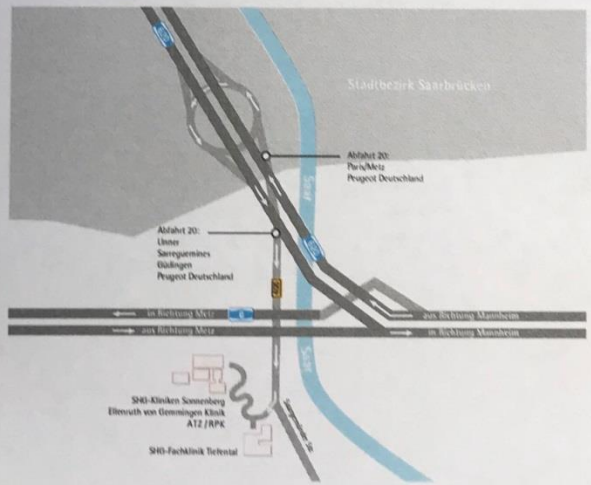
Schulpflichtigen ist die Teilnahme an der Krankenhaus-Schule möglich.

Wie Sie uns jederzeit erreichen...

SHG-Kliniken Sonnenberg
Sonnenbergstraße 10
66119 Saarbrücken
Die Adoleszenzstation befindet sich im EG von Haus 5.

Für weitere Informationen und Fragen:

Telefon: 0681/889-1672
Telefax: 0681/889-2474
E-Mail: sekr.psychiatrie@sb.shg-kliniken.de



SHG-Kliniken Sonnenberg

Adoleszenzstation

Psychotherapeutische Behandlungsstation für Adoleszente und junge Menschen

SHG Gruppe

Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit

Prof. Dr. med. Eva Möhler

Chefärztin

e.moehler@sb.shg-kliniken.de

SHG Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie,
Psychotherapie u. Psychosomatik
Waldstr. 40
66271 Kleinblittersdorf
06805-9282-0
sekr.kjp@sb.shg-kliniken.de