

5. Depressive Störung

Ganzheitliches Konzept zur Behandlung von
Patient*innen mit affektiven Störungen



Depressive Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. Sie sind verbunden mit einem hohen Leidensdruck und treten unbehandelt oft rezidivierend auf. Nicht selten führen depressive Störungen zu **sozialem Rückzug und Isolierung der Betroffenen.**

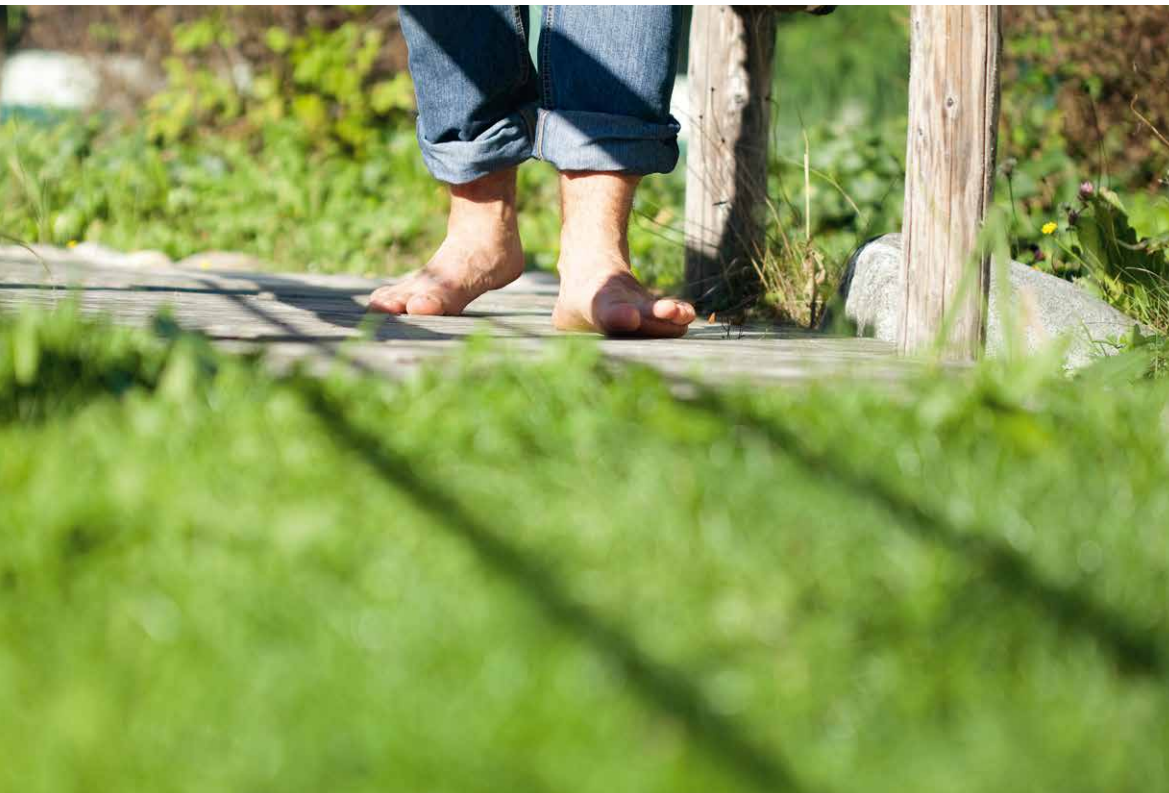
Lustlosigkeit und Interesselosigkeit, niedergedrückte, aber auch gereizte Stimmungslage und Verminderung des Antriebs sind die Kernsymptome einer depressiven Störung. Häufig werden sie begleitet von einer Vielzahl weiterer psychischer Leidenszustände wie Schuld- und Versagensgefühlen, Selbstanklagen und Selbsthass, Lebensmüdigkeit, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, sozialem Rückzug und Isolierung, Entschlussunfähigkeit, einem negativen Körperbild, Schlafstörungen, Ermüdbarkeit, Gewichtsveränderungen, Libidoverlust und einer Vielzahl weiterer körperlicher Beschwerden.

Depressionen stellen ein komplexes bio-psycho-soziales Geschehen dar. Sie spielen sich auf neurobiologischen Ebene ab, finden in einem

sozialem Rahmen und Zusammenhang statt und hängen mit der Selbstwahrnehmung, dem Selbstkonzept und den speziellen Lebensbedingungen eines Menschen zusammen.

Die Reaktionen der Umwelt auf Menschen mit Depressionen sind sehr unterschiedlich. Übersteigerte Fürsorge, aber auch diskriminierende Ablehnung können ungewollt zu einer Chronifizierung der Depression beitragen.

Im Rahmen einer stationären Behandlung in der Rehaklinik Glotterbad wird versucht, sowohl mit störungsspezifischen Ansätzen, als auch mit speziellen, auf den einzelnen Menschen und seine Problematik zugeschnittenen Maßnahmen, Selbstheilungskräfte und Ressourcen zu aktivieren und zu fördern



sowie Hilfestellung bei notwendigen Veränderungen zu geben. Dadurch wird eine Integration in das Alltagsleben und das Berufsleben wieder ermöglicht.

**Formen depressiver Störungen, die in der Reha-
klinik Glotterbad behandelt werden können:**

- _ Depressive Episoden (F32)
- _ Rezidivierende depressive Störung (F33)
- _ Anhaltende affektive Störung (Dysthymia, Zykllothymia) (F34)
- _ Bipolare affektive Störung (F31)
- _ Kurze und längere depressive Reaktionen (F43.2)

Patient*innen mit akuter Selbstgefährdung können nicht aufgenommen werden.

Unter Umständen müssen für eine individuelle und effektive Behandlung zugrundeliegende Verursachungsaspekte fokussiert werden, wie z. B.

- _ Komplexe Trauer / Verlusterfahrungen
 - _ Psychotraumata
 - _ Überforderung / Erschöpfung
 - _ Hohe biologische Vulnerabilität
- Hierdurch ergeben sich differenzielle Therapieansätze.

Auch die häufig zusätzlichen körperlichen Begleiterkrankungen werden im Rahmen unseres bio-psycho-sozialen Gesamtkonzeptes berücksichtigt und mitbehandelt. Kognitive Einschränkungen (Konzentrations- und Gedächtnisstörungen) können durch ein spezifisches Training positiv beeinflusst werden. Depressive Störungen haben eine gute Prognose, wenn sie angemessen behandelt werden.

Das Programm und seine Komponenten

Diagnose

Grundlage jeder Behandlung von Patient*innen mit depressiven Störungen ist die umfassende bio-psycho-soziale Untersuchung und Diagnostik:

- Sichtung der Vorbefunde und der bisherigen Behandlungsschritte.
- Biografische Anamnese, in der ein Bezug der Erkrankung zu wichtigen und einschneidenden Lebensereignissen hergestellt und die Bedeutung der Störung im Alltag, im Beruf und in der Familie geklärt wird. Weitere körperliche Beschwerden und eventuell bestehende Organveränderungen werden untersucht, um körperliche Erkrankungen auszuschließen. Hängt die Depression mit anderen Störungen, Erkrankungen und Problemen zusammen, muss überlegt werden, ob die Behandlung einer anderen Störung Vorrang hat (z. B. bei Alkoholmissbrauch, -abhängigkeit etc.).
- Psychodiagnostische Fragebogenverfahren helfen, Umfang und Stärke der gestörten psychischen Funktionen festzustellen.
- Die Diagnosestellung erfolgt nach den Kriterien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der WHO (ICD-10, Kapitel V (F)).
- Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), dient der Beschreibung der Folgen der depressiven Erkrankung über die Beurteilung des funktionalen Gesundheitszustandes und der resultierenden Einschränkungen von Aktivität und Teilhabe. Berücksichtigung finden hier auch Barrieren oder Förderfaktoren auf den Ebenen Umwelt und der Person selbst.

Therapieziele und Behandlungsauftrag

Die Diagnostikergebnisse dienen als Grundlage für die Festlegung der Rehabilitationsziele und des Behandlungsauftrages. Die subjektiven Krankheitserklärungen der Patient*innen und ihre bisherigen Selbstbehandlungsversuche sind dabei ein wichtiger Ausgangspunkt für die Erarbeitung eines gemeinsamen Behandlungsziels. In dieses fließen weitere Zielvorschläge der Klinik und auch der Kostenträger ein.

Die teilweise unterschiedlichen Sicht- und Erklärungsweisen und die daraus resultierenden

therapeutischen Schritte und Konsequenzen müssen in einer Passung zusammengefügt werden. Mit dieser wird dann ein individueller Behandlungsauftrag formuliert sowie ein individueller Therapieplan erstellt.

Die Therapieziele umfassen häufig

- Verbesserung der Beschwerden auf der psychosozialen Ebene, z. B. durch Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, der Realitätsanpassung, Verbesserung sozialer Fertigkeiten oder Wiederentdeckung und Nutzung eigener Ressourcen
- Besserung der körperlichen Beschwerden, z. B. Schlafstörungen oder vegetative Beschwerden.
- Verhaltensänderung durch Gesundheitsberatung, z. B. zu Risikoverhalten und Salutogenese, sowie durch Anleitung zur Verhaltensänderung.
- Unterstützung auf der Ebene der Aktivitäten und Teilhabe, z. B. sozialmedizinische Leistungsbeurteilung, Unterstützung bei der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, Hilfe bei der sozialen Reintegration und Anregungen bei der Freizeitgestaltung

Die „bio-psycho-soziale“ Medizin in der Rehaklinik Glotterbad

*Körperliche und seelische Lebensvorgänge sind in uns untrennbar miteinander verbunden. Dennoch hat die Medizin – durchaus erfolgreich – Modelle entwickelt, diese Lebensbereiche künstlich zu trennen: Einer „Körpermedizin ohne Seele“ (somatische Medizin) steht eine „Seelenmedizin ohne Körper“ (Psychotherapie) gegenüber. Psychosomatische Medizin als „bio-psycho-soziale“ Medizin, wie sie in der Rehaklinik Glotterbad angewandt wird, versteht sich als Gegengewicht zu diesem vorherrschenden Dualismus. Sie erforscht und behandelt die vielfältigen und lebendigen Wechselwirkungen zwischen körperlichen, seelischen und sozialen Lebens- und Krankheitsaspekten. Wichtigstes Therapieziel ist dabei die Förderung der Autonomie der Patient*innen durch Aktivierung ihrer eigenen Lebens- und Bewältigungsressourcen, der Selbstheilungskräfte und Selbsthilfemöglichkeiten.*



Multimodales stationäres Therapiekonzept

Unsere therapeutischen Ansätze bei Depressionen

Im Rahmen der Behandlung werden die für eine Depression relevanten Problembereiche Verlust/ Trauer/chronische Konflikte mit anderen, Übergänge in wichtigen Lebensphasen sowie Defizite im sozialen Verhaltensrepertoire bearbeitet.

Zu den dabei eingesetzten Therapieverfahren zählen
_die Interpersonelle Psychotherapie (IPT] (n. Schramm)
_die Kognitive Therapie (nach BECK),
_schematherapeutische (n. Young) und
_achtsamkeitsbasierte sowie
_kognitiv-behaviorale Ansätze (z.B. n. Mc Cullough)
_ Tiefenpsychologische Ansätze
_ Methoden der systemischen Therapie

Bei entsprechender Indikation wird zusätzlich eine antidepressive Medikation initiiert bzw. fortgeführt.

Behandlungskern ist die Depressionsgruppe. Inhalte dieser Gruppe sind: Informationen über Depressionen zum Verständnis der eigenen emotionalen Situation, Aufhebung von Isolation und Mutlosigkeit durch den Gruppenprozess, Erkennen von negativen Gedankenzirkeln und deren Verselbstständigung, Förderung des Zugangs zu eigenen Ressourcen, die Rolle von Selbstaufmerksamkeit, Selbstwahrnehmung und Selbstwertregulation, Stellenwert der medikamentösen Behandlung, Suizidprophylaxe, Informationen über weitere Therapiemöglichkeiten und Hilfsmöglichkeiten am Heimatort. Nach individueller Motivation und

Problematik kann der Patient an der psychodynamisch-interaktionellen Gruppentherapie, der Gruppe Arbeit und Gesundheit, dem Stress-Bewältigungs-konflikte und Kommunikation am Arbeitsplatz, dem Stressbewältigungstraining und/oder an den handlungsorientierten Psychotherapieverfahren wie körperorientierte Psychotherapie (KBT) oder Kunst- und Ergotherapie sowie an Entspannungs- und Atemtherapie oder Achtsamkeitstraining teilnehmen. Zum emotionalen und vegetativem Ausgleich wird Ohrakupunktur nach dem NADA- Protokoll angeboten.

Parallel zu den psychotherapeutischen Verfahren wird die Notwendigkeit einer pharmakologischen Versorgung fachpsychiatrisch überprüft, eventuell eingeleitet oder weitergeführt. Bei der saisonalen Form der Depression kann eine Lichttherapie durchgeführt werden. Im Rahmen der Sport- und Bewegungstherapie kann der Patient an der medizinischen Trainingstherapie, dem Bewegungstraining im Freien, abgestuft nach körperlicher Belastbarkeit, der Gymnastik nach Musik, Schwimmen, Wassergymnastik, sowie dem Qigong teilnehmen. Ergänzend werden manuelle Detonisierung und balneologische Anwendungen im Rahmen eines Kneippkonzeptes eingesetzt.

Die Behandlung wird mit der Vorbereitung auf die Rückkehr in die Familie, den Beruf und in den allgemeinen Alltag abgeschlossen. Sozialmedizinische Fragestellungen zu Arbeitsplatz und Beschäftigung werden erörtert, Möglichkeit und Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden geprüft, evtl. bei Kostenträger DRV-BW ein Berufs-Coaching u. a. mit Bewerbungstraining durchgeführt, ebenso ggf. eine berufliche Belastungserprobung im Anschluss an den stationären Aufenthalt angeregt.



Möglichkeiten und Notwendigkeit einer Weiterbehandlung am Heimatort werden konkretisiert und nach Möglichkeit schon aus der Reha heraus verbindliche Terminvereinbarungen getroffen. Im Rahmen der poststationären Nachsorge können Leistungen aus dem stationären Therapiekonzept auch nach dem stationären Aufenthalt ambulant im Sinne einer „Überbrückungshilfe“ in Anspruch genommen werden.

Multimodales stationäres Therapiekonzept bei depressiven Störungen

| | | |
|--|---|---|
| Medikamentöse Therapie | Vertrauensvolle Arzt-Patient*innen- Beziehung: _ Verständnis _ Förderung _ Entwicklung | Gesundheitsberatung |
| Interaktionell-tiefenpsychologisch orientierte Gruppentherapie | Depressionsgruppe Explikative/erklärende Elemente Salutogenetische/ gesunderhaltende, ressourcenorientierte Aspekte Anleitung zu Erlebnis- und Handlungsorientierung | Medizinische Trainingstherapie Gymnastik Herz-Kreislauf-Training Klettern/Schwimmen |
| Ergo-/Kunsttherapie Musiktherapie | | Massagen/Sauna Medizinische Bäder |
| Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT), Qi Gong, Achtsamkeitstraining, Atemtherapie | | Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR), Phase B+C Sozialberatung, Rehaberatung Berufsbezogene Belastungserprobung Bewerbungstraining Berufscoaching, Konfliktcoaching Infogruppe zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben |
| Entspannungstherapie Stressbewältigungstraining Arbeitsplatzkonfliktgruppe | | |

Kasuistik

Entwicklungsprozess von Frau J.

Anamnese Frau J., 39 Jahre alt, wird stationär in unsere Rehaklinik aufgenommen mit ausgeprägten Erschöpfungsgefühlen, zunehmender Selbstunsicherheit und Versagensängsten, häufigen Stimmungseinbrüchen mit unvermitteltem Weinen, schneller Reizbarkeit und zunehmender Überforderung in bisher routinemäßigen Arbeitsabläufen. Sie beschreibt eine sich zuspitzende Dünnhäutigkeit, verspürt keine Energie mehr für ihre Hobbys, beschreibt Insuffizienzgefühle, Minderungen ihres Antriebs und ausgeprägte soziale Rückzugstendenzen. Ihre Konzentration erlebt sie als eingeschränkt. Weiter berichtet die Patientin, dass sie immer ein sehr ordentlicher und genauer Mensch gewesen ist, der die Hausarbeit sowie die berufliche Tätigkeit äußerst ernst nimmt. Aufgrund ihres hohen Leistungsideals hat sie ihre berufliche Tätigkeit mit äußerster Kraftanstrengung unverändert wahrgenommen. Auf Nachfragen berichtet sie ferner von ausgeprägten Ein- und Durchschlafstörungen mit Früherwachen, Appetitminderung bei einem gleichbleibend niedrigen Gewicht sowie gegenwärtig auch unregelmäßiger Menses. Vor 4 Jahren kam es bereits zu einer ähnlichen Symptomatik, die nach ca. 1 Jahr ohne weitere therapeutische Maßnahmen langsam verschwand. Anamnestisch bedeutsam war das Aufwachsen in einer Familie mit einem alkoholkranken Vater, den sie als extrem abwertend und emotional abwesend empfand. Als die jüngere neben einer 5 Jahre älteren Schwester versuchte sie als „Familienclown“ häufig die Stimmung zu retten und mit viel Aufwand die Aufmerksamkeit des Vaters auf sich zu ziehen. Die häusliche Situation erlebte sie als äußerst belastend, sie war durch ständige Streitereien, vor allem zwischen den Eltern, gekennzeichnet. Sobald einmal Ruhe einkehrte, erlebte sie dies als bedrohlich, da sie befürchtete, irgendetwas müsse passiert sein. Die Beziehung zur Mutter erlebte sie hingegen als äußerst hilfsbereit und humorvoll, herzlich und bis zum heutigen Tage liebevoll. Es hat sich daraus eine sehr enge Beziehung zur Mutter entwickelt, sodass sie stets in der Nähe der Familie wohnen blieb. Als Kind erlebte sie sich als Verbündete der Mutter gegenüber dem Vater und damit sehr in die elterliche Beziehung involviert. Diese Bindung intensivierte sich nochmals nach dem Tod

des Vaters an den Folgen seiner Alkoholerkrankung, als sie 21 Jahre alt war. In ihren eigenen Beziehungen wiederholte sie immer wieder die Erfahrungen mit ihrem Vater und gestaltete mit diesen Männern ähnliche Beziehungsmuster von Abwertung und Ausnutzung ihr gegenüber. Immer wieder gelang es ihr selbst, diese zu beenden. Zum Aufnahmezeitpunkt befindet sie sich in einer erstmals stabil und harmonisch erlebten partnerschaftlichen Beziehung. Beruflich absolvierte sie nach dem Fachabitur ein Studium der Sozialarbeit. In diesem Berufsfeld ist sie bis zum heutigen Tage tätig.

Zum Behandlungsbeginn stellen wir die Diagnose **Diagnose** einer mittelgradig depressiven Episode mit somatischem Syndrom bei rezidivierend depressiver Störung (F33.1).

Die Akzeptanz dieser Diagnose steht zunächst im Vordergrund der Beziehungsarbeit, da diese Gefühle wie „bin ich denn so krank“, „ich dachte es ist nicht so schlimm“ auslöste. Es gelang im Weiteren, begleitet durch den psychoedukativen Ansatz der Depressionsgruppe, sehr gut, einerseits über phänomenologische Beschreibungen der depressiven Symptome ins Gespräch zu kommen, andererseits Stärken, Ressourcen und Fähigkeiten zu aktivieren. Im Rahmen dieser ersten therapeutischen Schritte entstand ein zunehmendes Gefühl für die eigenen Bedürfnisse, die sich an der Frage einer aus therapeutischer Sicht notwendigen und sinnvollen Verlängerung des medizinischen Heilverfahrens von 4 auf 6 Wochen verdeutlichen ließen. Entspannungs- und Atemtherapie begleiteten diese erste Phase. Mit der Einwilligung in die Verlängerung intensivierte sich der psychotherapeutische Prozess und führte zum Erstaunen der Patientin nochmals zurück in ihre Kindheit. Trotz für sie erfolgreicher ambulanter Psychotherapiesequenzen trat die Fokussierung der Vaterbeziehung nochmals in den Vordergrund. Ihre Rolle als parentifiziertes Kind, das für ein einigermaßen erträgliches Gleichgewicht verantwortlich war, trat nochmals deutlich zutage. Hier fanden sich Parallelen zu ihrem aktuellen konflikthaften Verhalten am Arbeitsplatz, das im Rahmen der Arbeitsplatzkonfliktgruppe nochmals unterstützend fokussiert werden konnte. Über diesen Weg gelang es, verdrängte kindliche Bedürfnisse

Therapie

im Rahmen der Arbeit mit dem „Inneren Kind“ neu zu entdecken und ihnen einen adäquaten Platz im Lebensalltag einzuräumen. So gestaltete Frau J. z. B. im Rahmen des Freizeitprogramms, den sie zunächst verschenken wollte, im Weiteren jedoch für sich behielt und als Kuscheltier nutzte. Im Rahmen der Kunsttherapie trat sie in den inneren Dialog mit ihrer perfektionistischen Seite, insbesondere im Rahmen des Malens, wo ihr oft die Farben entgegen ihrer Absicht verschwammen. Zunehmend besser konnte sie dies akzeptieren und darüber hinaus sogar darin Gefallen finden. Dies entlastete sie sehr. Das körperpsychotherapeutische Angebot im Rahmen der Konzentrativen Bewegungstherapie förderte diesen Prozess durch ein selbstfürsorgliches Sich-ernst-nehmen und Beachten der eigenen Bedürfnisse. Durch die interaktionell psychodynamische Gruppenpsychotherapie schließlich gelang es, das soziale Beziehungsverhalten interaktionell zugänglich zu machen. Die sportlichen Aktivitäten im Rahmen von Herz-Kreislauf-Training, medizinischer Trainingstherapie, Nordic-Walking und Wasseranwendungen mobilisierten wieder Lebensfreude und aktivierten alte, gegenwärtig brachliegende Ressourcen. Als hilfreich empfand Frau J. die Einbeziehung ihres Lebenspartners in diesen intensiven psychotherapeutischen Prozess durch ein Paargespräch.

Verlauf

Im Rahmen der psychotherapeutischen Einzeltherapie gelang es sehr gut, die verschiedenen Selbst-Anteile, die oftmals nur negativ besetzt waren, als in bestimmten Lebensphasen entstandene, sinnvolle und dem Überleben dienende Teilbereiche der Persönlichkeit zu würdigen. Mehr und mehr wurde das Bedürfnis jedes dieser Anteile deutlich und konnte beachtet werden. Auch gelang es Frau J. sehr eindrücklich, unterschiedliche Anteile zu imaginieren und mit diesen Bildern kreativ umzugehen. Auf diese Weise schuf sie bereits im Klinikrahmen eine Brücke für den Alltag, indem sie Gegenstände auf eine emotionale Weise symbolisch besetzte, um diese dann an markanten Punkten in ihrem Alltagsleben aufzuhängen.

Insgesamt entließen wir die Patientin in einem fast vollständig remittierten, deutlich stabilisierten Zustand in ihre häusliche Umgebung. Eigene Ressourcen, Fähigkeiten und Stärken waren im

Verlauf des therapeutischen Prozesses in den Vordergrund getreten und hatten negative und pessimistische sowie destruktive Sichtweisen abgelöst. Insbesondere waren neue Ideen für die Gestaltung des schwierigen beruflichen Alltags entstanden. Gleichzeitig hatte sich Frau J. entschlossen, zur weiteren Begleitung nochmals eine ambulante Psychotherapie aufzunehmen.

Die Rehaklinik Glotterbad

Die Rehaklinik Glotterbad ist eine moderne, bestens ausgestattete Klinik am Rande des Glottertals, nahe bei Freiburg. 170 komfortable Einzelzimmer (einige davon stehen als Zwei-Bett-Zimmer für Paare zur Verfügung) präsentieren sich in moderner Ausstattung mit Dusche/WC, Telefon und kostenlosem TV, fast alle mit Balkon. In der Klinik gibt es umfassende Therapien und Freizeiteinrichtungen (u. a. Schwimmbad, Saunalandschaft, Sport). Die Klinik liegt sehr ruhig in einer parkähnlichen Anlage.

- *Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Abs. 2 S V*
- *Durchführung von stationären und ambulanten medizinischen Rehabilitations- und Vorsorgebehandlungen sowie Anschluss-Heilbehandlungen*

Für Kassenpatienten:

- *Die Rehaklinik Glotterbad hat einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen nach § 111 SGB V sowie Kur- und Spezialeinrichtung nach § 559 RVO*

Für Privatversicherte bzw. Selbstzahler:

- *Erfüllung der Voraussetzungen nach § 4 Abs. 4 MB/KK (medizinisch notwendige, akutstationäre Krankenhausbehandlungen)*
- *Erfüllung der Voraussetzungen für Rehabilitation/Kuren nach § 4 Abs. 5 MB/KK*

Integrierte Therapiekonzepte der Rehaklinik Glotterbad

Die Rehaklinik Glotterbad arbeitet nach einem ganzheitlichen Therapiekonzept. Will „bio-psycho-soziale“ Medizin mehr sein als die bloße Addition unterschiedlicher medizinischer Fachrichtungen, Therapiemodelle und Menschenbilder, bedarf es eines integrativen Therapiekonzeptes als Voraussetzung für eine „Integrierte Medizin“. Mindestens sechs verschiedene Integrationsebenen sind dabei zu unterscheiden:

1. Integration von somatischer Medizin, psychotherapeutischer Medizin und Sozialarbeit bzw. Sozialtherapie und Sozialmedizin.
2. Integration tiefenpsychologischer, systemisch-lösungsorientierter, verhaltenstherapeutischer und interpersoneller Psychotherapieansätze.
3. Integration als Herstellung einer Passung zwischen der individuellen Wirklichkeit des Patient*innen (z. B. seinen subjektiven Krankheits- und Gesundheitstheorien sowie individuellen Behandlungszielen, Rehazielen) und dem unterschiedlichen Krankheits- und Behandlungsmodell der Therapeuten bzw. der Klinik.
4. Berücksichtigung der Auftragskomplexität psychosomatischer Rehabilitation, die eine spezielle systemische Kompetenz der Therapeuten erfordert.
5. Integration von einerseits individueller Therapiezielvereinbarung und individuellem Therapieplan und andererseits modernen störungsspezifischen Therapiekonzepten.
6. Integration störungsorientierter Therapieansätze mit einer prinzipiell ressourcenorientierten Sicht: Die Behandlung zielt wesentlich darauf ab, eigene Stärken und Fähigkeiten, Selbstheilungskräfte und Selbsthilfemöglichkeiten zu aktivieren.

Unsere Reihe „Integrierte Therapiekonzepte“

In der Reihe „Integrierte Therapiekonzepte der Rehaklinik Glotterbad“ stellen wir ausgewählte Therapiekonzepte der psychosomatischen Medizin vor. Zurzeit liegen vor:

1. Das chronische Schmerzsyndrom
2. Die Borderline-Störung
3. Traumafolgestörung
4. Arbeit und Gesundheit
5. Depressive Störung
6. Angststörung
7. Diabetes mellitus und Psychosomatik
8. Impulsive Essstörungen
9. Naturheilkunde und Psychosomatik
10. Post/Long CoVID

Diese vielfältigen Integrationsleistungen sind nur denkbar durch eine enge Abstimmung innerhalb des interdisziplinären Behandlungsteams mithilfe eines gemeinsamen Modells Integrierter Medizin.



Qualifikationen der Rehaklinik Glotterbad

- Zertifizierung durch die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE): „Station Ernährung“ und „Als Klinik für Diabetes-Patient*innen geeignet“
- Deutsche Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)
- EMDRIA Deutschland eV.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
- Modellklinik der Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin (AIM)
- Anerkannt als qualifizierte Behandlungsstätte für Psychotraumafolgestörungen bei der DABT
- Zertifiziert als DBT-Behandlungseinheit nach den Richtlinien des Dachverbandes für DBT e.V. für Patient*innen mit Borderline-Störung (DDBT)
- Mitglied National Acupuncture Detoxification Association; deutsche Sektion e.v. [NADA]

Rehaklinik Glotterbad

Fachklinik für Psychosomatik,
Psychotherapeutische und Innere Medizin

Gehrenstraße 10
79286 Glottertal

Tel. 07684 809-0
Fax 07684 809-250

E-Mail info@rehaklinik-glotterbad.de Web
www.rehaklinik-glotterbad.de

Medizinische Leitung: Dr. Britta Menne
Kaufmännische Leitung: Matthias Kaufmann