

Psychische Faktoren bei schweren Brandverletzungen: Psychotherapeutische Beiträge zur Verbesserung der Lebensqualität

Hanna Wallis-Simon¹ & Babette Renneberg²

¹ BG Unfallklinik Ludwigshafen, ² Freie Universität Berlin

Zusammenfassung: Brandverletzungen ziehen häufig lang anhaltende emotionale, berufliche und soziale Folgeprobleme nach sich. Obwohl Studien belegen, dass der Bedarf an psychologischer Unterstützung bei Patienten mit Brandverletzungen hoch ist und dass viele Betroffene gerade auch im Langzeitverlauf psychische Probleme entwickeln, mangelte es bisher an fundierten psychotherapeutischen Konzepten zur gezielten Unterstützung dieser Patientengruppe. Der Artikel gibt einen Einblick in die relevante Forschungsliteratur, fasst Ergebnisse aktueller Studien unserer eigenen Forschungsgruppe zusammen und benennt hieraus abgeleitete Implikationen für die psychotherapeutische Unterstützung von Schwerbrandverletzten. Ein auf Basis der Forschungsbefunde neu entwickeltes verhaltenstherapeutisches, ressourcenorientiertes Gruppenbehandlungskonzept für Schwerbrandverletzte in der Rehabilitationsphase wird vorgestellt. Neben psychoedukativen Elementen ist ein Training sozialer Kompetenzen im Umgang mit Reaktionen der Öffentlichkeit auf den durch die Brandnarben veränderten Körper zentraler Bestandteil des Behandlungsprogramms.

1. Einleitung

In Deutschland erleiden jährlich circa 20.000 Menschen einen Unfall mit Brandverletzungen, wobei etwa 1.500 Erwachsene dabei derart schwere Verbrennungen davontragen, dass sie in einer Spezialklinik für Brandverletzungen intensivmedizinisch versorgt werden müssen. Die medizinische Therapie von Verbrennungswunden ist aufwändig, langwierig sowie ausgesprochen schmerzhaft und kann zahlreiche Operationen erfordern (siehe hierzu Künzi & Wedler, 2004; Bruck, Müller & Steen, 2002). Die narbigen Veränderungen der Hautoberfläche nach einer Brandverletzung sind permanent sicht- und fühlbar, sie verändern sich über den Zeitraum von zwei Jahren nach der Verletzung weiter und beeinträchtigen die körperliche Leis-

tungs- und Funktionsfähigkeit – unter Umständen lebenslang. Jahre nach der Verletzung können körperliche Probleme wie erhöhte Hautsensibilität, Schmerzen oder Parästhesien vorliegen (Altier, Malenfant, Forget & Choiniere, 2002) und weitere Operationen erforderlich sein, beispielsweise um die durch Narbenstränge eingeschränkte Funktionsfähigkeit zu verbessern oder zur ästhetischen Korrektur. Neben körperlichen Funktionseinschränkungen und ästhetischen Entstellungen kommt es häufig zu lang währenden psychischen, sozialen, beruflichen und ökonomischen Veränderungen (Pallua, Künsebeck & Noah, 2003; Thompson & Kent, 2001). Eine schwere Brandverletzung bedeutet also einen starken Einschnitt in das Leben des Betroffenen¹ und stellt gleichermaßen eine physische wie psychische Verletzung dar.

Durch die hohe Effektivität medizinischer Maßnahmen in der Erstversorgung sind die Überlebenschancen von Brandverletzten in den letzten Jahren enorm gestiegen (Waymack & Rutan, 1994; Saffle, 1998; Germann, Wentzensen, Brandt & Steinau, 1999). Wird aus medizinischer Sicht meist „alles Menschenmögliche“ für den Verletzten getan und nach dem neuesten Forschungsstand vorgegangen, so werden gleichzeitig viele brandverletzte Patienten nur unzureichend psychologisch versorgt. Keineswegs in jedem Brandverletztentzenrum zur Erstversorgung ist psychologische Betreuung ausreichend gewährleistet und nur ein Bruchteil der Betroffenen erhält tatsächlich psychologische Unterstützung (Van Loey, Faber & Taal, 2001). Auch mangelt es bisher an tragfähigen psychotherapeutischen Konzepten zur speziellen Behandlung von Brandverletzten. Im Zusammenhang mit der Verbesserung der medizinischen Versorgung besteht ein hoher Bedarf, Konzepte zur psychosozialen Betreuung Brandverletzter weiterzuentwickeln, zu standardisieren und in ihrer Wirksamkeit zu prüfen, um auch von psychotherapeutischer Seite einen Beitrag da-

¹ Im weiteren Text wird zugunsten der besseren Lesbarkeit auf die korrekte Nennung beider Geschlechterformen verzichtet. Es wird lediglich die männliche Form verwendet. Diese schließt stets beide Geschlechter mit ein.

zu leisten, die Lebensqualität Schwerbrandverletzter² zu verbessern.

2. Aktueller Forschungsstand zu psychischen Faktoren bei schweren Brandverletzungen

Fasst man den aktuellen Forschungsstand zusammen, so wird deutlich, dass das Auftreten psychischer und sozialer Probleme nach schweren Brandverletzungen eher die Regel als Ausnahme zu sein scheint. Gerade in der akuten Behandlungsphase sind Brandverletzte zahlreichen Belastungsfaktoren ausgesetzt (vgl. Rossi, da Vila, Zago & Feirreira, 2005). Viele Verletzte erleben ein Wechselbad von intensiven Gefühlen wie Schock, Angst, Verwirrung, Trauer, Furcht, Depression (vgl. z. B. Ptacek, Patterson & Heimbach, 2002), berichten von Konzentrations- und Schlafproblemen sowie von Flashbacks (Ehde, Patterson, Wiechmann & Wilson, 1999), dem Erleben von tiefem Verlust, aber auch von Euphorie, überlebt zu haben (Partridge & Robinson, 1995). In verschiedenen Studien wurden bei 60-70% der Betroffenen in der akuten Behandlungsphase Symptome einer akuten Stressstörung, depressive und Angstsymptome gefunden (Überblick bei: Patterson et al., 1993). Bei einem beträchtlichen Anteil der brandverletzten Patienten kommt es während des Aufenthalts auf der Verbrennungsintensivstation in der Phase der Analgosedierung außerdem zum Auftreten eines so genannten „Durchgangs-

syndroms“, einer organischen Psychose mit Symptomen wie Wahnvorstellungen, Halluzinationen (vorwiegend optisch), Alpträumen und Bewusstseinsstörungen. Viele der in der akuten Behandlungsphase beschriebenen psychischen Reaktionen und Symptome klingen im weiteren Behandlungsverlauf ab. Sie sind als vorübergehende und normale Reaktionen auf ein bedrohliches Lebensereignis und außergewöhnliche physische und psychische Belastung zu bewerten. In der Arbeit mit Betroffenen und deren Angehörigen ist es häufig wichtig, Symptome in dieser Form zu interpretieren und damit zu normalisieren, um Ängste, z. B. bezüglich deren Persistenz, abzubauen.

Betrachtet man Forschungsarbeiten zu psychischen Langzeitfolgen schwerer Brandverletzungen, werden erhöhte Prävalenzraten vor allem für psychische Störungen wie die Posttraumatische Belastungsstörung (Flatten, Wälte & Perlitz, 2008; Wiechmann & Patterson, 2004), Depressionen, Alkohol- und Substanzmissbrauch (Bernstein et al., 1992) sowie Phobien und andere Angststörungen (Malt & Ugland, 1989; Altier et al., 2002; Van Loey & Van Son, 2003) angegeben. Allerdings werden in diesen Studien sehr unterschiedliche Angaben zur Auftretensrate psychischer Störungen nach schweren Brandverletzungen gemacht. Einige Forscher gehen davon aus, dass etwa jeder vierte Schwerbrandverletzte im Langzeitverlauf psychische Probleme entwickelt (Flatten et al., 2008; Altier et al., 2002), andere sprechen von bis zu jedem zweiten (El hamaoui, Yaalaoui, Chihabessine, Boukind

& Moussaoui, 2002). Eine dritte Gruppe von Autoren wiederum äußert optimistisch, dass lediglich ein sehr geringer Prozentsatz der Brandverletzten in der Unfallfolge ernsthaft psychisch beeinträchtigt sei (Patterson et al., 1993). Das Variieren der berichteten Prävalenzraten ist vor allem auf methodische Gesichtspunkte zurückzuführen, z. B. auf die uneinheitliche Operationalisierung psychischer Probleme und Störungen, auf sehr unterschiedliche Verletzungsschweregrade der Probanden und damit auf die Stichprobensamensetzung sowie auf hohe Dropout-Raten bei Längsschnitterhebungen (siehe Wallis, 2006).

² In Literatur, Forschung und Behandlungspraxis hat sich für brandverletzte Patienten, welche einer stationären Versorgung bedürfen, der Terminus „Schwerbrandverletzte“ als fachklassifikatorische Bezeichnung eingebürgert, ohne dass diese direkt an die übliche Einteilung von Verbrennungen in Schweregrade geknüpft wäre. Es ist also nicht eindeutig definiert, ab welchem Verletzungsausmaß ein brandverletzter Patient als „Schwerbrandverletzter“ zu bezeichnen ist. Ergänzt sei, dass zur Einteilung der Schwere einer Brandverletzung die Größe der betroffenen verbrannten Körperoberfläche (in Prozent) sowie die Verbrennungstiefe (erst-, zweit-, dritt- und viertgradig) herangezogen werden. Der sogenannte ABSI-Score (Abbreviated-Burn-Severity-Index, siehe Bruck et al., 2002) als Index zur groben Abschätzung der globalen Verbrennungsschwere und der damit einhergehenden Überlebenswahrscheinlichkeit des brandverletzten Patienten bezieht zusätzlich zu Tiefe und Ausdehnung der Verbrennung das Lebensalter und das Geschlecht des Patienten sowie das Vorliegen eines Inhalationstraumas mit ein.

Fachkundenachweis in Verhaltenstherapie für approbierte PsychotherapeutInnen

Berliner FortbildungsAkademie für Psychotherapie

Konzept:

- Integration von bewährten und neuen Methoden und Techniken in die Verhaltenstherapie
- Kollegiale und praxisorientierte Wissensvermittlung
- Refinanzierung durch vergütete Behandlungsstunden innerhalb der Weiterbildung
- Wohnortnähe durch Lehrpraxen in Berlin und den neuen Ländern
- Voraussetzungen für die Abrechnungsgenehmigung Gruppenbehandlung VT inklusive

Ziel:

- Eintragung ins Arztregister
- Zugang zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung (‘Kassenzulassung’) sowie den ‘Neuen’ Versorgungsformen

Format:

- 2-jähriges Theoriecurriculum im Umfang von 400 Stunden
- 120 Stunden Selbsterfahrung
- mind. 250 Behandlungsstunden VT unter Supervision

Mit dem Nachweis der Approbation entfällt das ‘psychiatrische Jahr’.

Start: 26. September 2009

Berliner FortbildungsAkademie · Schloßstr. 107/108 · 12163 Berlin-Steglitz · Telefon: 030 / 797 03 982 · email: info@b-f-a.de · www. b-f-a.de

Die Berliner FortbildungsAkademie ist eine staatlich anerkannte Ausbildungsstätte für Psychotherapie

Es ist zu ergänzen, dass das Vorgehen, lediglich das Vorliegen von Kriterien psychischer Störungen nach den gängigen Klassifikationen zu überprüfen, zu kurz greift, um Leid und Schwierigkeiten schwerbrandverletzter Patienten in der Anpassung an eine lebensverändernde Verletzung zu ermessen. Denn bei vielen Patienten besteht subjektiv der Bedarf an Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung, ohne dass sie das Vollbild einer definierten psychischen Störung erfüllen. Häufig ergeben sich in der Folge der Brandverletzung auch Veränderungen am Arbeitsplatz und Konflikte in den sozialen Beziehungen und Funktionen der Verletzten. Höhen und Tiefen des Verarbeitungsprozesses, also emotionale Krisen und belastende Gefühle in der Auseinandersetzung mit einer Brandverletzung, können *normaler Bestandteil* des Versuchs sein, einen Einschnitt im Leben, wie ihn eine Brandverletzung darstellt, zu verarbeiten und zu integrieren, und dennoch großes Leid für die Betroffenen bedeuten.

In vielen Studien wird unterstrichen, dass psychische Probleme bei Brandverletzten nicht vorübergehend, sondern stabil seien und häufig über die Zeit sogar zunehmen (z. B. Wallace & Lees, 1988; Tedstone & Tarrier, 1997). Hinsichtlich des Vorliegens psychischer Folgeprobleme nach einem Brandunfall erscheint es also nicht sinnvoll, darauf zu vertrauen, dass Zeit alleine „alle Wunden heilt“, sondern professionelle Unterstützung anzubieten. In der bisherigen Forschung wurde es jedoch weitgehend versäumt, geeignete spezifische Interventionsprogramme zur psychosozialen Unterstützung von brandverletzten Menschen zu entwickeln und zu evaluieren (Pruzinsky, 1998).

Natürlich gibt es verschiedene Therapieprogramme, von denen anzunehmen ist,

dass die Anwendung einiger ihrer Bausteine und Übungen auch in der Patienten-Gruppe der Schwerbrandverletzten sinnvoll ist, beispielsweise bereits erprobte und evaluierte Gruppenkonzepte zum Thema Depressionsprophylaxe (z. B. Kühner & Weber, 2001), zu Stressbewältigung (z. B. Kaluza, 2004), zu Entspannungsverfahren (z. B. Ohm, 1999) oder zu Schmerzbewältigung (z. B. Rief & Hiller, 1998). Auch Übungen aus dem Bereich der Körperpsychotherapie (z. B. Görlitz, 2005) scheinen viel versprechend in ihrem Einsatz für brandverletzte Menschen, wenn es um eine Bearbeitung des Körperkonzepts und um die Herstellung des geistig-körperlichen Gleichgewichts nach einem schweren Unfall geht, zeigt doch die körperpsychotherapeutische Forschung, dass durch den Einbezug des Körpers in das therapeutische Geschehen Erlebnis- und Empfindensdimensionen aktiviert werden können, die über die rein sprachliche Ebene nur sehr begrenzt ansprechbar sind (vgl. Sulz, Schrenker & Schrickler, 2005). In der Behandlung von chronischen Schmerzen hat sich der Einbezug körperpsychotherapeutischer Ansätze und Achtsamkeitsbasierter Therapien bewährt (Astin, 2004).

Bisher liegen jedoch so gut wie keine konkreten therapeutischen Empfehlungen und Interventionen spezifisch für brandverletzte Patienten vor. Eine Ausnahme stellt ein aus England stammendes Trainingsverfahren der Organisation „Changing Faces“ dar, das sich speziell an Menschen mit Entstellungen richtet. Ziel des Trainingsprogramms ist die Verbesserung sozialer Kompetenzen der Betroffenen für einen selbstbewussten Umgang mit der Entstellung in der Öffentlichkeit (z. B. Robinson, Rumsey & Partridge, 1996; Partridge, 1997; Partridge & Robinson, 1995). Ferner liegt ein verhaltenstherapeutisches Konzept zur Bearbeitung von Körperbildproblemen und hieraus resultierendem Vermeidungsverhalten nach schweren Verletzungen vor (Newell, 2001). Diese beiden interessanten Ansätze sind die bisher einzigen publizierten Arbeiten zum Thema. Sie widmen sich einzelnen für Brandverletzte wichtigen Aspekten, wie beispielsweise der sozialen Aktivität trotz verändertem Aussehen, lassen aber andere verbrennungsspezifische Thematiken, wie z. B. den Umgang mit

möglichen psychischen Symptomen nach einem schweren Unfall, außer Acht.

Wesentliche Ergebnisse der Ludwigshafener Multicenterstudie

Im Rahmen einer groß angelegten, multizentrischen Längsschnittstudie an verschiedenen Schwerbrandverletzententren in Deutschland³ wurden über 380 brandverletzte Patienten und Patientinnen befragt. In diesem vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften⁴ geförderten Forschungsprojekt wurden psychosoziale Belastungen, Ressourcen, Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit bei Patienten mit schweren Brandverletzungen untersucht. Ziel war es unter anderem, auf Basis der Befunde ein Gruppenbehandlungskonzept für die Behandlung Schwerbrandverletzter zu entwickeln. Im Folgenden werden wesentliche Ergebnisse des Projekts zusammengefasst.

In einer zwei Jahre nach dem Unfall durchgeführten qualitativen Interviewstudie und Inhaltsanalyse zu Belastungsfaktoren und Ressourcen von Brandverletzten (Wallis, Renneberg, Neumann, Ripper & Bastine, 2007) wurden vielfältige Bereiche von Belastungen deutlich, welche Brandverletzte erleben, insbesondere im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich. Phasen von Gefühlen wie Enttäuschung und Depressivität scheinen normale Bestandteile des Anpassungsprozesses an eine Brandverletzung darzustellen. Häufig, so wurde offenbar, treten psychische

3 An der Multicenterstudie beteiligte Zentren:

- BG Unfallklinik Ludwigshafen, Klinik für Hand-, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie, Schwerbrandverletzententrum,
- Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannstrost Halle/Saale, Klinik für Plastische und Handchirurgie, Brandverletzentzentrum,
- Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannsheil Bochum, Universitätsklinik, Klinik für Plastische Chirurgie und Schwerbrandverletzte,
- Unfallkrankenhaus Berlin, Zentrum für Schwerbrandverletzte mit Plastischer Chirurgie,
- Schwerbrandverletzentzentrum des BG-Unfallkrankenhauses Hamburg, Klinik für Hand-, Plastische und Mikrochirurgie, Schwerbrandverletzte.

4 Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG), seit 2008: Deutsche gesetzliche Unfallversicherung (DGUV).

Anzeige

BurnoutProphylaxe

13.09. - 18.09.09

Info: 0761/4004187



Resilio.org

Probleme erst Wochen oder Monate nach dem Unfall zutage, z. B. wenn eine Reintegration ins Berufsleben misslingt. Viele der Befragten äußerten Bedarf an zusätzlicher psychologischer Betreuung. Die Ergebnisse verdeutlichen weiterhin, dass die meisten Betroffenen auch anhaltende positive Auswirkungen des Unfalls berichten, wie beispielsweise eine Intensivierung zwischenmenschlicher Beziehungen, eine erhöhte Wertschätzung des Lebens oder eine Veränderung von Prioritäten. Subjektiv als positiv erlebte Auswirkungen und Folgen des Unfalls lassen sich im Sinne von posttraumatischem Wachstum („posttraumatic growth“) interpretieren (Rosenbach & Renneberg, 2008; Tedeschi & Calhoun, 1996, 2004).

Im Rahmen einer quantitativen Studie wurde ein umfassendes Assessment zu psychischer Belastung und psychosozialen Ressourcen mit stationär behandelten Brandverletzten durchgeführt (Wallis et al., 2006). Brandverletzte weisen eine erhöhte psychische Belastung auf, z. B. erhöhte Depressivitäts- und Angstwerte sowie posttraumatische Stresssymptomatik. Gleichzeitig verfügen sie über gute psychosoziale Ressourcen. Ein Brandunfall kann zu psychischer Instabilität und starker emotionaler Belastung führen, gleichzeitig scheint eine schwere Brandverletzung eine Krisensituation darzustellen, welche ein Maximum an Copingstrategien und Ressourcen, wie beispielsweise soziale Unterstützung, aktiviert. Das ausschließliche Fokussieren auf psychisches Leid, Probleme und Belastungsfaktoren bei Brandverletzten greift zu kurz, um den Verarbeitungs- und Anpassungsprozess an einen Brandunfall zu erklären. Behandlungsangebote sollten soziale Ressourcen fördern und unmittelbar an sozialen Schwierigkeiten, welche Patienten im Umgang mit ihren Mitmenschen haben, ansetzen. Hierbei gilt

es beispielsweise, die eigene Krankenrolle und den Umgang mit Hilfsbedürftigkeit zu reflektieren sowie den selbstbewussten Umgang mit dem veränderten Äußeren in der Öffentlichkeit zu unterstützen.

In einem weiteren Auswertungsschritt der Daten fokussierten wir auf den Zusammenhang zwischen Arbeitsunfähigkeitsdauer sowie psychosozialen Belastungen und Ressourcen und verglichen Daten zu zwei Messzeitpunkten miteinander (während der akuten Behandlung und sechs Monate später; Ripper, Renneberg, Wallis, Bröking & Ofer, 2007). Es zeigte sich, dass das Gros der brandverletzten Patienten nach dem Unfall psychisch stark belastet ist, sich aber in den folgenden sechs Monaten relativ gut hiervon erholt. Patienten, die in der Akutphase der Behandlung eine höhere psychische Belastung zeigen, weisen bei vergleichbarer Verletzungsschwere signifikant mehr stationäre Aufenthalte auf, ihre stationären Aufenthalte dauern länger und sie berichten eine geringere Zufriedenheit mit der Behandlung als Patienten, die gering psychisch belastet sind (Renneberg, Seehausen & Ripper, 2008). Es handelt sich also bei der Gruppe der psychisch stark belasteten Patienten um eine Risikogruppe für komplikationsreiche und kostenintensive Langzeitverläufe. Patienten, welche auch sechs Monate nach dem Unfall noch arbeitsunfähig sind, zeigen bei vergleichbarer Verletzungsschwere höhere Depressionswerte als zu diesem Zeitpunkt erneut arbeitsfähige Patienten. Depressivität erwies sich neben der Verletzungsschwere als stärkster Prädiktor für die Arbeitsunfähigkeitsdauer.

Konform mit bereits vorliegenden Studienergebnissen unterstreichen unsere Forschungsbefunde einerseits den hohen Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung schwerbrandverletzter Patienten,

gleichzeitig werden vielfältige Ansatzpunkte für Behandlungsinterventionen deutlich, z. B. die Unterstützung beim Aufbau von Körperakzeptanz und dem sozial aktiven und sicheren Umgang mit der Verletzung in der Öffentlichkeit. Sie zeigen weiterhin, wie wichtig die frühzeitige Identifikation psychisch hoch belasteter Patienten durch routinemäßig durchgeführte klinische Screenings sowie die gezielte Unterstützung besonders belasteter Personen zur Vorbeugung psychischer Folgeerkrankungen ist. Die Anwendung von klinischen Routineinstrumenten, wie z. B. der SCL-K-9 (Kurzform Symptom-Check-List, Klaghofer & Brähler, 2001), der HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale, deutsche Version von Herrmann & Buss, 1994) oder der PSS (PTSD-Symptom-Scale, Foa, Riggs, Dancu & Rothbaum, 1993), als Basiscreening für alle stationär behandelten Brandverletzten stellt eine bei knappen personellen Ressourcen ökonomische Möglichkeit dar, Behandlungsbedarf offenbar zu machen. Die Befunde verdeutlichen die Relevanz psychischer und sozialer Faktoren für den Behandlungsverlauf sowie die Wichtigkeit klinisch-psychologischer und psychotherapeutischer Beteiligung im interdisziplinären Brandverletztenbehandlungsteam.

3. Grundzüge des neu entwickelten Behandlungsprogramms

Ausgehend von vorliegender Forschungsliteratur und eigenen Befunden hat unsere Forschungsgruppe ein Gruppenbehandlungsprogramm für Schwerbrandverletzte in der Rehabilitationsphase entwickelt (Wallis, 2006). In diesem Programm werden Themen vorgestellt und gemeinsam mit den Patienten erarbeitet, welche für viele Brandverletzte gerade in der Phase der Rehabili-

Forum für Persönlichkeitsstörungen

5. Symposium: Zwanghafte Persönlichkeitsstörung

Samstag, 21. November 2009, 10 - 16 Uhr

Charité Campus Mitte · Großer Hörsaal im Bettenhochhaus, Charitéplatz 1 · 10117 Berlin

Anmeldung und Programm bei Frau Mirja Petri, E-Mail forum@ivb-berlin.de Fax: 030 89 53 83 14 Internet: www.Forum-F60.de

Stefan Röpke

Charité-CBF Universitätsmedizin Berlin

Thomas Fydrich

Humboldt-Universität zu Berlin

Rolf A. Kromat

Institut für Verhaltenstherapie Berlin GmbH

Michael Krenz

Psychotherapeutenkammer Berlin

Babette Renneberg

Freie Universität Berlin



tation von Bedeutung sind. Derzeit wird das Programm im ambulanten wie auch im stationären Kontext angeboten und evaluiert.

Setting des Gruppenangebots: Die Gruppe ist teilstrukturiert konzipiert und wird in ihren insgesamt acht Sitzungen idealerweise geschlossen mit denselben Teilnehmern durchgeführt. Die Sitzungen, welche sich unterschiedlichen Themenschwerpunkten widmen, dauern jeweils eine Zeitstunde. An den Sitzungen können bis maximal acht brandverletzte Patienten teilnehmen, die sich in der Rehabilitationsphase befinden. Die Sitzungen werden von einem Psychologischen Psychotherapeuten und im Idealfall gemeinsam mit einem Cotherapeuten durchgeführt. Die Gruppe kann ein bis zwei Mal wöchentlich stattfinden. Der Gruppenraum sollte ausreichend Platz für die Durchführung von Rollenspielen bieten. Mit jedem potenziellen Teilnehmer wird ein Vorgespräch durchgeführt, um bereits vorab beratend relevante Informationen zu vermitteln und die Compliance für die Gruppenteilnahme zu erhöhen.

Ziel und Nutzen des Programms: Das kompetenzfokussierende, verhaltenstherapeutische Gruppenangebot soll Betroffenen den Austausch und die Reflexion ihrer Erfahrungen und ihrer aktuellen Probleme in Bezug auf die Brandverletzung ermöglichen. Durch die Vorgabe und die psychotherapeutisch angeleitete, gezielte Bearbeitung bestimmter Themenkomplexe unterscheidet es sich von einer Selbsthilfegruppe. Neben der Verbesserung der Körperakzeptanz sowie dem Aufbau von Stressbewältigungskompetenzen im Umgang mit dem Unfall und seinen Folgen ist ein weiteres wichtiges Ziel die Vermittlung spezieller sozialer Kompetenzen für einen kompetenten und selbstbewussten Umgang mit Reaktionen anderer auf den durch Brandnarben gezeichneten Körper, um so sozialen Rückzugstendenzen vorzubeugen. Hierdurch soll die Krankheitsbewältigung unterstützt und der Verhaltensspielraum im Umgang mit der Verletzung erweitert und gegebenenfalls verändert werden. Den Teilnehmern soll als wesentlicher Inhalt im Umgang mit der Brandverletzung einerseits vermittelt werden, die persönliche Situation akzeptieren zu lernen. Andererseits kann ausgehend von einer Annah-

Sitzungsinhalte	Vorgehen/Therapieziele
1. Sitzung: Einführung in das Behandlungsprogramm, Informationen zum Thema „Haut und Narben“	■ Vorstellung des Gruppenprogramms ■ Kennenlernen der Teilnehmer ■ Erwartungsabgleich ■ Informationsvermittlung zum Thema Narben ■ Einführung in die Entspannungsmethode Progressive Muskelrelaxation (PMR)
2. Sitzung: Expertenfrageunde zum Thema „Haut und Narben, Schmerz und Schmerzbewältigung“	■ Schaffen eines Frageforums für die Patienten ■ Wissensvermittlung zu Schmerzen und Schmerzbewältigung ■ Erarbeiten von Bewältigungsstrategien und Handlungsplänen für Schmerzsituationen
3. Sitzung: Seelische Belastungen in der Folge schwerer Brandverletzungen	■ Informationsvermittlung ■ Enttabuisierung/-dramatisierung ■ Erarbeitung von Bewältigungsstrategien
4. Sitzung: Umgang mit dem veränderten Körper	■ Aufbau und Stärkung positiver Empfindungen und Kognitionen gegenüber dem eigenen Körper ■ Offenes Thematisieren von Problemen im Umgang mit dem eigenen Körper ■ Verbesserung der Entspannungs- und Genussfähigkeit
5. Sitzung: Stress und Stressbewältigung	■ Informationsvermittlung zur Entstehung und zum Wesen von Stress ■ Vermittlung von Stressbewältigungsstrategien
6. Sitzung: Kompetenz im Umgang mit sozialen Reaktionen auf die Brandverletzung, Teil 1	■ Aufbau spezieller sozialer und kommunikativer Kompetenzen im kompetenten Umgang mit den Reaktionen anderer auf den Unfall und die Verletzung/-folgen, z. B. mit unerwünschten Blicken anderer auf die Narben
7. Sitzung: Kompetenz im Umgang mit anderen, Teil 2: Wie kann ich Kontakte angenehm gestalten?	■ Steigerung der sozialen Aktivität, Abbau von Rückzugs- und sozialem Vermeidungsverhalten ■ Erarbeitung eines Verhaltensrepertoires für schwierige soziale Situationen ■ Thematisieren von spezifischen Problemen mit Angehörigen
8. Sitzung: Abschlusssitzung	■ Bilanz und Reflexion des Erreichten ■ Verabschiedung ■ Verankern der eigenen Ressourcen und Kompetenzen im Umgang mit Stress und schwierigen Situationen im Alltag

Tabelle 1: Inhaltliche Bausteine des Gruppenbehandlungsprogramms

me der bisherigen Bewältigungsversuche des Patienten die Möglichkeit eröffnet werden, in einigen Bereichen Veränderungen anzustoßen und erste Schritte begleitend zu unterstützen. Beide Elemente sind gleichwertige und wichtige Schritte im Vorgehen des Konzepts. Wertschätzung und Ressourcenorientierung stellen die Basis der therapeutischen Grundhaltung dar.

Sicherlich ist es nicht möglich, alle für die psychotherapeutische Unterstützung von Brandverletzten relevanten Aspekte im Rahmen eines komprimierten Gruppenprogramms erschöpfend zu behandeln. Vielmehr ist es Ziel, einen ersten Überblick zu geben, einzelne Problembereiche herauszugreifen und exemplarisch zu vertiefen. Die Gruppe stellt *keine* Alternative zur psychotherapeutischen Einzelbehandlung dar, sondern ist als Ergänzung hierzu wie auch

zur medizinischen Behandlung zu verstehen. Bei brandverletzten Patienten mit manifesten psychischen Störungen, z. B. mit Depression, Anpassungsstörung oder Posttraumatischer Belastungsstörung, kann die Gruppe flankierend zur Einzeltherapie eingesetzt werden. Für andere Patienten bietet die Gruppe die Möglichkeit, mit psychologischer Beratung in ersten Kontakt zu treten, sich einen Überblick über verschiedene, für Brandverletzte relevante Themenbereiche zu verschaffen und eventuell bestehende Berührungängste hinsichtlich psychologischer Unterstützung abzubauen.

Das von uns entwickelte Gruppenprogramm macht Anleihen bei anderen, bereits erprobten Konzepten, z. B. bei Programmen zur Depressionsprophylaxe (vgl. Kühner & Weber, 2001) und zur Stressbewältigung (vgl. z. B. Kaluza, 2004). In der

Patientendaten im Griff



Datenschutz in der Arztpraxis

Ein Leitfaden für den Umgang mit Patientendaten

Von Dr. Andreas Höpken und Helmut Neumann

2., überarbeitete Auflage 2008

96 Seiten. Kartoniert. € 29,80

ISBN 978-3-8114-3461-5

Mit diesem Leitfaden bekommen Sie das Thema Datenschutz schnell und einfach in den Griff. Das Buch liefert Ihnen zielgerichtet die wesentlichen Informationen, die Sie für den datenschutzgerechten Umgang mit Patientendaten benötigen. Die Darstellung der rechtlichen Anforderungen beinhaltet auch konkrete Handlungsanweisungen. Checklisten erleichtern Ihnen das Strukturieren der organisatorischen Abläufe. Konkrete Tipps für den Praxisalltag reichen von der Praxiseinrichtung bis zum Umgang mit dem Praxis-PC und insbesondere den Aktivitäten der Arztpraxis im Internet.

Auch Datenschutzpraktiker oder Datenschutzbeauftragte, die sich neu mit dem Thema auseinandersetzen müssen, finden grundlegende Informationen und praktische Handlungsalternativen.



„Die Broschüre ‚Datenschutz in der Arztpraxis‘ gibt einen kompakten Einstieg in das Thema und richtet sich vor allem an Praxen, die aufgrund der neuen gesetzlichen Regelungen keinen betrieblichen Datenschutzbeauftragten zu bestellen haben.“

Deutsches Ärzteblatt

Zusammenstellung und Kombination der einzelnen Module und Inhalte ist das vorliegende Programm jedoch als einzigartig anzusehen, da es das erste spezifische Konzept für Menschen mit Brandverletzungen ist. Es geht auf Themen ein, die auf die Bedürfnisse und Interessen dieser speziellen Patientengruppe abgestimmt sind, z. B. werden Informationen zum Umgang mit Narben gegeben. Wir gehen davon aus, dass das Grundkonzept auch für den Einsatz bei Menschen mit äußeren Entstellungen ganz allgemein oder bei Patienten nach anderen schweren äußerlich verheerenden Unfällen geeignet ist. Die Anwendbarkeit des geschilderten Gruppenkonzepts bei Patienten, bei denen wesentliches therapeutisches Ziel eine Anpassung an krankheits- oder unfallbedingte äußerliche Veränderungen ist, sollte in Zukunft überprüft werden.

Inhaltliche Bausteine des Gruppenbehandlungsprogramms: Tabelle 1 listet überblickartig neben thematischen Einheiten der einzelnen Sitzungstermine, wesentliche hiermit einhergehende Vorgehensweisen und Therapieziele auf.

Ausgestaltung der einzelnen Sitzungen: Alle acht Sitzungen haben einen ähnlichen strukturellen Aufbau. Im Anschluss an eine Einleitung und die Besprechung der Hausaufgaben der letzten Stunde wird das Thema der Stunde bearbeitet, entweder in Form von Informationsgabe, einer Gruppendiskussion mit Auswertung oder über Rollenspiele und Verhaltensexperimente. Am Ende jeder Stunde werden Hausaufgaben zum aktuellen Sitzungsthema aufgegeben und eine PMR-Entspannungsübung durchgeführt. Ein Abschlussblitzlicht und eine Feedbackrunde runden jede Stunde ab.

Bezüglich des genauen Vorgehens in den einzelnen Sitzungen sei auf das in Kürze publizierte Gruppenmanual verwiesen (Holtfreich et al., in Druck). Zur Verdeutlichung des Konzepts soll an dieser Stelle exemplarisch auf zwei Themenblöcke des Programms, die „Herzstücke“ des Behandlungskonzepts, eingegangen und das konkrete therapeutische Vorgehen skizziert werden.

Die *Bearbeitung des Körperkonzepts* (Sitzung 4) zieht sich indirekt durch alle Sit-

zungen, denn stets ist es übergeordnetes Ziel, die Selbstfürsorge der Patienten zu verbessern und sie zu einem achtsamen Umgang mit dem eigenen Körper zu ermutigen. Im Rahmen der vierten Sitzung wird das Körperkonzept explizit bearbeitet. Zunächst berichten die Patienten anhand geleiteter Fragen, was sich für sie im Umgang mit ihrem Körper durch den Brandunfall verändert hat. Hierbei sollten auch mögliche positive Auswirkungen zur Sprache kommen, Entwicklungen und Veränderungen im Langzeitverlauf sowie der Umgang mit den Narben in der Öffentlichkeit. In einem anschließenden psychoedukativen Teil zur kognitiven Umstrukturierung werden Zusammenhänge zwischen Denken, Fühlen und Verhalten in Form eines negativen Kreislaufs (z. B. Gedanke: „Die Narben sind eklig!“, Gefühl: Angst, Scham; Verhalten: Rückzug) und eines positiven Kreislaufs (z. B. Gedanke: „Narben sind ein Zeichen der Heilung.“, „Sie sind nur ein Teil von mir.“; Gefühl: Ausgeglichenheit; Verhalten: soziale Aktivität) dargestellt und auf die Entstehung und Auswirkungen von Vermeidungsverhalten eingegangen. Angeregt durch das Modell werden die Patienten dazu befragt, welche hilfreichen Gedanken zu ihren Narben und ihrem Äußeren sie von sich selbst kennen. Es wird zusätzlich eine Liste potenziell hilfreicher Gedanken und Bewertungen vorgestellt, aus welcher die Teilnehmer die für sie subjektiv stimmigen Alternativen auswählen sollen und die Aufgabe erhalten, diese im Verlauf der kommenden Woche bis zur nächsten Sitzung einzusetzen und zu erproben.

Im Rahmen des Moduls zu *spezifischen sozialen Kompetenzen im Umgang mit Reaktionen auf Brandnarben* (Sitzung 6 und 7) soll den Patienten Sicherheit in der Bewältigung schwieriger sozialer Situationen vermittelt werden. Hierzu erfolgt zunächst Psychoedukation zur Bedeutung von Blicken, Kommunikation, Neugierreaktionen bei Ungewöhnlichem etc. Hierauf aufbauend werden Zusammenhänge zwischen der Interpretation einer Situation (z. B. Deutung von Blicken anderer), Gefühlen und dem hierdurch hervorgerufenen Verhalten thematisiert. Dann wird die Gruppe zur Durchführung von verschiedenen Rollenspielen angeregt, innerhalb derer es darum geht,

starrenden Leuten oder schwierigen Kommentaren Außenstehender zu begegnen. Es soll mit unterschiedlichen Interpretationsmöglichkeiten und damit einhergehenden verschiedenen Verhaltensweisen experimentiert werden (z. B. „Sie finden mich abstoßend und ekelhaft.“ vs. „Wahrscheinlich haben sie noch nie einen Brandverletzten gesehen. Sie brauchen eine Weile, um sich an meinen Anblick zu gewöhnen. Das ist eine normale Neugierreaktion bei Ungewohntem.“). Eine weitere Rollenspielvariante besteht aus dem Nachstellen von Situationen, innerhalb derer der Verletzte direkt auf sein Äußeres angesprochen wird („Was ist denn mit Dir passiert?“). Hierbei haben die Teilnehmer die Möglichkeit, sich ein Repertoire unterschiedlichster Antwortalternativen zurechtzulegen und diese in ihren Auswirkungen auf das Gegenüber und den Kontakt auszuprobieren, z. B. Varianten, die das Thema sofort beenden, solche, die überleitend Gesprächsangebote für andere Themenbereiche offerieren, oder solche, welche Bereitschaft zu weiterer persönlicher Auskunft signalisieren usw. Die Auswertung aller gemachten Rollenspiele erfolgt stets unter Ressourcenperspektive.

4. Evaluation des Behandlungsprogramms

Aktuell wird in einem weiterhin vom DGUV finanzierten Folgeforschungsvorhaben das skizzierte Gruppenbehandlungsprogramm an verschiedenen Standpunkten in Deutschland in Form eines Kontrollgruppendesigns evaluiert. Insgesamt fünf Zentren, an denen Rehabilitation für Schwerbrandverletzte stattfindet, nehmen an dieser Studie teil. Neben dem Schwerbrandverletztenzentrum der BG Unfallklinik Ludwigshafen, des Unfallkrankenhauses Berlin und des BG-Unfallkrankenhauses Hamburg sind dies die Moritz Klinik in Bad Klosterlausnitz und das Rehabilitationszentrum der Kliniken Passauer Wolf in Bad Griesbach-Therme. In regelmäßigen Zeitabständen finden dort Gruppen für Schwerbrandverletzte nach dem skizzierten Konzept statt. Auch die ambulante Teilnahme durch Patienten, bei denen die Brandverletzung

schon länger zurück liegt und die eventuell derzeit keine weiteren medizinischen Behandlungen erhalten, die aber nach wie vor Probleme im Umgang mit und der Anpassung an die Verletzungsfolgen haben, ist möglich.⁵

5. Bisherige therapeutische Erfahrungen im Einsatz des Behandlungsprogramms

In den bisher durchgeführten Gruppen zeigt sich eine hohe subjektive Zufriedenheit der Teilnehmer. Sehr positive Resonanz erzielten vor allem immer wieder die Durchführung von Rollenspielen zum Umgang mit der Brandverletzung in der Öffentlichkeit sowie die Anregung zu kognitiven Umbewertungen subjektiv schwieriger Situationen. Die Patienten erlebten es als sehr unterstützend, verschiedene Antwortmöglichkeiten vorbereiten und einüben zu können und berichteten häufig von unmittelbaren Auswirkungen dieser Stunden auf ihre soziale Aktivität und ihr Zutrauen in ihre eigenen Fähigkeiten, fordernde soziale Situationen zu meistern. Vom Angebot, PMR zu erlernen, profitierten viele Gruppenmitglieder nach eigener Aussage sehr. Auch die psychoedukativen Bausteine zum Thema „Haut und Narben“ sowie zu psychischen Folgen schwerer Unfälle wurden ebenfalls sehr positiv bewertet. Als besonders hilfreich und wichtig wurde von den Teilnehmern auch der Austausch und Kontakt untereinander hervorgehoben. Es wurde begrüßt, dass die Gruppe ausschließlich für brandverletzte Patienten angeboten wurde und somit viele Gemeinsamkeiten unter den Teilnehmern bestanden, was eine hohe Gruppenkohäsion ermöglichte. Eine sehr interessante Feststellung war bei den bisher durchgeführten Gruppendurchläufen die Erfahrung, dass sich das Repertoire der in den Sitzungen angebotenen Themen sehr stark mit den zu Gruppenbeginn von den Teilnehmern geäußerten Erwartungen deckte. Es scheint uns also tatsächlich gelungen zu sein, in unserem Gruppenbehandlungskonzept die wesentlichen relevanten Themenbereiche für die Patientengruppe der Schwerbrandverletzten zusammenzustellen.

6. Auswirkungen der Arbeit mit schwerbrandverletzten Patienten auf den Therapeuten

„Ist es nicht extrem belastend, mit schwerbrandverletzten Patienten zu arbeiten?“ Diese oder ähnliche Fragen bekommt man häufig gestellt, wenn man sich Kollegen, Freunden oder Bekannten gegenüber über seine Tätigkeit äußert. Natürlich kann die Arbeit mit körperlich so schwer versehrten Menschen fordernd und sehr belastend sein. Selbstverständlich muss jeder Therapeut allem voran für sich selbst die Entscheidung treffen, ob er oder sie es sich prinzipiell vorstellen kann, schwerpunktmäßig mit körperlich schwer versehrten Menschen zu arbeiten. Insbesondere im Bereich der Intensivstation und Akutversorgung ist die therapeutische Arbeit mit Schwerbrandverletzten und ihren Angehörigen für einen Psychologen anstrengend und durch zahlreiche Belastungsfaktoren und extreme Bedingungen gekennzeichnet, wie z. B. auch hohe Temperaturen und penetrante Gerüche im Zimmer des Patienten. Die Auseinandersetzung mit dem schweren Unfall, dem drohenden Tod des Verletzten, den Behandlungsprozeduren, dem Anblick der unbekleidet daliegenden versehrten Körper und der Apparatedizin, der unklaren Prognose und der Angst der Angehörigen ist belastend. Hier ist der enge Austausch mit dem interdisziplinären Behandlungsteam bestehend aus Ärzten, Pflegepersonal, Ergo- und Physiotherapeuten sowie Sozialarbeitern unterstützend und kann viele der geschilderten Belastungen auffangen und abmildern, ferner ist regelmäßige Supervision und Intervention im Kollegenkreis stützend. In der Supervision, welche von einem Psychotherapeuten geleitet werden sollte, der speziell in den Bereichen „Notfallpsychologie“ und „Traumabehandlung“ weitergebildet sein und idealerweise selbst über Erfahrungen in der Arbeit mit Schwerbrandverletzten oder schwer Unfallverletzten verfügen sollte, muss ausdrücklich für Selbsterfahrung Raum eingeräumt werden.

5 Brandverletzte Teilnehmer und Teilnehmerinnen für weitere Gruppendurchläufe werden derzeit gesucht. Interessierte Personen können sich direkt an die teilnehmenden Zentren wenden.

Ihre Praxis im...

Rhein-Main-Gebiet

Standort: Frankfurt

Rhein-Main-Residenz

Praxisflächen von 65 m² bis 250 m²

Standort: Neu-Isenburg

Exklusives Lofthaus

Praxisfläche ca. 156 m²

Standort: Rödermark

Residenz am Badehaus

Praxisfläche von 100 m² bis 165 m²

Ihre Vorteile:



- sehr gute Sichtlagen
- Beste Infrastruktur
- Miete oder Kauf möglich
- Moderne Ausstattung
- Erstbezug (Neubaubjekte)

Telefon : 06103 / 804 990
www.vetterundpartner.de

**Milton Erickson Institut –
M.E.G. Bonn**

Institut Systeme Anne M. Lang

Weiterbildungen für Hypnose,
Hypnotherapie und Systemisches Arbeiten

3 Hypnose Weiterbildungen

1. Klinische Hypnose für Psychotherapeuten „KliHyp-MEG“

(8 Grund-, 4 Anwendungsseminare

u. Supervision je **30 Kammer-Punkte**)

Start: 27.-29.08.09

2. Medizinische Hypnose für Ärzte

aller Fachrichtungen „MedHyp-MEG“

(Mi.-nachmittags 12 Grund-, 4 Anwendungsseminare u. Supervision, je **10 Kammer Punkte**)

Start: 20.01.10 Mi.- Nachm.

3. Ericksonsches Coaching für Coaches/ Berater „KomHyp-M.E.G.“

(8 Grund-, 4 Anwendungsseminare u. Supervision)

Start: 10.-12.09.2009

Praxisseminare offen buchbar

Supervisionen offen buchbar

Info-Abende kostenfrei:

17.06.; 08.07.; 19.08.; 11.11.09

Sekretariatskernzeit: 8.30-13.30 Uhr

Tel: **0228-94 93 120**

www.meg-bonn.de

www.institut-systeme.de

Zusätzlich zur Supervision entlastend ist der Austausch mit Kollegen, welche in der Schwerbrandverletztenrehabilitation arbeiten, erhält man doch hier immer wieder Informationen darüber, wie sich Patienten im Langzeitverlauf weiterentwickeln und stabilisieren und damit Zugang zu einer langfristigeren Perspektive, die in vielen Fällen Hoffnung macht.

Gerade dann, wenn bisher wenig Erfahrung in diesem speziellen Bereich vorliegt, wenn also beispielsweise der Anblick brandverletzter Menschen noch unvertraut ist, kann die Konfrontation mit der brandverletzten Haut oder mit von Brandnarben stark gezeichneten Menschen schockierend sein. Unsere Erfahrung ist jedoch, dass man sich hieran sehr schnell gewöhnt und es oft nur wenige Konfrontationen benötigt, um das unter Umständen entstellte Aussehen einer Person als vertraut und völlig „normal“ zu empfinden. Ergänzt sei an dieser Stelle, dass dies ja auch ein zentraler Aspekt unseres Behandlungsprogramms in der Bearbeitung des Körperkonzepts ist, den wir unseren Patienten zu vermitteln versuchen, dass nämlich ihr Äußeres von anderen toleriert und als „normal“ empfunden werden kann, so das Gegenüber die Möglichkeit hat, sich nach einer ersten neugierigen Orientierungsreaktion hieran zu adaptieren.

Die Arbeit mit schwerbrandverletzten Patienten konfrontiert den Therapeuten immer wieder aufs Neue mit existenziellen Themen, rückt die Verletzlichkeit und Endlichkeit der menschlichen Existenz ins Blickfeld. Dies kann – gerade auch in besonderen Lebensphasen wie beispielsweise bei Konfrontation mit schwerer Krankheit am eigenen Leib oder im Familien- und Freundeskreis, bei Schwangerschaft etc. – belastend und überfordernd sein und eine verstärkte Angst vor eigenen oder wichtige Bezugspersonen betreffenden Unfällen, unkontrollierbaren Katastrophensituationen etc. auslösen. Unserer Erfahrung nach ist jedoch ebenso das Erleben von einer tiefen Bereicherung durch die Konfrontation mit existenziellen Themen möglich im Sinne eines spirituellen Wachstums (vgl. Yalom, 2000). Es ist immer wieder berührend, längere Behandlungsverläufe von Schwerstverletzten mitzuerleben, de-

ren Entwicklung begleiten zu dürfen und dabei zu erfahren, zu welch enormen Bewältigungsleistungen Menschen fähig sind. Natürlich ist regelhafte Supervision sowie der kollegiale Austausch in Form von Teambesprechungen und Intervisionsgruppen sehr hilfreich dabei, das Gleichgewicht zwischen der geschilderten Überforderung auf der einen und Bereicherung auf der anderen Seite zu finden.

7. Ausblick

Die Evaluation des Programms wird derzeit durchgeführt, die Publikation des Gruppenmanuals erfolgt in Kürze (Holtfrerich et al., in Druck). Wir sind davon überzeugt, dass mit dem Gruppenangebot von psychotherapeutischer Seite ein zentraler Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität und Rehabilitation schwer brandverletzter Menschen geleistet wird. Sicherlich ist zu diskutieren, inwiefern es möglich wäre, das Programm umfangreicher zu gestalten und zu erweitern, beispielsweise noch mehr körpertherapeutische Übungen miteinzubeziehen und für manche Themenbereiche mehr als nur eine Stunde zur Verfügung zu haben. Das mit acht Sitzungen sehr knapp gehaltene Programm stellt eine ökonomische Variante dar, die sich an kurze stationäre Rehabilitationsdauern anpasst.

Ungeachtet der Relevanz, welche das entwickelte Gruppenprogramm für die multiprofessionelle Rehabilitation von schwerbrandverletzten Patienten hat, ist abschließend die Wichtigkeit von zusätzlichen psychologischen Unterstützungsangeboten in Form der Einzel- und der Angehörigenbetreuung zu betonen. Die Tätigkeit eines klinischen Psychologen in einem Schwerbrandverletzentzentrum umfasst ein weites Spektrum an therapeutischen Angeboten, beispielsweise Traumatherapie, Vermittlung von Bewältigungsstrategien im Umgang mit starken Schmerzen und schmerzhaften Verbandswechseln sowie die Unterstützung der Angehörigen, welche häufig stark belastet sind. Die Möglichkeit psychologischer Betreuung sollte in Zukunft noch selbstverständlicher Bestandteil der Akutbehandlung und Rehabilitation Schwerbrandverletzter sein. Denn nur durch multiprofessionelles Vorgehen

und die Ausrichtung an einem bio-psycho-sozialen Modell ist es möglich, die großen Herausforderungen, vor welche die Verbrennungsmedizin alle Behandelnden stellt, konstruktiv zu bewältigen. Es wäre wünschenswert, dass psychische Aspekte im Rahmen der Gesamtbehandlung Brandverletzter mehr Berücksichtigung finden. Zitate wie das folgende, das von einem Patienten aus einer unserer Interviewstudien stammt, würden dann der Vergangenheit angehören: „Um meinen Körper haben sie sich gekümmert, aber für das Innere, für die Psyche, wird nichts gemacht, da ist man ganz alleine.“

Unser ganz herzlicher Dank gilt Prof. Dr. med. Günter Germann, Dipl.-Psych. Sabine Ripper, Dr. phil. Dipl.-Psych. Annette Stolle, Dipl.-Psych. Annika Seehausen, Dipl.-Psych. Diemut Holtfrerich, Dipl.-Psych. Gerhard Wind sowie Dr. med. Bernd Hartmann.

8. Literatur

- Altier, N., Malenfant, A., Forget, R. & Choiniere, M. (2002). Long-term adjustment in burn victims: a matched-control study. *Psychological Medicine*, 32, 677-685.
- Astin, J. (2004). Mind-body therapies for the management of pain. *Clinical Journal of Pain*, 20 (1), 27-32.
- Bernstein, L., Jacobsberg, L., Ashman, T., Musagni, G., Goodwin, C.W. & Perry, S. (1992). Detection of alcoholism among burn patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 43 (3), 255-256.
- Bruck, J.C., Müller, F.E. & Steen, M. (Hrsg.). (2002). *Handbuch der Verbrennungsmedizin*. Landsberg: ecomed.
- Ehde, D. M., Patterson, D.R., Wiechmann, S.A. & Wilson, L.G. (1999). Post-traumatic stress symptoms and distress following acute burn injury. *Burns*, 25, 587-592.
- El hamaoui, Y., Yaalaoui, S., Chihabessine, K., Boukind, E. & Moussaoui, D. (2002). Post-traumatic stress disorder in burned patients. *Burns*, 28, 647-650.
- Flatten, G., Wälte, D. & Perlitz, V. (2008). Self-efficacy in acutely traumatized patients and the risk of developing post-traumatic stress syndrome. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 5, 1-8.

- Foa, E., Riggs, D., Dancu, C. & Rothbaum, B. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-474.
- Germann, G., Wentzensen, A., Brandt, K.A. & Steinau, H.U. (1999). *Denkschrift Rehabilitation Brandverletzter. Empfehlungen des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften*. Köln: HVBG Öffentlichkeitsarbeit.
- Görlitz, G. (2005). Körperorientierte Übungen für Erwachsene, Kinder und Jugendliche. In: S.K.D Sulz, L. Schrenker & C. Schricker (Hrsg.), *Die Psychotherapie entdeckt den Körper – oder: Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit* (S. 25-47). München: CIP-Medien.
- Herrmann, C. & Buss, U. (1994). Vorstellung und Validierung einer deutschen Version der „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HAD-Skala). Ein Fragebogen zur Erfassung des psychischen Befindens bei Patienten mit körperlichen Beschwerden. *Diagnostica*, 40, 143-154.
- Holtfrerich, D., Ripper, S., Seehausen, A., Stolle, A., Wallis, H. & Renneberg, B. (in Druck). *Ein Gruppenbehandlungsprogramm für Brandverletzte in der Rehabilitation. Manual*.
- Kaluza, G. (2004). *Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Berlin: Springer.
- Klaghofer, R. & Brähler, E. (2001). Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49, 115-124.
- Kühner, C. & Weber, I. (2001). Depressionen vorbeugen. *Ein Gruppenprogramm nach R.F. Munoz. Reihe: Therapeutische Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Künzi, W. & Wedler, V. (2004). *Wegweiser Verbrennungen. Beurteilung und Behandlung von Verbrennungen bei Erwachsenen*. Pambio-Noranco: IBSA Institut Biochemie SA.
- Malt, U.F. & Ugland, O.M. (1989). A long-term psychosocial follow-up study of burned adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80 (Suppl. 355), 94-102.
- Newell, R. (2001). *Body image and disfigurement care*. London: Routledge essentials for nurses.
- Ohm, D. (1999). *Progressive Relaxation. Tiefmuskulaturspannung nach Jacobson. Einführung und Übungen. Kombinationsmöglichkeiten mit dem Autogenen Training* (3. Auflage). Stuttgart: Trias.
- Pallua, N., Künsebeck, H.W. & Noah, E.M. (2003). Psychosocial adjustment 5 years after burn injury. *Burns* 29 (2), 143-152.
- Partridge, J. (1997). About Changing Faces: promoting a good quality of life for people with visible disfigurements. *Burns*, 23, 186-187.
- Partridge, J. & Robinson, E. (1995). Psychological and social aspects of burns. *Burns*, 21 (6), 453-457.
- Patterson, D.R., Everett, J.J., Bombardier, C.H., Questad, K.A., Lee, V.K. & Marvin, J.A. (1993). Psychological Effects of Severe Burn Injuries. *Psychological Bulletin*, 113 (2), 362-378.
- Pruzinsky, T. (1998). Rehabilitation challenges for burn survivors with residual disfigurement: promising directions for interventions, research and collaboration. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 19, 169-173.
- Ptacek, J.T., Patterson, D.R. & Heimbach, D.M. (2002). Inpatient depression in persons with burns. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 23 (1), 1-9.
- Renneberg, B., Seehausen, A. & Ripper, S. (2008, Juli). *Predictors of quality of life after severe burn injury*. Vortrag auf dem International Congress of Psychology, Berlin.
- Rief, W. & Hiller, W. (1998). *Somatisierungsstörung und Hypochondrie. Reihe: Fortschritte der Psychotherapie, Band 1*. Göttingen: Hogrefe.
- Ripper, S., Renneberg, B., Wallis, H., Bröcking, K. & Ofer, N. (2007). Arbeitsfähigkeit, Belastungen und Ressourcen nach schweren Brandverletzungen. *Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 78, 237-243.
- Robinson, E., Rumsey, N. & Partridge, J. (1996). An evaluation of the impact of social interaction skills training for facially disfigured people. *British Journal of Plastic Surgery*, 49, 281-289.
- Rosenbach, C. & Renneberg, B. (2008). Positive change after severe burn injuries. *Journal of Burn Care and Research*, 29, 638-643.



Berliner Institut für Familientherapie
Systemische Therapie · Supervision
Beratung und Fortbildung e.V.
www.bif-systemisch.de

Systemische Beratung in der Sozialen Arbeit (SG)

Systemische Therapie / Familientherapie (SG)

Systemische Kinder- und Jugendtherapie

Systemische Supervision (DGSv und SG) Beginn: 10/09

Ergänzungsweiterbildung Supervision (DGSv)

Systemische Beratung und Prozessbegleitung (SG) bzw.

Systemische Beratung und Unternehmensentwicklung (SG)

Systemisches Coaching (SG) Beginn 22.06.09

Sommerworkshop: 15. – 17.07.09

Seminar: Family Group Conference 26./27.09.09

Dozent: Andreas Hampe-Grosser, Berlin

BIF – Berliner Institut für Familientherapie e.V.

Dudenstr. 10, 10965 Berlin,

☎ 2 16 40 28, ☎ 2 15 76 35

E-Mail: info@bif-systemisch.de,

Internet: www.bif-systemisch.de



Institut für Integrative Gestalttherapie
Anerkannter Fortbildungsveranstalter

Weiterbildung in Gestalttherapie
Informations- und Auswahlseminare 2009

München	03.07.-04.07.2009
Freiburg	30.10.-31.10.2009
Würzburg	09.10.-10.10.2009
Zürich	05.06.-06.06.2009

Fortbildungen:

Systemisches GestaltCoaching - 12-tägige Fortbildung für Berater, Trainer und Therapeuten.

Gestalt Kinder- und Jugendtherapie – 16-tägige Fortbildung.

Kompakttraining in integrativer Gestalttherapie
vom 09. bis 21.08.2009 in Ellwangen

Tagung: **Gestalt und Politik**
vom 06.11. bis 08.11.2009 in Würzburg

Anmeldungen und ausführliches Informationsmaterial erhalten Sie von

IGW Würzburg

Theaterstraße 4
D-97070 Würzburg

Tel.: 0931/35 44 50, Fax: 0931/35 44 544

E-Mail: Monika.Uhlschmidt@igw-gestalttherapie.de

Internet: www.igw-gestalttherapie.de

- Rossi, L.A., da Vila, V., Zago, M.M.F. & Ferreira, E. (2005). The stigma of burns perceptions of burned patients' relatives when facing discharge from hospital. *Burns*, 31, 37-44.
- Saffle, J.R. (1998). Predicting outcomes of burns. *New England Journal of Medicine*, 338 (6), 387-388.
- Sulz, S.K.D., Schrenker, L. & Schricker, C. (Hrsg.). (2005). *Die Psychotherapie entdeckt den Körper – oder: Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit*. München: CIP-Medien.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (3), 455-472.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15 (1), 1-18.
- Tedstone, J.E. & Tarrier, N. (1997). An investigation of the prevalence of psychological morbidity in burn-injured patients. *Burns*, 23 (7/8), 550-554.
- Thompson, A. & Kent, G. (2001). Adjusting to disfigurement: Processes involved in dealing with being visibly different. *Clinical Psychology Review*, 21 (5), 663-682.
- Van-Loey, N.E., Faber, A.W. & Taal, L.A. (2001). A European hospital survey to determine the extent of psychological services offered to patients with severe burns. *Burns*, 27, 23-31.
- Van Loey, N.E. & Van Son, J.M. (2003). Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars. *American Journal of Clinical Dermatology*, 4 (4), 245-272.
- Wallace, M. & Lees, J. (1988). A psychological follow-up study of adult patients discharged from a British burn unit. *Burns*, 14 (11), 39-45.
- Wallis, H. (2006). *Entwicklung eines Gruppenbehandlungsprogramms für Brandverletzte in der Rehabilitationsphase*. Unveröffentlichte Dissertation, Ruprecht-Karls-Universität, Heidelberg.
- Wallis, H., Renneberg, B., Ripper, S., Germann, G. Wind, G. & Jester, A. (2006). Emotional distress and psycho-social resources in the recovery from severe burn injury. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 27 (5), 734-741.
- Wallis, H., Renneberg, B., Neumann, M., Ripper, S. & Bastine, R. (2007). Ressourcen und Belastungsfaktoren nach schweren Brandverletzungen – eine qualitative Studie zwei Jahre nach dem Unfall. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 28, 173-187.
- Waymack, J.P. & Rutan, R.L. (1994). Recent advances in burn care. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 31, 230-238.
- Wiechman, S.A. & Patterson, D.R. (2004). Psychosocial Aspects of burn injuries. *British Medical Journal*, 329, 391-393.
- Yalom, I. (2000). *Existenzielle Psychotherapie* (3. Auflage). Köln: Edition Humanistische Psychologie.



Dr. phil. Hanna Wallis-Simon

Diplom-Psychologin,
Psychologische Psychotherapeutin (VT)
BG Unfallklinik Ludwigshafen
Klinik für Hand-, Plastische und
Rekonstruktive Chirurgie,
Schwerbrandverletzentzentrum
Ludwig-Guttmann-Straße 13
67071 Ludwigshafen/Rhein
wallis@bgu-ludwigshafen.de



Prof. Dr. Babette Renneberg

Freie Universität Berlin
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin
b.renneberg@fu-berlin.de