



VINCERA
Kliniken



Break & Brain
Online-Fortbildung

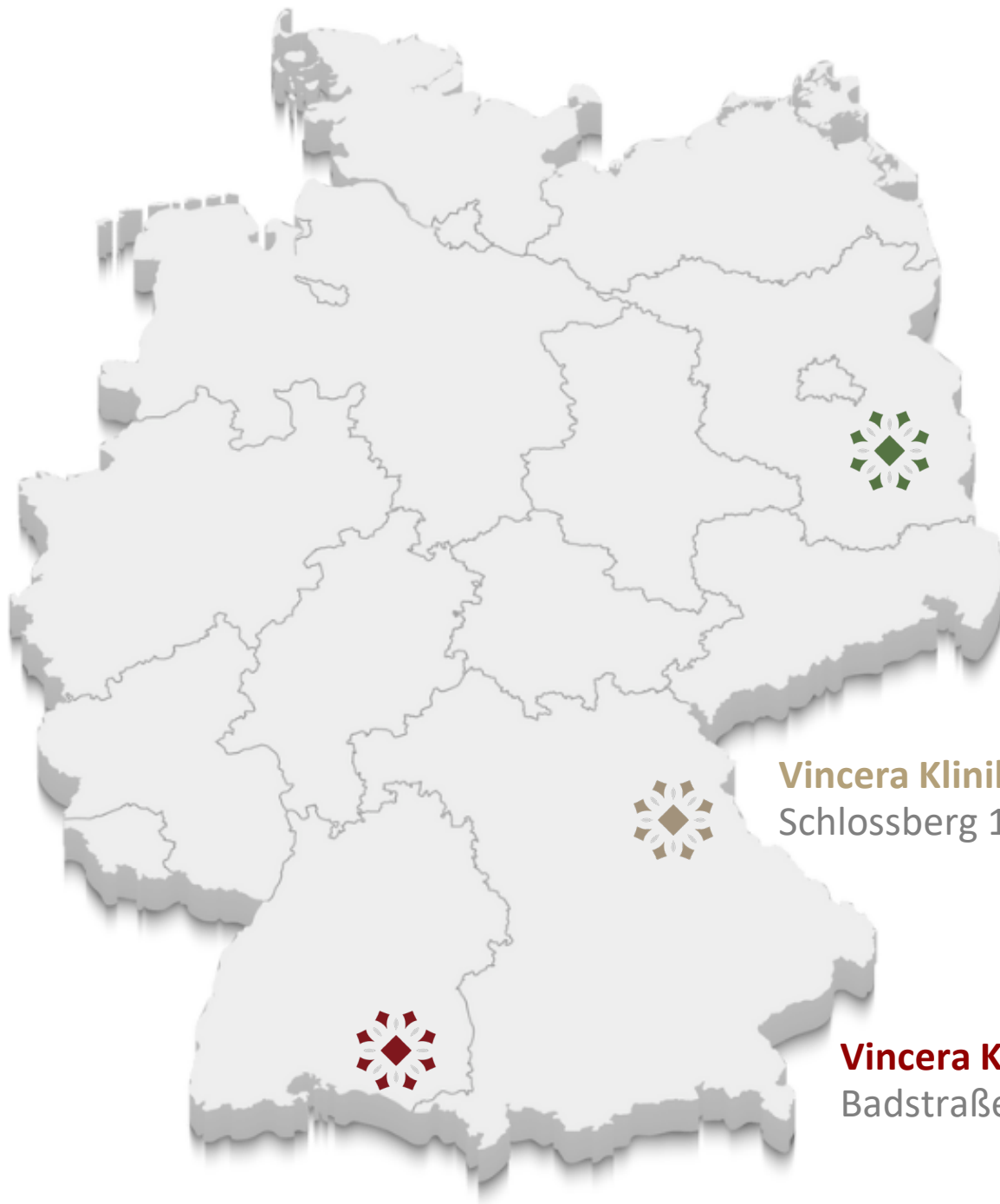
**„3 Kliniken – 3 Fälle:
Spannende Interventionen aus der Praxis“**

Prof. Dr. med. Kamila Jauch-Chara, Vincera Klinik Bad Waldsee

Dr. med. Lisa Fiedler, Vincera Klinik Burg Wernberg

Dr. med. Eberhard Böhme, Vincera Klinik Spreewald

Mittwoch, 12.08.2026



Vincera Klinik Spreewald GmbH
Van der Valk Allee 2 | 15910 Bersteland

Vincera Klinik Burg Wernberg GmbH
Schlossberg 10 | 92533 Wernberg Köblitz

Vincera Klinik Bad Waldsee GmbH
Badstraße 28 | 88339 Bad Waldsee

UNSERE CHEFÄRZTE & HEUTIGE REFERENTEN



 **Dr. med. Lisa Fiedler**
Chefärztin & Ärztliche Direktorin
der Vincera Klinik Burg Wernberg



 **Prof. Dr. med. Kamila Jauch-Chara**
Chefärztin & Ärztliche Direktorin
der Vincera Klinik Bad Waldsee



 **Dr. med. Eberhard Böhme**
Chefarzt & Ärztlicher Direktor
der Vincera Klinik Spreewald



VINCERA

Kliniken



3 Kliniken
3 Fälle



VINCERA
Kliniken



FALLBEISPIEL 1



MULTIMODALE STATIONÄRE BEHANDLUNG EINER PATIENTIN MIT PTBS

Von depressiver Dekompensation zur Integration traumatischer Erfahrungen

Überblick

- Ausgangslage
- Zeitstrahl der Behandlung
- Diagnostische Einordnung und Krankheitsmodell
- „Traumatherapie“ im Längsschnittverlauf

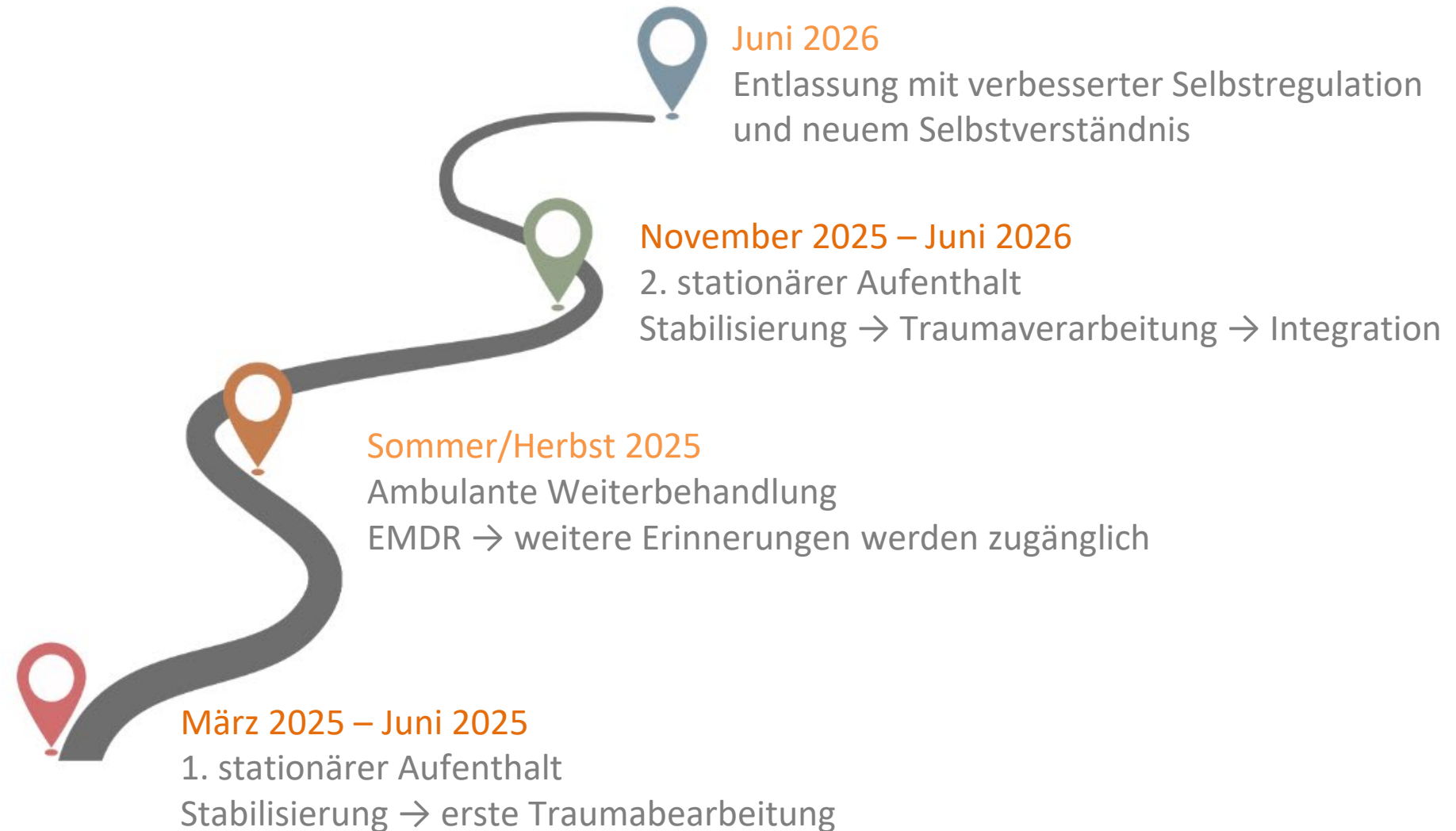
AUSGANGSLAGE & AUFNAHMEINDIKATION



Frau X
49 Jahre
2 Kinder
geschieden

- 49-jährige Patientin, Unternehmerin, beruflich äußerst engagiert, geschieden, 2 Kinder
- Aufnahme zur erstmaligen vollstationären psychosomatischen Behandlung
- Initial im Vordergrund: schwere depressive Symptomatik, ausgeprägte Schlafstörungen
- Ambulante Vorbehandlung: psychiatrisch + psychotherapeutisch → keine ausreichende Stabilisierung, sondern zunehmende Verschlechterung
- **Biographische Belastungen (Auswahl)**
Erste Ehe: Verlust des Ehemannes durch Suizid,
Zweite Ehe: Scheidungen 2022 nach erheblichem Sorgerechtskonflikt, Tod der Eltern mit Verkauf des Elternhauses 2024

ZEITSTRAHL DES BEHANDLUNGSVERLAUFS



BEGINN DER ERSTEN BEHANDLUNG: ORIENTIERUNG & DIAGNOSTIK

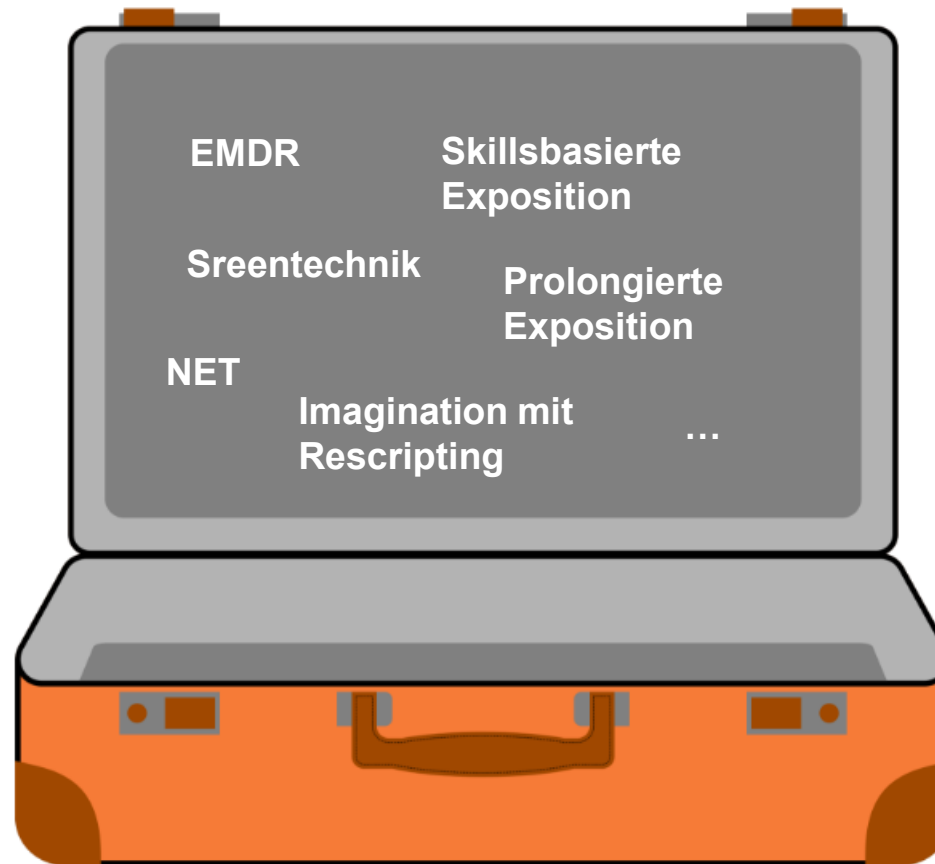
Initiale Symptomatik:

- Kriterien für eine schwere depressive Episode erfüllt
- Zudem massive Anspannung, nächtliches Schreien, Bedrohungserleben, starkes Kontrollbedürfnis

Therapieschwerpunkte:

- Beziehungsaufbau
- Diagnostik
- Integration in das stationäre Setting
- Entlastung, Tagesstruktur, positiver Aktivitätsaufbau, Bewegung, Aufbau sozialer Kontakte

DIAGNOSTISCHE KLARHEIT NACH CA. 4 WOCHEN



Zunehmendes Wiedererleben einer konkreten Situation; Bezug zum Suizid des ersten Ehemannes

Vorgehen:

- Psychoedukation PTBS: Traumagedächtnis, Schrankmodell
- Vorbereitung des traumazentrierten Vorgehens
- 1. Informelle Exposition: Traumabericht
- Dosierte und kontrollierte Exposition
- Kognitive Interventionen

PTBS NACH ICD-10



- Trauma
- Wiederholtes Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen oder Träumen
- Andauerndes Gefühl von emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen, Anhedonie...
- Vermeidungsverhalten
- Vegetative Übererregtheit, Schreckhaftigkeit, Schlaflosigkeit

Einordnung Wiedererleben im AMDP-Befund

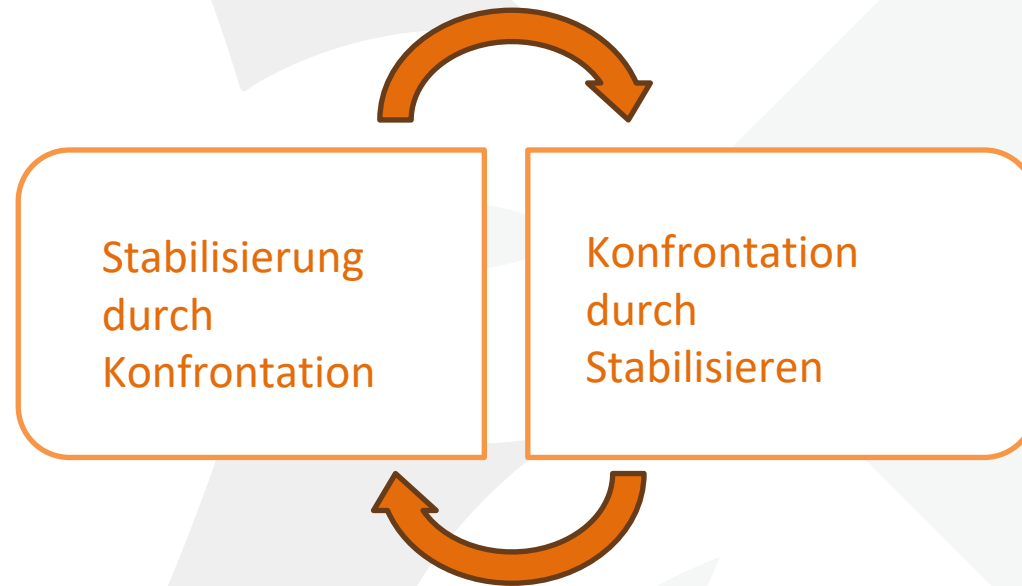
- Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen: Paramnesien. Intrusionen (sich aufdrängende Erinnerungen) und Flashbacks (Nachhallerinnerungen)
- Zusatzmerkmale: Parasomnien (Alpträume)

SCHRANKPARAMETER



VORGEHEN

~~Stabilisierung → Exposition → Integration~~



- Retraumatisierung bedeutet erneute Traumatisierung, was im therapeutischen Setting (hoffentlich) nicht stattfindet
- Eine heilend gestaltete Interaktion und therapeutisches Setting kann nicht retraumatisierend wirken

TRAUMACLUSTER

Neue Erinnerungen eines weiteren „Traumacusters“ als Teil eines dynamischen Prozesses während des ersten Aufenthalts



Nach erster Entlastung:

- erneute Aktivierung mit Unruhe, Ängsten
 - nächtliche Unruhe, nächtliches Schreien, Alpträume
 - Zugang zu weiterer traumatischer Erfahrung: sexueller Übergriff durch zweiten Ehemann
 - Schwerpunkt: Stabilisierung + Konfrontation mit Gegenwartsorientierung
-
- Entlassung in gebessertem Zustand, hohe Leistungsorientierung, hohe Erwartungen an Funktionsniveau, noch getrieben wirkend
 - Ambulante Weiterbehandlung

ZWEITE STATIONÄRE BEHANDLUNG

Erneute Aufnahme nach Auftreten weitere Erinnerungen und „Symptomflut“:

- Flashbacks
- Alpträume
- nächtliches Schreien
- vegetative Übererregung
- Erschöpfung

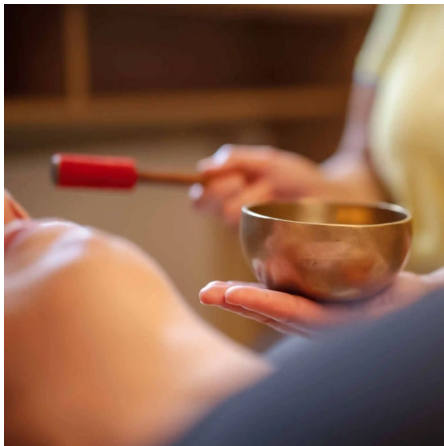
Wiederaufnahme mit Anknüpfen an:

- tragfähige therapeutische Beziehungen
- Bekanntes Setting (Sicherheit)
- erlernte Skills
- Möglichkeit des raschen intensivierten Arbeitens

TRAUMAZENTRIERTES ARBEITEN IM STATIONÄREN RAHMEN

Verlauf:

- Nach und nach Auftreten traumatischer weiterer Erinnerungen
- Neue Erinnerungen wurden zunächst schriftlich strukturiert; dadurch zunehmende Distanzierung und Selbststeuerung
- Sehr kompaktes intensivtherapeutisches Vorgehen im stationären Setting durch 24-Stunden-Betreuung und multimodales Setting möglich



- Expositionen jeweils Anfang der Woche: am selben Tag Klangschale oder Yoga
- Kombination aus Konfrontation, nonverbaler „Weiterverarbeitung“ (KT, MT), Skillstraining, Achtsamkeit, Entspannung, körperlicher Aktivität, sozialen Aktivitäten ...

MULTIMODALE BEHANDLUNG

In Resonanz mit Kognition, Körper, Emotionen, Bedürfnissen und Handeln

Trauma zeigte sich deutlich körperlich:

- Hochanspannung, Schmerzen, vegetative Übererregung, Erstarrungs- und Bedrohungserleben v.a. nachts



Fachtherapien mit Einbezug des Körpers:

- Yoga
- Klangschale
- Physiotherapie
- Sporttherapie
- therapeutisches Boxen

TRAUMA VERÄNDERT WELTBILD & SELBSTBILD

Erschütterung grundlegender Annahmen

Weltbild

- „Die Welt ist sicher und kontrollierbar“
- → Verlust von Sicherheit und Vertrauen durch Realisieren des Ausmaßes der Übergriffe

Selbstbild

- „Ich bin stark, leistungsfähig und handlungsfähig“
- → Konfrontation mit Ohnmacht, Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein



Therapeutisches Ziel = Integration beider Seiten:

- der starken, kompetenten Persönlichkeit
- der verletzten, traumatisierten Anteile

INTEGRATION UND TRANSFER IN DEN ALLTAG



Zentrale Themen:

- Umgang mit weiter bestehendem Kontakt zum zweiten Ehemann
- Reflexion der Beziehung zu den Kindern
- Entwicklung eigener Handlungsmöglichkeiten
- Vorbereitung belastender Situationen bzw. Exposition in vivo

Entwicklung:

- Besseres Verständnis eigener Reaktionen
- Verbesserte Wahrnehmung eigener Bedürfnisse und Grenzen
- Weniger Selbstvorwürfe (Begrenzung innerer kritischer Stimmen, kognitive Interventionen zu Schuldgedanken)
- Stärkere Selbstfürsorge
- Aktive Entscheidung einer längeren beruflichen Entlastung und nach Änderungen der häuslichen Tagesstruktur

FAZIT & TAKE-HOME-MESSAGES



- Hinter einer Depression kann sich eine PTBS verbergen
- PTBS-Behandlung ist selten linear
- PTBS- Behandlung benötigt Zeit und einen sicheren Raum
- Erinnerungen können phasenweise zugänglich werden
- Ein Werkzeugkoffer an Interventionen mit der Möglichkeit, Belastung zu titrieren, kann das Arbeiten erleichtern
- Stabilisierung, traumazentriertes Arbeit und Integration können nicht strikt getrennt betrachtet werden

FALLBEISPIEL 2

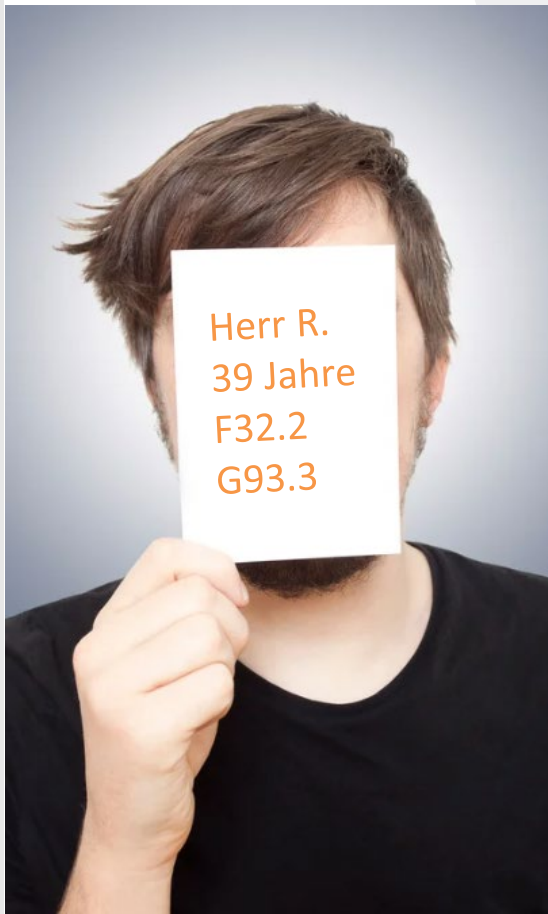
Bad Waldsee



FALLBEISPIEL HERR R.: DIAGNOSE & ANAMNESE

Überweisungsdiagnosen:

- F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
- G93.3 Chronisches Fatigue-Syndrom [Chronic fatigue syndromen]



Anamnese:

- Der 39-jährige Patient stellt sich zur zweiten stationären Behandlung vor, ambulante Therapie seit insgesamt über 3 Jahren.
- Er berichtet von einer seit 2-3 Jahren zunehmend schlechteren psychischen Befindlichkeit und von einem langjährigen Verlauf depressiver Symptome. Seit der Kindheit fühle er sich von einem ständigen Gedankenkreisen und dem inneren Druck begleitet, sich zu verstellen und den Erwartungen anderer zu entsprechen. Insbesondere verspüre er, dass er „anders“ ist und, so wie er ist, nicht „genüge“, so dass er sich nie auf Augenhöhe mit anderen Menschen befinde.
- Der Patient schildert, dass er gelernt habe, zu „funktionieren“. Herr R. gibt an, dass er möglicherweise das Leben übernommen habe, das seine Eltern für ihn vorgesehen hatten, ohne die persönliche Entwicklung jemals aktiv infrage zu stellen. Seine Lebensweise habe schließlich zu einer stark ausgeprägten depressiven Symptomatik geführt, die von Suizidgedanken und teilweise konkreten Plänen begleitet wird.

FALLBEISPIEL HERR R.: BIOGRAPHISCHE ANGABEN & MEDIKATION



- Der Patient sei mit einem Bruder (+3J.) und seinen leiblichen Eltern in Deutschland aufgewachsen.
- Zu dem Vater (verstorben) bestand kein besonders gutes Verhältnis, sowie zur Mutter, sie sei "sehr anstrengend".
- Von der Mutter sei er immer gefördert worden, z.B. bei den Hausaufgaben sei sie neben ihm gesessen und habe mit ihm gelernt.
- Er habe es gerade so auf das Gymnasium geschafft, sei jedoch kein guter Schüler gewesen und habe später auf die Realschule gewechselt.
- Er sei Berufsschullehrer und fühle sich in seiner Arbeit gut aufgehoben.
- Er sei verheiratet und habe 2 Kinder, seine Familie bedeute ihm sehr viel.
- **Olanzapin 5-0-0-5 gegen innere Unruhe**

FALLBEISPIEL HERR R.: DIAGNOSTIK

Diagnostik:

- SKID I, Hamilton-17-Skala 30 Punkte , BDI II 51 Punkte: rezidivierende depressive Störung, gegenwertig schwergradig
- SKID II: anankastische und zwanghafte Persönlichkeitsakzentuierung

Untersuchung	Ergebnis	Einheit	Referenz- bereich
β 1-adrenerge Rez.-AAk i.S. (ELISA)	7.5	U/ml	< 15.0
β 2-adrenerge Rez.-AAk i.S. (ELISA)	5.9	U/ml	< 8.0
M3-mAChR-AAk i.S. (ELISA)	5.6	U/ml	< 6.0
M4-mAChR-AAk i.S. (ELISA)	6.7	U/ml	< 10.7

Interpretation Neurotransmitter-Rezeptor-AAk:
Kein Nachweis von erhöhten Konzentrationen an Autoantikörpern (AAk) gegen Neurotransmitter-Rezeptoren. Ein negativer AAK-Befund schließt jedoch das Vorliegen eines ME/CFS (Myalgische Enzephalomyelitis/ Chronic Fatigue Syndrome) nicht sicher aus, da diese AAK nur bei ca. 30% der CFS-Patienten nachweisbar sind.

Erweiterte Differenzial-Diagnostik zum CFS:

- Laborwerte: Blutbild, Leberwerte, Kreatinin, Elektrolyte, HbA1c, TSH, CRP, Ferritin, Hepatitis B/C, HIV (unauffällig)
- Röntgen Thorax (unauffällig)
- Abdomensonographie (unauffällig)
- EKG/Echokardiographie (unauffällig)
- Antikörperdiagnostik
- Chalder Fatigue Scale: 4 Punkte

FALLBEISPIEL HERR R.: DIFFERENZIALDIAGNOSTIK

Zusätzliche Differenzialdiagnostik ADHS-Diagnostik/Testung Ergebnisse

Liegt ADS-Symptomatik vor?

- **HASE – WURS-k: 35 Punkte.** Diagnose in der Kindheit gesichert
- **DIVA – 5 Interview.** Der im Moment differenzierteste Test, um das Vorliegen von ADHS zu erfassen: **7** erreichte **Aufmerksamkeitskriterien**; die Diagnose vorwiegend unaufmerksamer Subtyp kann gestellt werden.

Wie stark liegt ADHS vor?

- **CAARS-L-FB und CAARS-L-SB:** sortiert typische ADHS-Verhaltensweisen des Erwachsenenalters nach den DSM-Kriterien und zeigt grafisch eine Auswertung der Intensität der Symptomatik und der daraus folgenden Probleme in der Lebensführung. **Skalen Unaufmerksamkeit/Gedächtnisprobleme, Selbstkonzeptprobleme, Unaufmerksamkeitssymptome nach DSM IV besonders auffällig.**
- **HASE – Wender-Reimherr-Interview (WRI):** subjektive Belastung durch die ADHS-Symptomatik bei **42 Punkten**

FALLBEISPIEL HERR R.: BEHANDLUNG



Behandlung:

- Depression: kombinierte Behandlung bestehend aus Psychotherapie und Escitalopram 20 mg/d
- ADS: Elvanse 50mg morgens + Coenzym Q10
Ubiquinon100 mg morgens
- anankastische und zwanghafte Persönlichkeitszüge:
Schematherapie

FALLBEISPIEL HERR R.: ENTLASSDIAGNOSTIK



Entlassdiagnostik:

- SKID I, Hamilton-17-Skala 9 Punkte, BDI II 10 Punkte: rezidivierende depressive Störung, gegenwertig remittiert
- Erschöpfungsgefühl stark reduziert (erst ab 19 Uhr leicht feststellbar) - kein CFS
- Aufnahme von Hobbys (Laufen, Fußball)
- Unter Elvanse: Bessere Konzentration, klarerer Gedankenfluss (Reduktion des Gefühls von mentalem Chaos und strukturierteres Denken, geringere Ablenkbarkeit mit verbesserter Reizfilterung, innere Ruhe (weniger „gedankliche Hyperaktivität“))



VINCERA
Kliniken



FALLBEISPIEL 3



FALLBEISPIEL HERR R.: BIOGRAPHISCHE ANGABEN



- 1976 geboren, 1 ältere Halbschwester mütterlicherseits
- Beide Eltern Bauingenieure, Vater in leitender Position
- Vater: streng-fordernd, der Patient erlebte in der väterlichen Beziehung ein Unterlegenheitsgefühl; in der Wahrnehmung des Vaters sah sich der Patient nur über Leistung gesehen
- Mutter: wird als kühl-emotionsmeidend, zurückgenommen und sich dem Vater unterordnend beschrieben
- Sportschulzeit Sportschule Weißensee – quälend – demütigend – sich unterordnen müssen
- Fahrradunfall im 16.Lebensjahr: „Der Einstieg in den Ausstieg“ aus streng-einengenden Machtstrukturen

FALLBEISPIEL HERR R.: WERDEGANG



- Abitur, Fachschulstudium
- gehobener Dienst Polizei, „Traumberuf“
- Seit 5 Jahren Gefühl der beruflichen Stagnation, weniger Personal - höhere Arbeitsbelastung
- Entwertung im Beruf: „bei psychischer Erkrankung kein vollwertiges Teammitglied mehr“

FALLBEISPIEL HERR R.: PSYCHOTHERAPEUTISCHER VERLAUF

Ausgangsbefund:

- intern erhöhtes Stresslevel, Nervosität, innere Unruhe, Schlafstörungen, gedrückt-gereizte Stimmungslage, massive Erschöpfung
- Im Arbeitskontext: Gefühl des Gequält-Werdens

Therapeutische Interventionen - neues Verhalten:

- Achtsames Wahrnehmen eigener Wünsche und Bedürfnisse
- Erarbeitung des subjektiven Wertekompasses des Patienten
- Stärkung von Selbstwerterleben
- Modifikation dysfunktionaler Glaubenssätze: „Ich bin unterlegen, muss mich anpassen, darf meine Meinung nicht vertreten“

FALLBEISPIEL HERR R.: PSYCHOTHERAPEUTISCHER VERLAUF



Therapeutische Interventionen – neues Verhalten:

- Verbesserung bedürfnisorientierter Kommunikation, sozialer Kompetenzen im Bereich Selbstfürsorge und Konfliktbewältigungsstrategien
- Nein sagen dürfen und lernen
- Etablierung eines eigenen Lebensentwurfes - Reduktion von Fremdbestimmung
- Stärkung von Selbstbestimmung unter Beachtung der radikalen Akzeptanz der Realität

FALLBEISPIEL HERR R.: THERAPIEERGEBNIS



- Reduktion der Symptomatik
- Etablierung eines eigenen Krankheitskonzeptes einschließlich selbstwirksamer Bewältigungsstrategien
- Verbesserte Selbstwahrnehmung mittels Achtsamkeit, Meditation und kreativer Tätigkeiten
- Reduktion der Stressfaktoren und Etablierung adäquater Stressregulationsfähigkeiten
- Selbstbestimmte Perspektivgestaltung unter Akzeptanz bestehender realer Grenzen

FALLBEISPIEL HERR R.: SPORTTHERAPEUTISCHE BEGLEITUNG - AUFNAHME



Somatische Beschwerden:

- Starke Kyphose der BWS
- Erhöhter Tonus im M. erector spinae

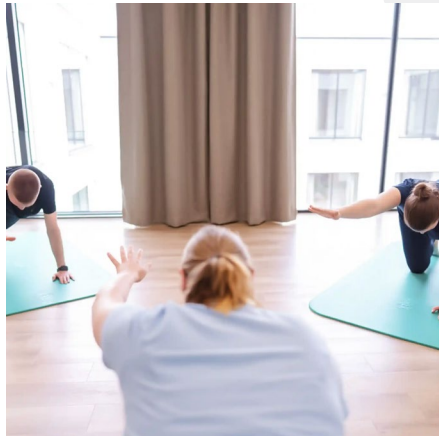
Vorerfahrungen:

- Sport als Medium und Bewältigungsstrategie bereits bekannt
- Radsport/Rennrad fahren
- Geradlinige Bewegungsform, strikte Umsetzung
- Leistungsmotiv erkennbar

Zielstellung:

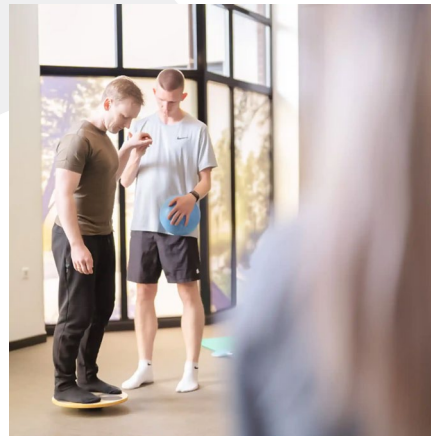
- Reduktion der Rückenschmerzen
- Kräftigung der Bauchmuskulatur

FALLBEISPIEL HERR R.: SPORTTHERAPEUTISCHE BEGLEITUNG - VERLAUF



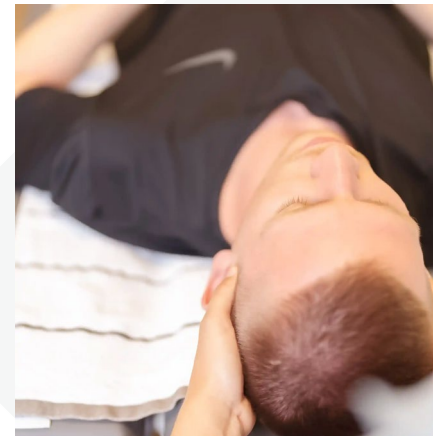
Rückenschule

- Ausgleich Dysbalancen
- Theoretisches Verständnis
- Bessere Aufrichtung



Von Kopf bis Fuß

- Koordinations-training
- Verbessertes Gleichgewicht
- Ansteuerung der dorsalen Kette



Yoga, Faszientraining, Wärmeanwendungen

- Sanfte Angebote als neuer Erfahrungsraum
- Mehr Beweglichkeit
- Ausgleich



Resultat:

- Unterstützung des psychotherapeutischen Verlaufs
- Weniger körperliche Beschwerden
- Integration neuer Bewegungsmuster & Strukturen

FALLBEISPIEL HERR R.: BEHANDLUNGSERGEBNIS - PSYCHOTHERAPIE



- Herr R. begann im Therapieverlauf zu meditieren und mehr auf regenerativen Bedarf, Auszeiten zu achten und diesen Bedürfnissen auch nachkommen zu dürfen.
- Er übte, seine sozialen Kompetenzen im Bereich „Umgang mit Konflikten“ und „Nein-Sagen-Lernen“ zu verbessern.
- Herr R. übte einen achtsamen Umgang mit seinen werteorientierten Bedürfnissen und in vertrauten Beziehungen eine bedürfnisorientierte Kommunikation. Es gelang ihm beginnend, sich adäquat abzugrenzen und „Nein-Sagen“ zu üben.

FALLBEISPIEL HERR R.: BEHANDLUNGSERGEBNIS – SPORT- & BEWEGUNGSTHERAPIE



- Bei anfangs muskulär abgeschwächter und verspannter Rückenmuskulatur (Schultergürtel) mit leicht kyphosierter Grundhaltung gelang es durch die Rückenschule, eine bessere Grundhaltung einzunehmen und seine Schmerzen zu reduzieren.
- Seine koordinativen Fähigkeiten verbesserten sich im Allgemeinen - besonders hervorzuheben sind Gleichgewichtsfähigkeit und Beweglichkeit.

FALLBEISPIEL HERR R.: BEHANDLUNGSERGEBNIS – KUNSTTHERAPIE



- Herr R. konnte in der Kunsttherapie Bezug zu seinen Bedürfnissen und Gefühlen herstellen. Er fand Gefallen am Gestalten, fand darin Ruhe und Entspannung, konnte dabei ganz bei sich und im Hier und Jetzt sein. Er kreierte Bilder, welche über mehrere Stunden gewachsen sind, traute sich auch, sein Bild zu verändern und weiterzuentwickeln, konform dazu wie er sich in der künstlerischen Handhabung sicherer fühlte.
- Werteverchiebung – weniger Sport, mehr Kunst. Weniger leisten, mehr bei sich sein und Freude an seinen Tätigkeiten haben.
- Entdecken von neuen Möglichkeiten und die Freiheit für sich selbst entscheiden zu dürfen

SAVE THE DATE

Fachseminar in Präsenz in der Vincera Klinik Spreewald

14
10
26

*Perspektiven der
Traumatherapie erleben*



Mi., 14.10.2026, ab 13 Uhr

Perspektiven der Traumatherapie
erleben: Ein Mitmach-Workshop zur
multimodalen Traumabehandlung

Anmeldung & Infos:

www.vincera-kliniken.de/zuweiserinfos/fortbildungen

FAZIT & FEEDBACK



STAY CONNECTED

Vincera-Newsletter abonnieren



**Neues aus den Kliniken,
Wissenstransfer, Termine
und aktuelle Themen rund
um die „Psychische
Gesundheit“:**

Wir freuen uns auf den
monatlichen digitalen
Austausch und darauf, mit
Ihnen in Kontakt zu sein!



Anmeldung:

www.vincera-kliniken.de/zuweiserinfos/newsletter

SAVE THE DATE

Nächste B&B-Veranstaltung



Mi., 09. September 2026, 18:00 Uhr
„Long Covid – was nun?“

Referentin:
Prof. Dr. med. Jauch-Chara



Anmeldungen bitte per Mail:
anmelden@vincera-kliniken.de