KLINIK UND POLIKLINIK FÜR PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOSOMATIK
KLINIKDIREKTORIN: PROF. DR. MED. HABIL. KERSTIN WEIDNER

www.uniklinikum-dresden.de/pso

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus
DIE DRESDNER.

Traumafolgestörungen bei Häuslicher Gewalt“

Freiburg, 13. November 2018, Julia Schellong

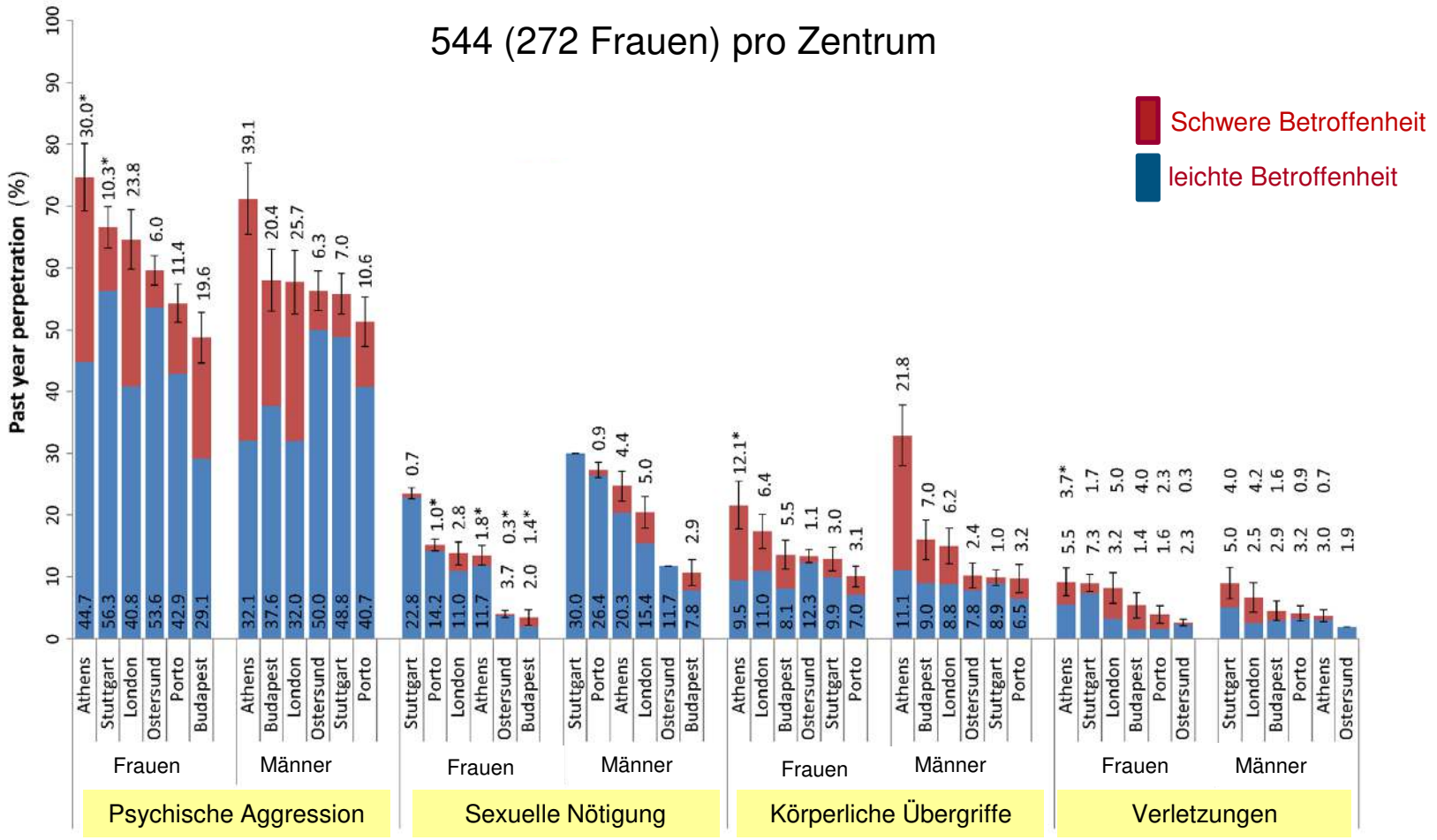
- **Bedeutung der Thematik**
- Potentiell traumatisierende Erlebnisse
- Folgeerscheinungen
- Behandlung
- Sekundärtraumatisierung
- Was hilft Belastung, zu reduzieren?

Häusliche Gewalt Basisdaten zur Epidemiologie

- Die Europäische Agentur für Grundrechte konstatierte in 2014 für die EU eine Lebenszeitprävalenz bei Frauen von 22 % für körperliche oder sexualisierte Gewalt und von 43 % für psychische Gewalt.
- In den 12 Monaten vor der Befragung hatten in Deutschland 4 % der Frauen zwischen 18 und 74 Jahren körperliche Gewalt in der Partnerschaft erfahren.

Europeanunionagencyforfundamentalrights (2014) Violence against Women: an EU-wide survey. In:Publications Office of the European Union Luxembourg

Einjahresprävalenz: Viktimisierung durch häusliche Gewalt



Costa, D., Soares, J., Lindert, J., Hatzidimitriadou, E., Sundin, O., Toth, O., Ioannidi-Kapolo, E., & Barros, H. (2015). Intimate partner violence: a study in men and women from six European countries. *International Journal of Public Health, 60, 467-478.*

Statistik Bundeskriminalamt 2015

- 82 %
- der Personen, die Opfer von Mord und Totschlag, Körperverletzungen, Vergewaltigung, sexueller Nötigung, Bedrohung und Stalking durch ihre Partner oder Ex-Partner geworden sind,

- sind Frauen

Bericht Bundeskriminalamt 2016
https://www.bka.de/DE/Presse/Listenseite_Pressemitteilungen/2016/Presse2016/161122_Partnerschaftsgewalt.html

Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study

10 countries
24 097 women completed interviews women aged 15–49 years

significant associations between lifetime experiences of partner violence and self-reported poor health (odds ratio 1·6 [95% CI 1·5–1·8])

specific health problems in the previous 4 weeks:

difficulty walking	(1·6 [1·5–1·8])
difficulty with daily activities	(1·6 [1·5–1·8])
pain	(1·6 [1·5–1·7])
memory loss	(1·8 [1·6–2·0])
Dizziness	(1·7 [1·6–1·8])
vaginal discharge	(1·8 [1·7–2·0])

women who reported partner violence at least once in their life reported significantly more emotional distress

suicidal thoughts	(2·9 [2·7–3·2])
suicidal attempts	(3·8 [3·3–4·5])

than non-abused women. These significant associations were maintained in almost all of the sites.

„Physical and nonphysical abuse contributed to higher health care utilization, particularly mental health services utilization." Health Care Utilization and Costs Associated with Physical and Nonphysical-Only Intimate Partner Violence Amy E. Bonomi, r Health Research and Educational Trust DOI: 10.1111/j.1475-6773.2009.

Ellsberg, M. et al. *Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study.* ***Lancet* 2008; 371: 1165–72**

Was bedeutet das Erleben sexualisierter Gewalt?

unmittelbare Bedrohung, körperliche und seelische Verletzung und –

- die Erfahrung, dass Regeln, die für respektvolles zwischenmenschliches Verhalten gelten, außer Kraft gesetzt werden,
- den Verlust der Kontrolle über die Situation,
- den Verlust der Kontrolle über den eigenen Körper,
- den Verlust des Vertrauens in bisherige Beziehungserfahrungen,
- die Erkenntnis, dass der eigene Wille missachtet und gebrochen werden kann,
- dass der eigenen, möglichen Ambivalenz zwischen dem Bedürfnis nach Nähe und dem Wunsch, Grenzen zu setzen, Gewalt entgegengesetzt wird.

Global Health Action

COACTION

INTIMATE PARTNER VIOLENCE AND MENTAL HEALTH

Glob Health Action 2014, 7: 25519

Domestic violence and mental health: a cross-sectional survey of women seeking help from domestic violence support services

Giulia Ferrari[1]*, Roxane Agnew-Davies[2], Jayne Bailey[1], Louise Howard[3], Emma Howarth[1], Tim J. Peters[1], Lynnmarie Sardinha[1] and Gene Feder[1,4]

[1]Centre for Academic Primary Care, School of Social and Community Medicine, University of Bristol, Bristol, UK; [2]Domestic Violence Training Ltd, Surrey, UK; [3]Institute of Psychiatry, King's College London, London, UK; [4]School of Clinical Sciences, University of Bristol, Bristol, UK

Background: Domestic violence and abuse (DVA) are associated with an increased risk of mental illness, but we know little about the mental health of female DVA survivors seeking support from domestic violence services.

- Depressions- and Angstsymptome waren erhöht
- Alle Befragte berichteten PTBS Symptome
- Das Ausmaß psychischer Symptome stieg gestuft nach Anzahl an Gewalterlebnissen

Inanspruchnahme von Hilfen durch Betroffene häuslicher Gewalt

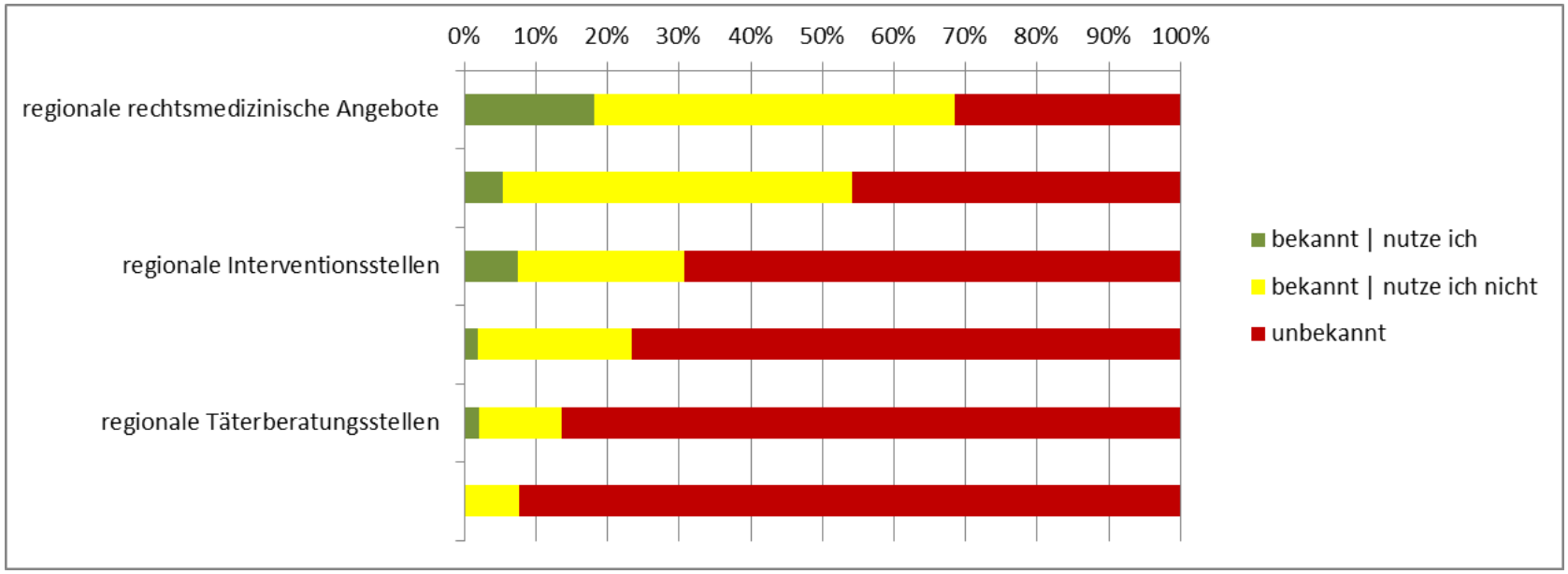
	Ergebnisse für Deutschland		Ergebnisse für EU (28 Länder)	
	In Partnerschaft (N*=315)	Außerhalb Partnerschaft (N=296)	In Partner-schaft (N=7278)	Außerhalb Partnerschaft (N=6084)
Polizei	11%	10%	14%	13%
Arzt, Gesundheitszentrum, -einrichtung	20%	10%	16%	12%
Krankenhaus	9%	8%	11%	10%
Frauenhaus	3%	1%	4%	<1%
Opferschutzeinrichtung	3%	2%	4%	2%
Rechtsberatung, Anwalt	13%	4%	12%	5%

Inanspruchnahme von Organisationen oder Diensten aufgrund des schwerwiegendsten Vorfalls körperlicher oder sexueller Gewalt in und außerhalb der Partnerschaft *N bezieht sich auf die Anzahl der Frauen, die die Frage nach dem schwerwiegendsten Gewalterlebnis beantworteten

Wieners, K., & Winterholler, M. (2015). Häusliche und sexuelle Gewalt gegen Frauen Implikationen der WHO-Leitlinien für Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, DOI 10.1007/s00103-015-2260-0.*

Flächendeckende Befragung 2015 in Sachsen klinisch und praktisch tätiger Ärzt_innen und Zahnärzt_innen (**20.712** Personen)

Hilfssysteme bekannt?



Häusliche Gewalt ist nicht nur eine Verletzung der Menschenrechte sondern auch mit ernsthaften Gesundheitsfolgen verknüpft. Diese Erkenntnis sollte Eingang in gesundheitspolitische Aktivitäten finden.

- Eindringlicher Appell der WHO, die Gewalt gegen Frauen und Mädchen als globales Gesundheitsproblem stärker zu adressieren (Garcia-Moreno 2011 und 2015).

- Deutscher Ärztetag fordert im Mai 2015, die von der WHO 2013 erarbeitete Leitlinie zum Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen auf allen Qualifizierungsebenen umzusetzen.

Garcia-Moreno C, Watts C (2011) Violence against women: an urgent public health priority. Bulletin of the World Health Organization 89:2-2

García-Moreno C, Zimmerman C, Morris-Gehring A et al. (2015) Addressing violence against women: a call to action. The Lancet 385:1685-1695

Bundesärztekammer (2015) In, p http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/118._DAET/118DAETBeschlussprotokoll20150515.pdf

- Bedeutung der Thematik
- **Potentiell traumatisierende Erlebnisse**
- Folgeerscheinungen
- Behandlung
- Sekundärtraumatisierung
- Was hilft Belastung, zu reduzieren?

Was ist ein traumatisches Erlebnis? DSM-5

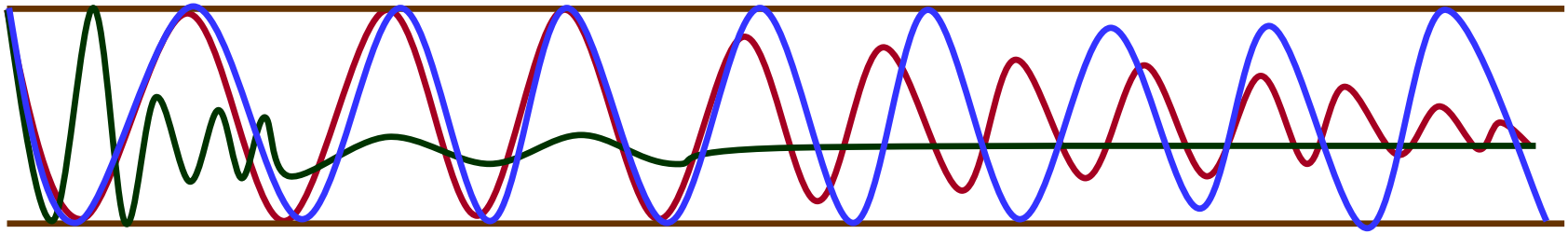
- Konfrontation mit tatsächlichen oder drohendem Tod ernsthafter Verletzung oder sexuelle Gewalt in einem oder mehreren Bereichen
  - direkt ausgesetzt
  - persönliches Beobachten, wie traumatische Ereignisse anderen widerfahren
  - indirekt; erfahren, dass ein naher Verwandter oder ein Freund einem traumatischen Ereignis ausgesetzt war.
  - Wiederholtes Erleben oder extreme Konfrontation mit aversiven Details von traumatischem(n) Erlebnis(sen) (z.B. Flüchtlingshelfer im Erstkontakt; Polizisten, die wiederholt mit Kindesmissbrauch konfrontiert werden); gilt nicht für Konfrontation durch elektronische Medien, Fernsehen, Filme oder Bilder wenn die Konfrontation nicht arbeitsbezogen ist

Traumafolgestörung

Kombination des stattgehabten Ereignisses mit dem nachfolgenden spezifischen Beschwerdesyndrom, das manchmal auch erst verzögert nach dem Erlebnis eintreten kann.

Potentielle Traumatisierung - Möglicher Verlauf

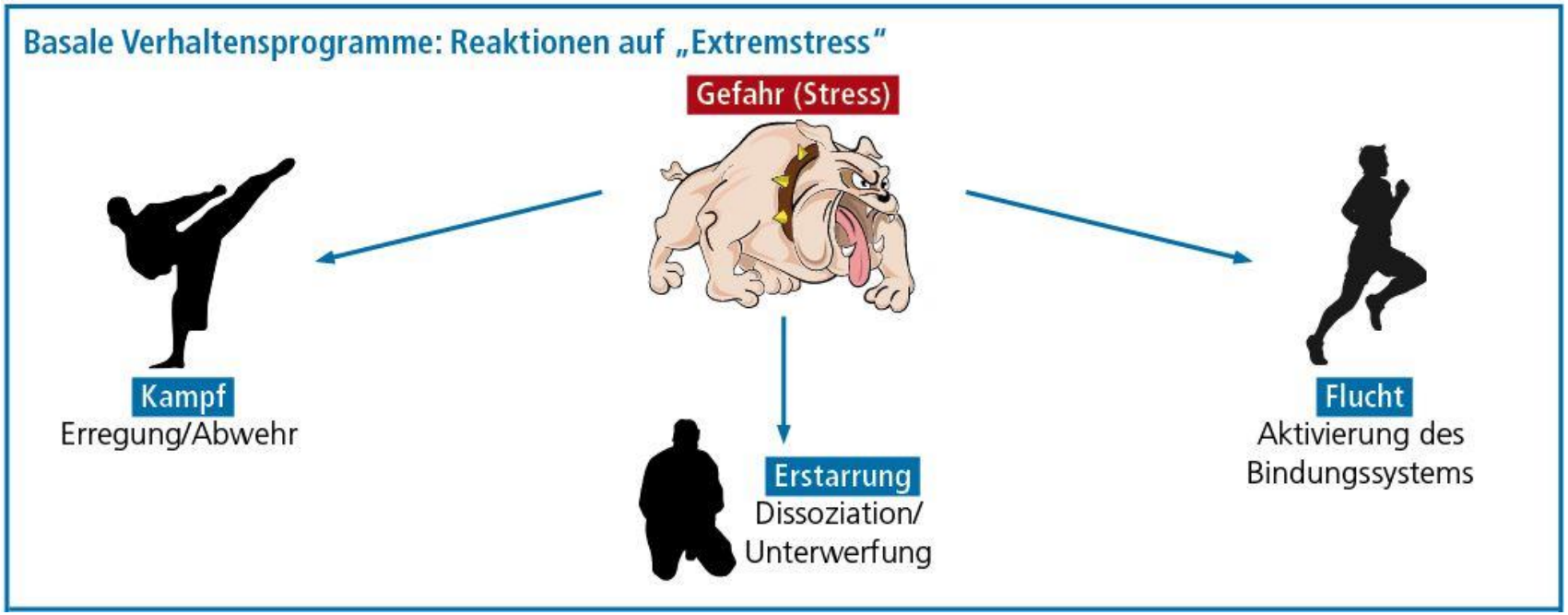
+



Fahrplan

- Bedeutung der Thematik
- Potentiell traumatisierende Erlebnisse
- **Folgeerscheinungen**
- Behandlung
- Sekundärtraumatisierung
- Was hilft Belastung, zu reduzieren?

Stressreaktionen



Was wandelt Stress zum Trauma?

Wahrnehmung und Bewertung

„Ich verliere die Kontrolle!“

„Ich sterbe!“ / „Ich bin in Gefahr!“

Kein soziales Unterstützungssystem

„Ich bin ganz allein!“

Keine ausreichenden individuellen Bewältigungsstrategien

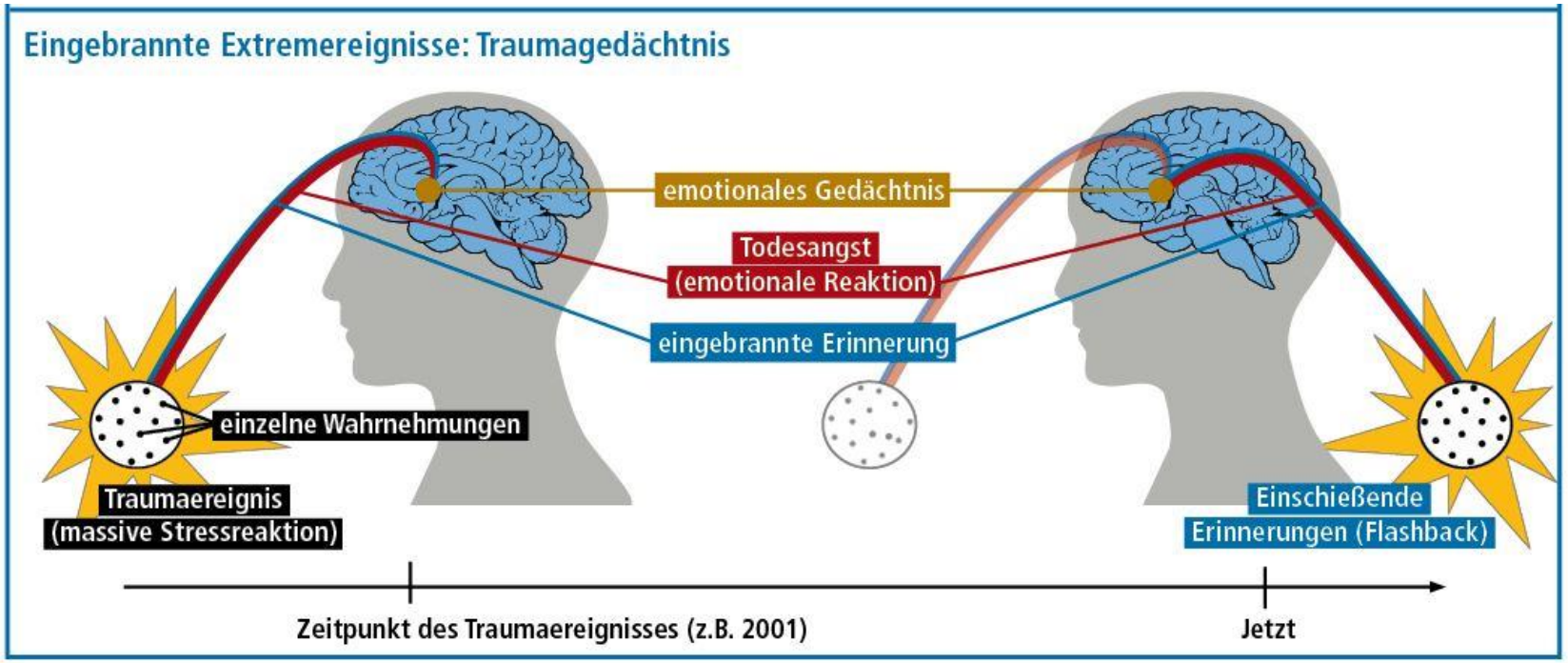
„Ich schaffe es nicht!“

„Ich kann nichts tun!“

plötzliches Auftreten, Opfer ist: überrascht, unvorbereitet, überwältigt von Intensität

Kurz oder lang anhaltendes Ereignis/Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde

Traumagedächtnis



Posttraumatische Belastungsstörung ICD-10 F43.1

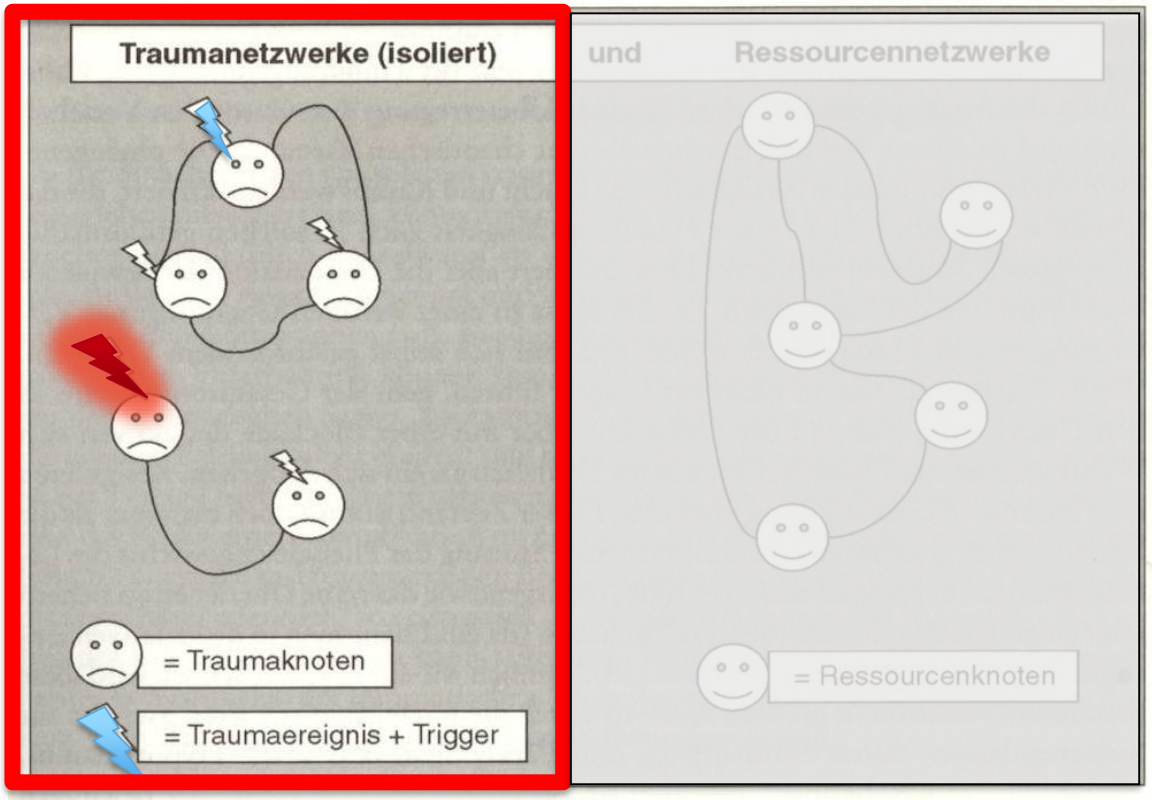


Abb. 2: Schema von Trauma- und Ressourcennetzwerken

Modifiziert nach Rost, Ebner 2008

- Schreckhaftigkeit und Angst
- Starke Nervosität und Herzrasen, Reizbarkeit

- Schlafstörungen und Albträume
- Appetitlosigkeit, starke Müdigkeit

- Gefühl der Sinnlosigkeit, Hoffnungslosigkeit

- Erinnerungslücken, Konzentrationsprobleme
- Quälende Erinnerungen oder Bilder, die sich aufdrängen

- Verstärktes Bedürfnis nach Alkohol oder Beruhigungsmitteln

- Schmerzen (Kopf, Rücken)
- Beunruhigende Körperwahrnehmungen

Zuviel oder Zuwenig: Polarität der posttraumatischen Symptomatik

Intrusive Symptomatik		Konstriktive Symptomatik
Sich aufdrängende Erinnerungen, zwanghafte Gedanke an das Trauma	**Gedanken**	Erinnerungslücken, Konzentrationsstörungen, Gefühllosigkeit
Angst, fehlendes Sicherheitsgefühl, Ohnmacht, Hilflosigkeit	**Affekt**	Emotionale, Vertaubung, Lustlosigkeit, fehlende Zukunftsperspektive
Körper"Flash"backs, Körpererinnerungen, Schmerzsymptome	**Wahrnehmung**	Entfremdungserleben, Depersonalisation
Unkontrollierbare, Stressreaktionen, Übererregung, Abreaktionen	**Verhalten Motorik**	Erstarrung, Lähmung, Kraftlosigkeit, extreme Müdigkeit

Fahrplan

- Bedeutung der Thematik
- Potentiell traumatisierende Erlebnisse
- Folgeerscheinungen
- **Behandlung**
- Sekundärtraumatisierung
- Was hilft Belastung, zu reduzieren?

Extremes Ereignis
löst bei nahezu allen Menschen Hilflosigkeit, Entsetzen und starke Angst aus

Körperliche und psychische Erschütterung

Nachklingende psychische Erschütterung:
Akute Belastungsreaktion (ABR, ICD-10 F43.0)
Stunden bis wenige Tage

Psychosoziale Notfallversorgung Frühintervention

Adäquate Verarbeitung des Erlebten

Keine psychischen Folgeerscheinungen

50-95%

Unvollständige Einordnung des Erlebten

Posttraumatische Belastungsstörung F 43.1

Beginn: wenige Wochen bis Monate nach dem Trauma

1. Sich aufdrängende Erinnerungen („Flashbacks", Albträume)
2. Betäubt sein, emotionale Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen
3. Vermeidung aller erinnerungsauslösender Reize
4. Erregung, Schreckhaftigkeit („Hyperarousal")

Oft Assoziation mit Freudlosigkeit, teilweise Suizidalität und Angst

Traumatherapie

Verhinderung der Chronifizierung

Komplexe PTBS

Traumatherapie

Kessler et al., 1995, 2008
Perkonigg A, Kessler RC, Storz S, Wittchen H-U (2000)
Creamer, Burgess, and McFarlane (2001)
Kilpatrick, D., Resnick, H.S., Milanak, M.E., Miller, M.W., Keys, K.M. and Friedman, M.J. (2013)

Bi PTBS 80 % Komorbidität mit Depression, Angst, Dissoziative Störung, Sucht, Persönlichkeitsstörung

Vorgehen in der Begegnung mit akut traumatisierten Menschen

https://www.istss.org/treating-trauma/new-istss-prevention-and-treatment-guidelines.aspx

- Emotionale und soziale Unterstützung
- Befriedigung basaler Bedürfnisse
- Non-direktive unterstützende Kontaktaufnahme
- Dosierte Informationsvermittlung
- Unterstützung von äußerer und innerer Sicherheit

Prävention psychopharmakologisch?

- In vielen Studien wurden zur Prävention von PTBS und Akuter Belastunsreaktion (ABS) vornehmlich β-Blocker und Hydrocortison, aber Morphin, Fluoxetin, Gabapentin, Albuterol und Imipramin untersucht

- Ein systematisches Review dieser Studien konnte keine überzeugende Evidenz für die Wirksamkeit von Psychopharmaka für die Prävention von PTBS und ABS finden

- Lediglich Hydrocortison könnte in der Prävention von PTBS nützlich sein

→ Sijbrandij, M. et al. (2015)

Traumainformierte Gesprächsführung

Voraussetzungen bei Behandlern

Traumaspezifisches Wissen
- Entstehung
- Symptomatik (Körper, Verhalten)
- Behandlungsnetzwerk

Grundhaltung
- Normalität
- Transparenz
- Individualität

Was wird besprochen?

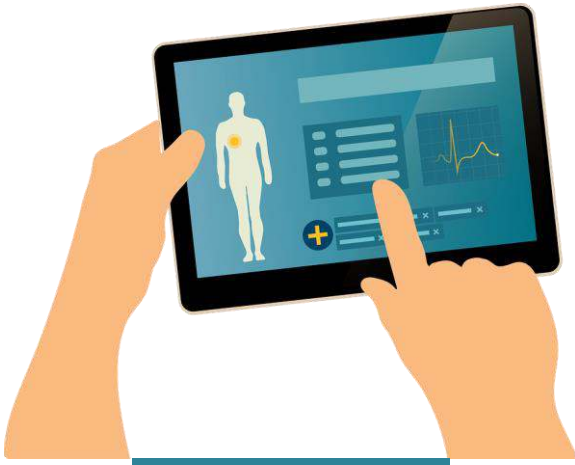
Wie wird es besprochen?

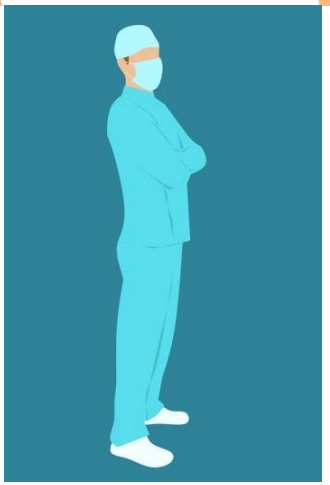
Elemente
- Traumasensible Anamneseerhebung
  - Schlüsselsymptome
  - Freies Erzählen
  - Psychoedukation
- Dokumentation
- Krisenintervention/Affektregulation bei psychischer Dekompensation
- Erfragen von Sicherheitsstatus und sozialer Unterstützung
- Beratung zu traumaspezifischer Behandlung
- Weitervermittlung in multiprofessionelle Netzwerke

Prinzipien
- Schutz und Störungsfreiheit
- Transparenz
- Sachlichkeit und Empathie
- Respekt und Validierung
- Erklärung und Normalisierung
- Ressourcenorientierung
- Unterstützung bei Affektregulation

Was soll **vermittelt** werden?

Empfinden bei Traumatisierten
- Sicherheit
- Kontrollierbarkeit
- Wahlfreiheit





Kurzcheckliste zur **E**rkennung **E**motionaler und **P**sychischer Beschwerden nach häuslicher Gewalt **KEEP**

Unterliegt der gesetzlichen Schweigepflicht (StGB § 203)!

Name:_____Datum:_____

Kurzcheckliste für Patienten

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen.
Bitte beantworten Sie jede Frage so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

1.	**Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?**	**Gar nicht**	**An einzelnen Tagen**	**An mehr als der Hälfte der Tage**	**Beinahe jeden Tag**
a.	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	□	□	□	□
b.	Niedergeschlagenheit, Schwermut, Hoffnungslosigkeit	□	□	□	□
c.	Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	□	□	□	□
d.	Müdigkeit oder Gefühl keine Energie zu haben	□	□	□	□
e.	Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	□	□	□	□
f.	Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	□	□	□	□
g.	Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	□	□	□	□
h.	Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig" oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	□	□	□	□
i.	Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	□	□	□	□

2.	**Fragen zum Thema „Angst"**	**Nein**	**Ja**
a.	Hatten Sie in den letzten vier Wochen eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?	□	□
	Wenn „NEIN", gehen Sie bitte weiter zu Frage 3!		
b.	Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	□	□
c.	Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf, d. h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	□	□
d.	Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	□	□
e.	Litten Sie während Ihres letzten schlimmen Angstanfalls unter Kurzatmigkeit, Schwitzen, Herzrasen oder –klopfen, Schwindel oder dem Gefühl, der Ohnmacht nahe zu sein, Kribbeln oder Taubheitsgefühlen, Übelkeit oder Magenbeschwerden?	□	□

3. Wenn eines oder mehrere der in Frage 1 und/oder 2 beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln, oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

Überhaupt nicht erschwert	Etwas erschwert	Relativ stark erschwert	Sehr stark erschwert
□	□	□	□

4. Gab es in Ihrem Leben jemals ein Ereignis, das so beängstigend, schrecklich oder erschütternd war, dass Sie innerhalb der letzten 30 Tage …

a. Alpträume von dem Erlebnis hatten oder daran denken mussten, obwohl Sie es nicht wollten?
Nein □ Ja □

b. angestrengt versucht haben, nicht daran zu denken oder sich besondere Mühe gegeben haben, um Situationen zu vermeiden, die Sie an dieses Erlebnis erinnern?
Nein □ Ja □

c. ständig auf der Hut, wachsam oder leicht zu erschrecken waren?
Nein □ Ja □

d. sich taub oder von anderen Menschen, Aktivitäten oder Ihrer Umwelt abgeschnitten gefühlt haben?
Nein □ Ja □

5. Bitte kreuzen Sie an, in wie weit Sie die unten genannten körperlichen Symptome oder Körperempfindungen <u>im letzten Jahr</u> erlebt haben.

Hierbei entsprechen die Zahlen 1-5 den folgenden Zuordnungen:

1 = dies erlebe ich **überhaupt nicht**
2 = dies erlebe ich **manchmal**
3 = dies erlebe ich **öfters**
4 = dies erlebe ich **ziemlich häufig**
5 = dies erlebe ich **sehr häufig**

Wenn Sie ein körperliches Symptom erleben, geben Sie bitte zusätzlich mit „Ja" oder „Nein" an, ob ein Arzt/eine Ärztin dieses Symptom auf eine körperliche Krankheit zurückgeführt hat. Bei „Ja" schreiben Sie bitte hinter „nämlich" die körperliche Ursache auf (falls bekannt).

	Manchmal…	**Ausmaß, in dem Sie das Symptom erleben**					**Ist eine körperliche Ursache dafür bekannt?**	
a.	ist das Urinieren schmerzhaft.	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	Nein □	Ja □ , nämlich _____
b.	ist mein Körper oder ein Teil meines Körpers Schmerzen gegenüber unempfindlich.	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	Nein □	Ja □ , nämlich _____
c.	sehen die Dinge in meiner Umgebung anders aus als normalerweise (z. B. so als würde ich sie durch einen Tunnel sehen oder so als sehe ich nur einen Teil davon).	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	Nein □	Ja □ , nämlich _____
d.	fühlt es sich so an als ob mein Körper oder ein Teil meines Körpers verschwunden wäre.	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	Nein □	Ja □ , nämlich _____
e.	kann ich nicht (oder nur mit großer Anstrengung) sprechen, oder überhaupt nur flüstern.	1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	Nein □	Ja □ , nämlich _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Dieser Bogen ist als Ergänzung zum Dokumentationsbogen bei Häuslicher Gewalt konzipiert. Bitte fügen Sie ihn dem Dokumentationsbogen bei, wenn der Patient den Fragebogen „Kurzcheckliste für Patienten" ausgefüllt hat.

Auswertung „Kurzcheckliste für Patienten"
Psychische Verdachtsdiagnosen

Bitte nur angeben, wenn der Fragebogen von der Patientin/vom Patienten ausgefüllt und diesem Dokumentationsbogen beigelegt ist.

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Untersuchungsdatum: _____

Depressive Episode

Leichte bis mittelgradige depressive Episode [1]
- ☐ nein
- ☐ ja (Wenn zwei, drei oder vier der **Fragen 1a-i** mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage" beantwortet sind **und** Fragen 1a und 1b darunter sind.
(1i bitte auch mitzählen, wenn es mit „an einzelnen Tagen" beantwortet ist.))

Schwere depressive Symptomatik [1]
- ☐ nein
- ☐ ja (Wenn **fünf oder mehr** der **Fragen 1a-i** mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage" beantwortet sind und Fragen 1a und 1b darunter sind.
(1i bitte auch mitzählen, wenn es mit „an einzelnen Tagen" beantwortet ist.))

[1] Häufigstes Ausschlusskriterium: Die depressiven Symptome sind nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen oder eine organische psychische Störung zurückzuführen.

Angstattacken

Angstattacken [2]
- ☐ nein
- ☐ ja (Wenn alle **Fragen 2a-e** mit „ja" beantwortet sind.)

[2] Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Angstsymptome sind nicht Folge einer körperlichen Störung (z.B. Hyperthyreose), einer organischen psychischen Störung oder der Einnahme psychotroper Substanzen.

Posttraumatische Belastung

Posttraumatische Belastung/Trauma assoziierte Störung
- ☐ nein
- ☐ ja (Wenn drei oder mehr der **Fragen 4a-d** mit „Ja" beantwortet sind.)

Dissoziative Symptomatik

Dissoziative Symptomatik
- ☐ nein
- ☐ ja (Wenn bei **Frage 5** die Summe der zu vergebenen Zahlen (1-5) von allen fünf Items (a-e) zusammen ≥ 8 ist. Gezählt werden nur Items, bei denen es **keine plausible organische Ursache** für das jeweilige Symptom gibt.)

► **Hinweis:**
Dieser Bogen unterliegt der gesetzlichen Schweigepflicht und wird in der Praxis/in der Patientenakte aufbewahrt. Er darf nur nach vorheriger schriftlicher Einwilligung der Betroffenen an Dritte herausgegeben werden.

_____
Stempel und Unterschrift

Fokusklärung in der Behandlungsplanung

Wann fand die letzte Gewalttat statt?

Gewalt besteht aktuell nicht mehr

- Diagnostik der Symptomatik
- Traumafolgestörung?!
- Krisen-intervention

Gewalt besteht aktuell fort
(häuslich | rassistisch motiviert | Peer)

- Anbindung an spezialisierte Beratungsstelle/ Schutzeinrichtung
  Ziel:
  Herstellung der äußeren Sicherheit
- \+
- ggf. Krisen-intervention

TRAUMATHERAPIE

Traumaambulanz (Beispiel Dresden Uniklinik) Mögliche Zugangswege und Finanzierungsmodelle

Opfer einer Gewalttat oder ihre Hinterbliebenen

Überweisung durch Erstberater (Hausarzt, Opferhilfe, Polizei etc.), eigene Initiative

Kostenträger

Freistaat Sachsen, Finanzierung über Vertrag zu Opferentschädigungsgesetz (OEG):

5 probatorische Sitzungen nach Kurzantrag + 10 zusätzliche Sitzungen Akut-Therapie (nach Langantrag)

Arbeits- und Wegeunfallopfer, Ersthelfer

Direkte Zuweisung durch Kostenträger oder D-Arzt

Kostenträger

Unfallkassen, Berufsgenossenschaften (Finanzierung über Vertrag nach Psychotherapeutenverfahren der DGUV):

5 probatorische Sitzungen + weitere Therapiesitzungen nach Antrag/Bewilligung

Andere akut oder chronisch Traumatisierte

Vermittlung durch Vorbehandler, Berater, Hausarzt; eigene Initiative

Kostenträger

Krankenkassen gemäß

- §117 SGB V: **Hochschulambulanz (HSA)**; nur Universitäten; meist nur Erstberatung
- §118 SGB V: **Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)**; multimodales Behandlungssetting
- §118 SGB V: **Psychosomatische Institutsambulanz (PsIA)** → *noch in Verhandlung*

Flüchtlinge (Migrationsambulanz)

Vermittlung durch Flüchtlingsambulanz, Hausarzt, Sozialbetreuer, Rechtsanwälte

Kostenträger

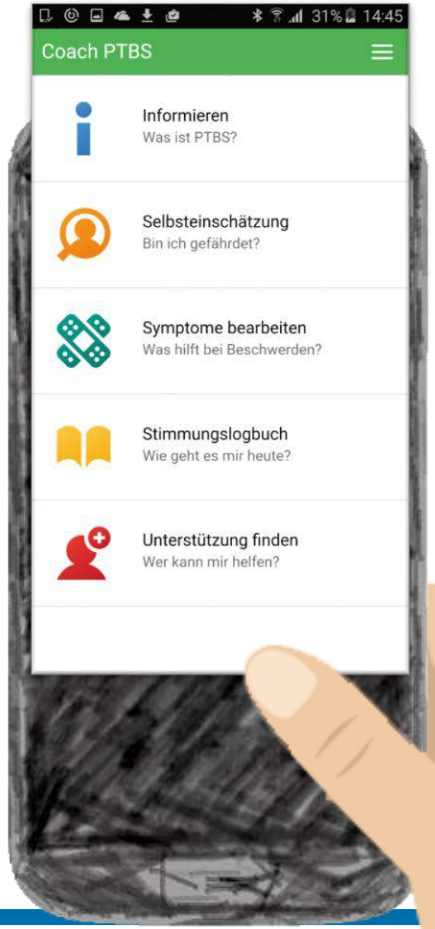
- **Ohne KK-Karte**: Finanzierung in Einzelfallentscheidung durch Amtsärzte über Landratsamt/Landesdirektion
- **Mit KK-Karte**: Hochschulambulanz oder Psychiatrische Institutsambulanz
- **Dolmetscher**: Landratsamt, Landesdirektion, Spenden

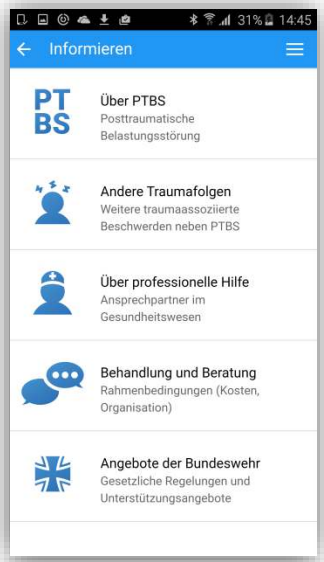
Coach PTBS

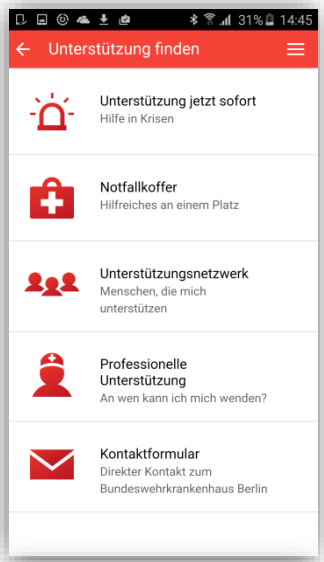
Für die Wartezeit auf Psychotherapie
-Entwickelt für Soldaten, aber einsetzbar für alle Betroffenen
- (Angehörige einstellen)

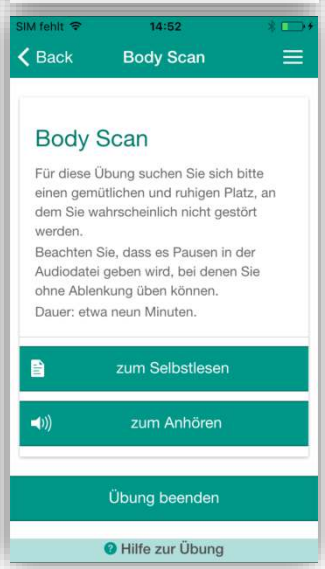
In den Stores frei verfügbar

App CoachPTBS









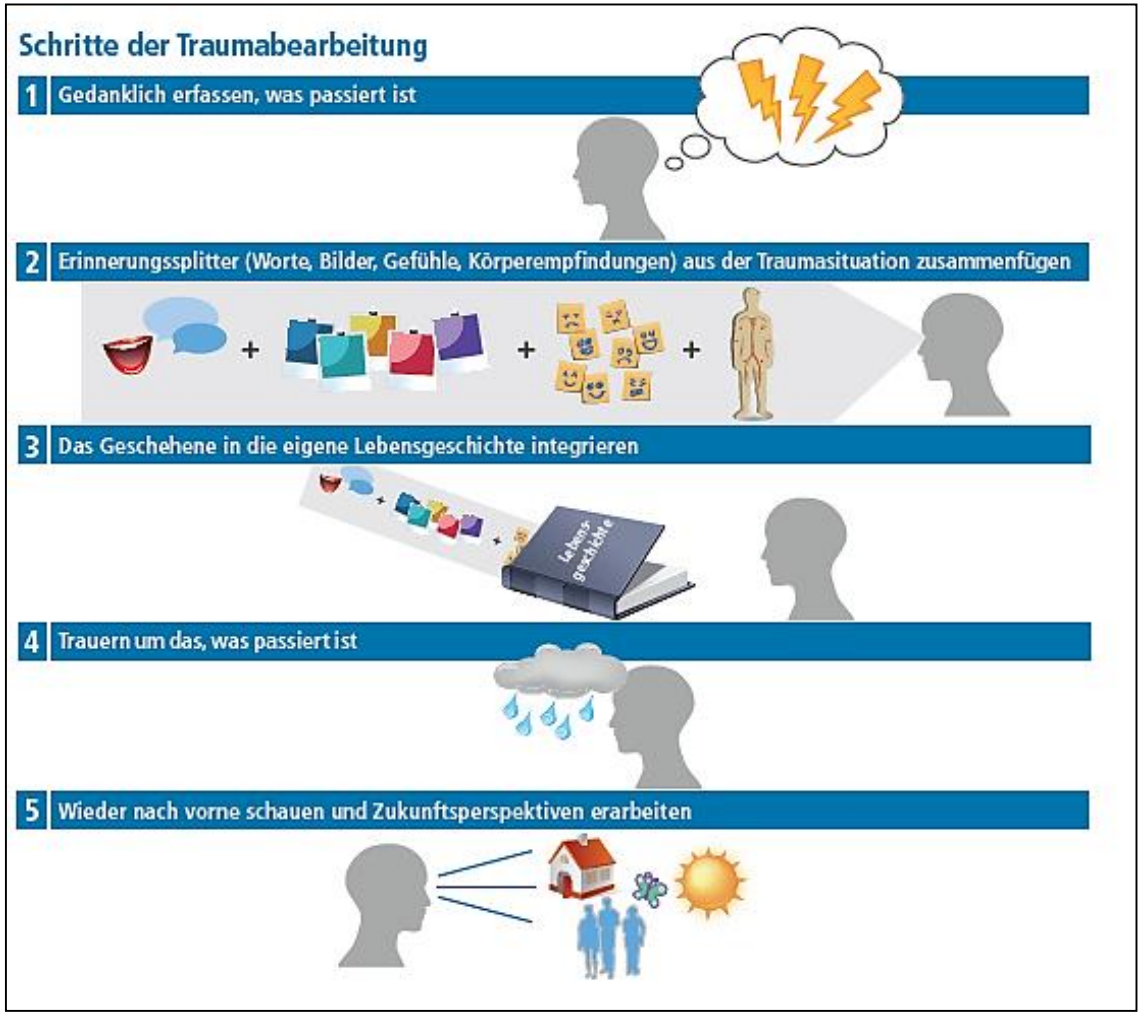
für Android....

....und für iOS.

Projekt: App CoachPTBS –Wegweiser bei psychischen Einsatzfolgestörungen

Julia.Schellong@uniklinikum-dresden.de®

Traumafokussierte Psychotherapie first Bisson et al. 2013



Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (tf-CBT) Foa, Ehlers und für Kinder Cohen et al. 2006, deutsch 2009)
Verknüpfung von grundlegenden Annahmen (z. B.: „Das Böse kann jederzeit geschehen“) und Verhaltensmustern Anpassung des Körpers an diese Sichtweise) durch Konfrontation auflösen. Arbeit mit dem Gefühl des Kontrollverlustes

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) Shapiro 1996
Über gezielte Stimulationen wie Fingerberührungen, Augenbewegungen oder akustische Signale unter gleichzeitiger Erinnerung der traumatische Situation werden bestimmte Gehirnprozesse unterstützt und wieder ins Gleichgewicht gebracht.

Prolonged Exposure Foa, Rothbaum, Riggs, and Murdock (1991)
Imaginal exposure, traumatische Erinnerungen erzählen, mehrfach laut wiederholen und prozessieren und
***In vivo* exposure**, wiederholte Konfrontation mit Situationen und Objekten, die mit Unbehagen und Stress verbunden sind, aber nicht gefährlich sind.

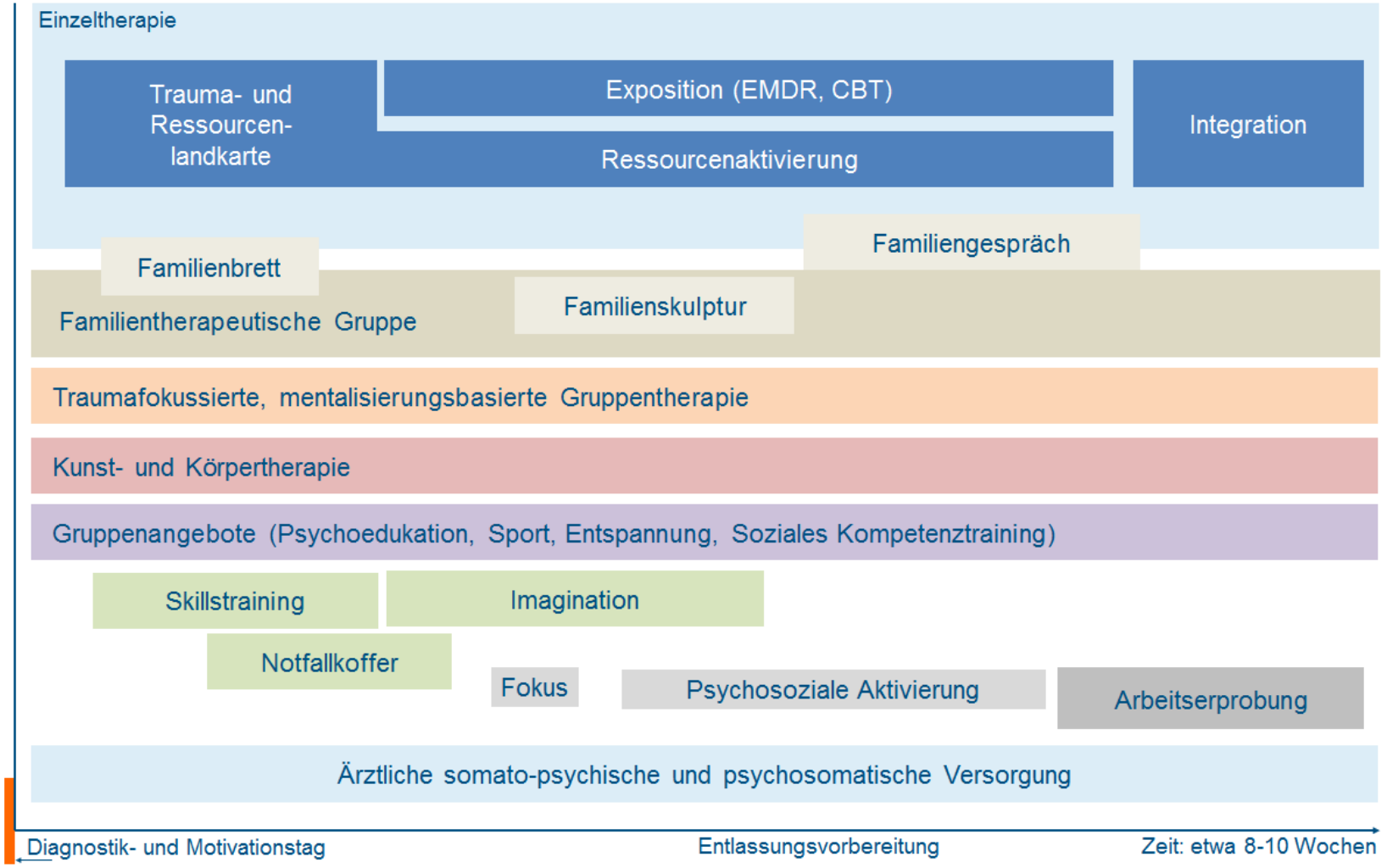
Narrative Expositionstherapie NET Schauer M., Neuner F. & Elbert T. (2005). Lebensstrahl mit positiven und negativen Erlebnissen

Traumabearbeitung bedeutet nicht, die Erinnerung „weg“ oder Erlebnisse ungeschehen zu machen! Ziel ist, das Erlebte als einen Teil der eigenen Lebensgeschichte sehen und den Blick in die Zukunft richten zu können.

Probleme in der Behandlung von Patienten nach Gewalttaten in Beziehungen

- Verleugnung, Minimierung, Verharmlosung
- Dissoziative Symptome
- Identifikation mit dem Aggressor
- Weiter wirksame Schweigegebote
- Loyalitätskonflikte
- Unbewusste Wiederholung

Stationäre Traumatherapie (Beispiel Dresden UKD)



Schellong J, Epple E, Weidner K. Hrsg: Praxisbuch Psychotraumatologie Thieme 2018

Pharmakotherapie bei PTBS

- Internationale Leitlinien, neuere Metaanalysen und die AWMF Leitliniengruppe kommen übereinstimmend zu dem Schluss, dass Pharmakotherapie geringere Effektstärken zeigt als Psychotherapie

- Falls nach einem informierten und partizipativen Entscheidungsprozess trotz der geringen Effekte eine Medikation bevorzugt wird, so sollte lediglich Setralin, Paroxetin oder Venlafaxin angeboten werden.

- Bisher keine Evidenz, dass eine Kombinationsbehandlung aus Pharmakotherapie und traumafokussierter Psychotherapie effektiver ist als Psychotherapie allein.

- **Benzodiazepine sollen nicht eingesetzt werden.** Bernardy & Friedman (2017), Guina et al. (2016)

Hetrick et al 2010, Bisson et al. 2015, Hoskins et al 2015, Lee et al. 2016, Kelmendi et al. (2016), Lee et al. (2016), Bernardy & Friedman (2017)
https://www.istss.org/treating-trauma/new-istss-prevention-and-treatment-guidelines.aspx

Themenfelder und Akteure in der vernetzten Versorgung traumatisierter Menschen

Dauer-Themen, die den meisten Therapeuten zunächst fremd sind:

OEG, Fonds sexueller Missbrauch, Stalking und aktuelle Gewalt, Behandlung während laufenden Prozesses, ...

Psychohygiene

Fahrplan

- Bedeutung der Thematik
- Potentiell traumatisierende Erlebnisse
- Folgeerscheinungen
- Behandlung
- **Sekundärtraumatisierung**
- Was hilft Belastung, zu reduzieren?

Sekundärtraumatisierung

- Primärtraumatisierung: eigenes Ausgesetztsein

- **Sekundärtraumatisierung:**
  Belastungen, die in der Arbeit mit Traumatisierten entstehen
  - Anhören von Details
  - Ansehen von Bildern

  Kernsymptome (wie bei PTBS)
  - Wiedererleben (Albträume, einschießende Erinnerungen)
  - Vermeidung (von Gedanken, Gefühlen oder Aktivitäten, die an das Trauma erinnern)
  - Übererregung (Körper in Alarmbereitschaft, Schreckhaftigkeit, Wachsamkeit)
  - Mitunter auch „Abstumpfung“

Sekundärtraumatisierung

- Risikofaktoren:

  - Unverarbeitete (!) eigene Traumatisierungen (Reaktivierung)
  - Konfrontation mit besonders ausgeprägter Gewalt
  - Sehr junge Opfer
  - Ähnlichkeit der Opfer mit den eigenen Kindern (Aussehen, Alter)
  - Fehlendes Fachwissen
  - Fehlende soziale Unterstützung/ Nachsorgeangebote in der Institution

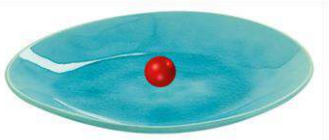
Fahrplan

- Bedeutung der Thematik
- Potentiell traumatisierende Erlebnisse
- Folgeerscheinungen
- Behandlung
- Sekundärtraumatisierung
- **Was hilft Belastung, zu reduzieren?**

Was hilft, Belastung zu reduzieren?

Professionalität

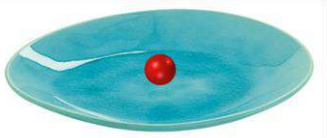
- Aus- und Fortbildung (traumaspezifisches und juristisches Fachwissen, aber auch: Täterstrategien, Deeskalation,…)
- Dienstkleidung – zumindest symbolisch
- Bewusstes „auf Arbeit lassen“
- Kollegialer Austausch und Nachbesprechungen, ggf. „Supervision“ (Achtung: Humor ist erwünscht, Zynismus ist ein Warnsignal)



Was hilft, Belastung zu reduzieren?

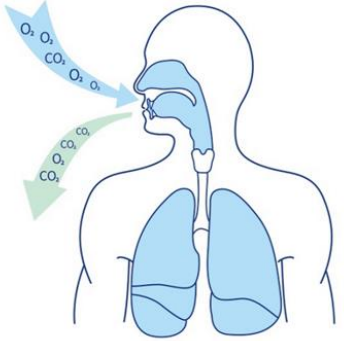
Individualität

- Körper: Schlaf, Ernährung, Bewegung
- Entspannung, Naturkontakt, Meditation
- Kreativität, Singen (Chor!), Tanzen
- ausgleichende positive Aktivitäten (Musik, Lesen, Filme, Hobbies)
- Spiritualität, Humor, Dankbarkeitstagebuch
- sozial: Partnerschaft, Freundschaften
- schöne Umgebung, schön gestalteter Arbeitsplatz
- wenig zusätzlich Belastendes im Alltag (z.B. Nachrichten im Fernsehen)



Was hilft, Belastung zu reduzieren?

- **Atmung**



Beispiel: Nase-Mund-Atmung

Atmen Sie durch die Nase ein und durch den Mund wieder aus.

Achten Sie auf das tiefe Ausatmen durch den Mund.

Da der Strömungswiderstand der Nase höher ist, verschiebt sich die Bilanz automatisch Richtung Ausatmen.

Sie können dabei auch z. B. beim Einatmen bis 4, beim Ausatmen bis 8 zählen (oder 5 : 10, 4 : 10), um diesen Effekt noch zu verstärken.

Was hilft, Belastung zu reduzieren?

- **Abschütteln:**

– Von den Füßen angefangen, über die Beine und danach die Arme wird der ganze Körper geschüttelt („Abzittern“).
– Am Ende wird der ganze Körper geschlackert.
– Nach vorn fallen lassen und dann langsam wieder aufrichten

→ löst Mikroverspannungen
→ baut Stresshormone ab
→ hellt die Stimmung auf

Was braucht interdisziplinäre und inter-professionelle traumainformierte Behandlung?

- fachlich guten, einheitlichen Standard aller beteiligten Kräfte
- traumainformierter Umgang in Beratung und Behandlung
- regionale und überregionale Zusammenarbeit verschiedener Professionen und Fachbereiche
- transparente Darstellung und proaktive Informationsvermittlung der möglichen Versorgungswege und Angebote
- ausreichend Zeit für Vernetzungstätigkeit und Rücksprachemöglichkeiten

11. Fachtagung Traumanetz Seelische Gesundheit

PROGRAMM 11. FACHTAGUNG

TRAUMA TRAUER RESILIENZ
11. Tagung Traumanetz Seelische Gesundheit

Zum 11. Fachtag Traumanetz Seelische Gesundheit stehen die nahe beieinander liegenden Themen Trauer und Trauma im Zentrum. Wir wollen den interdisziplinären Blick bewahren, von der Literatur zu neurowissenschaftlicher Perspektive über aktuelle Konzepte zu Trauer, Resilienz und Traumatherapie bis zu bewegungstherapeutischen Zugängen. Eine große Auswahl an Workshops fügt pädagogische Themen, Arbeit mit Familien, Geflüchteten und bei sexualisierter Gewalt hinzu. Angegliederte Sonderseminare von Michael Bohne (PEP), Marianne Eberhard Kächele und Johanna Unterhitzenberger geben Gelegenheit zur Arbeit mit Ressourcen und Vertiefung der Vortragsthemen.
Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme, gute Vernetzung und eine rege interdisziplinäre Diskussion.

AUFTAKT DER 11. FACHTAGUNG

LESUNG
06. 12. 2018 | 19:00-20:30 Uhr
Angelika Klüssendorf

In ihren Romanen *Das Mädchen* (2011) und *April* (2014) schrieb Angelika Klüssendorf die Geschichte einer starken jungen Frau, die ihren Weg unter widrigen Umständen geht. Das Mädchen erlebt eine schwierige Kindheit in der DDR der 70er Jahre mit einem alkoholkranken Vater, einer gewalttätigen Mutter und landet schließlich im Kinderheim. Als junge Frau entkommt sie der Psychiatrie, lebt in Leipzig, entdeckt das Schreiben, wird selbst zur überforderten Mutter und zieht in den Westen mit Mann und Kind. Der 2018 erschienene Band *Jahre später* setzt den Romanzyklus fort: das erwachsene Mädchen April, die ihrem Namen einem Deep Purple Song verdankt, lernt den Chirurgen Ludwig kennen. Aber diese intensive Beziehung wird für die beiden Protagonisten zu einem Akt gegenseitiger Zerstörung und endet in einem Scheidungskrieg, der die Abgründe der menschlichen Seele und Aprils Kindheitstraumata offen legt.
Die Autorin liest aus ihrer stark autobiografisch gefärbten Romantrilogie und spricht über das Schreiben als Erlösung.

Der Abendvortrag ist öffentlich. Er findet in Kooperation mit dem Deutschen Hygiene-Museum Dresden statt. Eine Anmeldung hierfür ist nicht erforderlich. Die Eintrittsgebühr in Höhe von 7,00 EUR ist vor Ort zu entrichten. (Schüler und Studenten zahlen eine ermäßigte Gebühr von 3,00 EUR)

PROGRAMM 11. FACHTAGUNG

FREITAG | 7. Dezember 2018
DEUTSCHES HYGIENE-MUSEUM DRESDEN

09:00 Uhr **Begrüßung**
Julia Schellong & Constanze Höhne, Dresden

09:10 Uhr **Von reizreichen Umgebungen und neuen Nervenzellen: Wie Erfahrung das Gehirn formt**
Gerd Kempermann, Dresden

10:10 Uhr **Wie traumatische Erfahrungen Trauerprozesse formen können**
Chris Paul, Köln

11:00 Uhr **Pause**

11:30 Uhr **Resilienz fördern in der Traumatherapie**
Rosmarie Barwinski, Zürich

12:15 Uhr **Von innen und außen bewegt: Tanz- und bewegungstherapeutische Zugänge zu Trauer und Resilienz bei Trauma**
Marianne Eberhard-Kaechele, Köln

13:00 Uhr **Mittagspause**

14:00 Uhr **Traumanetz Seelische Gesundheit**
Julia Schellong, Dresden & Natascha Unfried, Chemnitz

14:30 Uhr **Workshop-Block A W1 – W7** (siehe rechts)

16:00 Uhr **Pause**

16:15 Uhr **Workshop-Block B W1 – W7** (siehe rechts)

17:45 Uhr **After Work- Austausch**

18:15 Uhr **Mitgliederversammlung des Fördervereins Traumanetz Seelische Gesundheit e.V.**

Bitte beachten Sie die Sonderseminare

Michael Bohne (PEP)	**06.12.2018**
Marianne Eberhard-Kächele	**08.12.2018**
Johanna Unterhitzenberger	**08.12.2018**

PROGRAMM 11. FACHTAGUNG

FREITAG | 7. Dezember 2018
DEUTSCHES HYGIENE-MUSEUM DRESDEN

Die Workshops werden jeweils inhaltsgleich in Block A und Block B angeboten, um Ihnen die Teilnahme an zwei verschiedenen Workshops zu ermöglichen.

14:30 – 16:00 Uhr **Workshop-Block A**
16:15 – 17:45 Uhr **Workshop-Block B**

W1 **MindMatters – Mit psychischer Gesundheit gute Schule entwickeln – Modul Rückgrat für die Seele**
Annekathrin Weber, Dresden

W2 **Herausforderungen im Umgang mit traumatisierten Flüchtlingskindern und -jugendlichen**
Johanna Unterhitzenberger, Eichstätt

W3 **Resilienz fördern in der Traumatherapie**
Rosmarie Barwinski, Zürich

W4 A **Verbundenbleiben mit dem Verstorbenen - nicht mit einem traumatischen Sterben!**
Chris Paul, Köln (Nur Block A)

W4 B **Trauma-Trauer-EMDR**
Micaela Götze (Nur Block B) **(angefragt)**

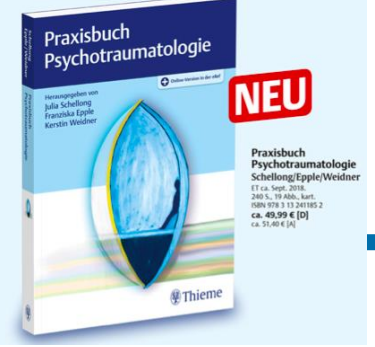
W5 **Besonderheit Interkulturalität - Beratung psychisch belasteter Menschen mit Migrationshintergrund im PSZ Dresden**
Grit Grünewald & Katja Eisenkolb, Dresden

W6 **Zwischen „#me too“ und „nein heißt nein“: Ressourcenförderung nach sexualisierter Gewalt**
Uta Avenarius, Leipzig

W7 **Von innen und außen bewegt: Tanz- und bewegungstherapeutische Zugänge zu Trauer und Resilienz bei Trauma**
Marianne Eberhard-Kaechele, Köln

Die Veranstaltung findet statt mit freundlicher Unterstützung von: lehmanns media

traumanetz-sachsen.de/veranstaltungen/



Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus
DIE DRESDNER.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit und an das Team!

Psychotraumatologie

mHealth: TeleNePS und CoachPTBS
Traumanetz Seelische Gesundheit
Patrick Lorenz, Katharina Sturmeit, Elke Finger, Erik Bergner, Caroline Glathe

Kompetenzzentrum Traumaambulanzen und Hinsehen-Erkennen-Handeln
Franziska Epple, Caroline Glathe

Stationäres Team
Michael Klose, Lilly Kozerski, Sabine Hürrig, Julia Poch, Peggy Roever, Cynthia Hoppstock, Bergitha Georgi, Anna Sarchin, Maria Payer, Nadja Mirring, Katharina Friedrich, Petra Gierth

Traumaambulanz Seelische Gesundheit
Kati Eisfeldt-Räder, Melanie Künzel, Moritz Walser, Sylvia Kummer, Jule Dehler, Ute Rokyta, Anett Große, Theresia Noack, Luise Petereit, Clara v. Verschuer, Elke Finger, Ruth Baumgart

Freistaat Sachsen
Staatsministerium für Soziales

Kompetenzzentrum Traumaambulanzen in Sachsen

Tele-NePS

Europäische Union

Europa fördert Sachsen.
EFRE
Europäischer Fonds für regionale Entwicklung

Coach PTBS

Hinsehen
Erkennen
Handeln

Traumanetz-Sachsen

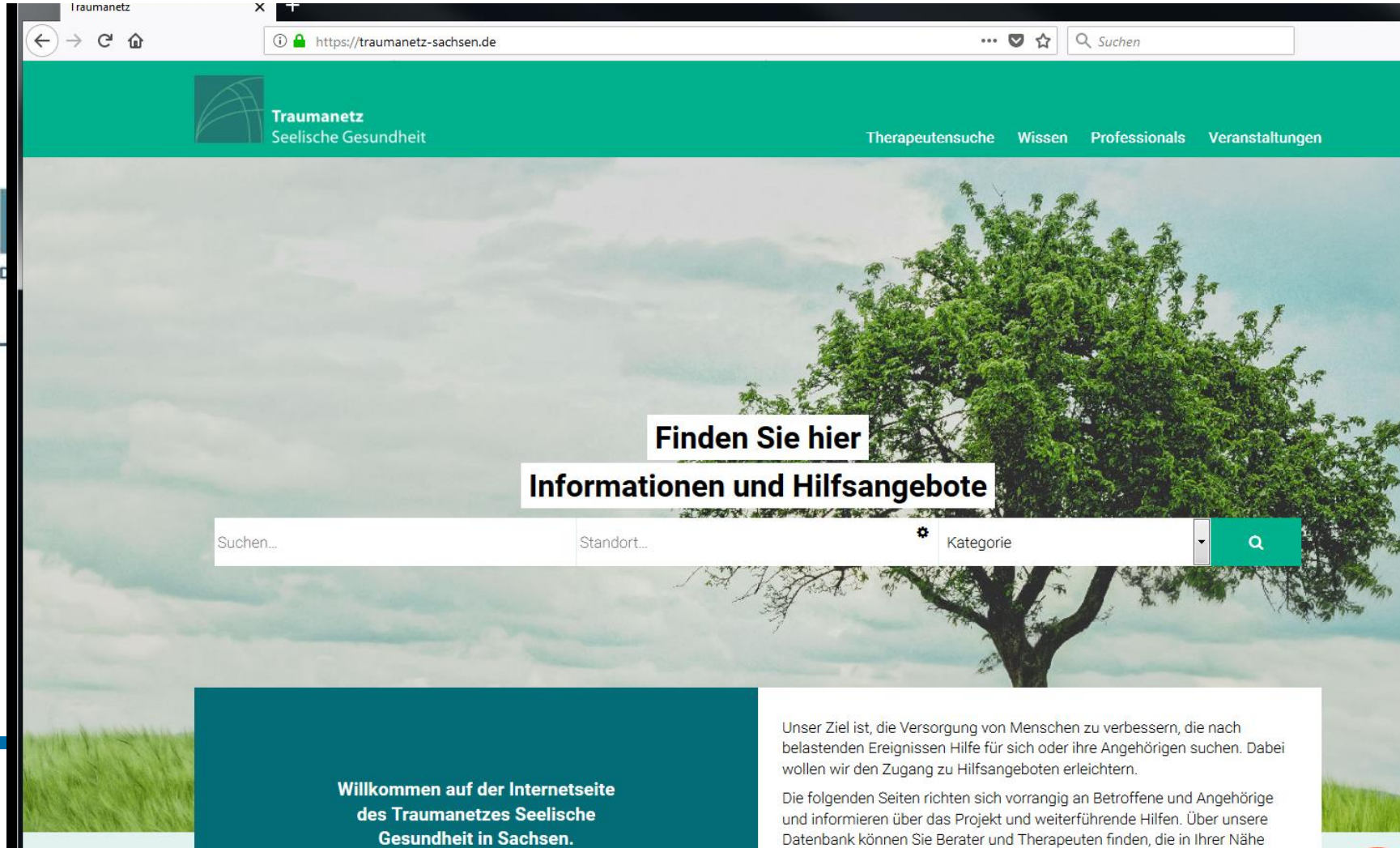
https://www.degpt.de/therapeutinnen-suche/

DeGPT
Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie

Suchen.. Suchen | Kontakt | Datenschutz

Startseite | Über die DeGPT | Aktuelles | DeGPT-Curricula | Weiterbildungsinstitute | TherapeutInnen-Suche

Oder lokale Seiten wie z.B:



Elfriede Dietrich Stiftung

In cooperation with www.degpt.de

Deutsch English

- Home
- Elfriede Dietrich Stiftung
- Das Filmprojekt
  - Presse
- Kontakt
- Impressum
- Haftungsausschluss
- Datenschutz

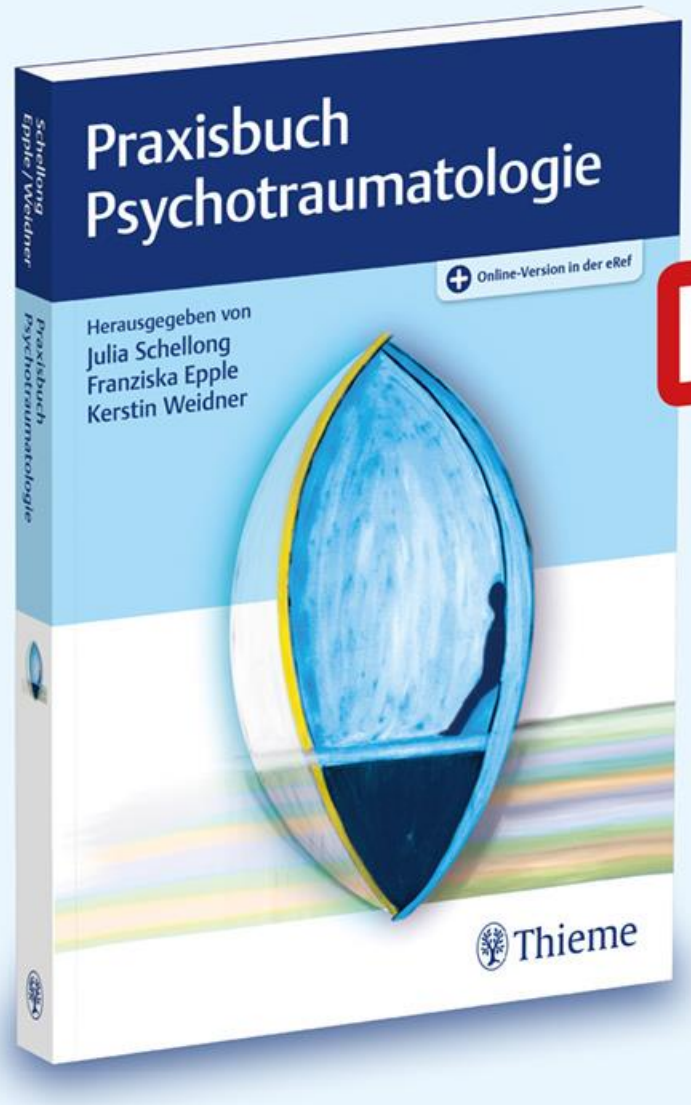
Mitglied bei:
Aktionsbündnis Seelische Gesundheit

Das Filmprojekt

Video mit Untertitel starten:

https://www.e-dietrich-stiftung.de/das-filmprojekt.html

Das neue Standardwerk

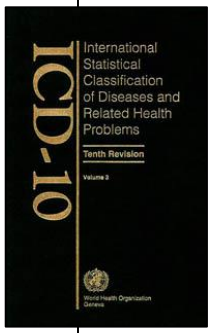


NEU

Praxisbuch Psychotraumatologie
Schellong/Epple/Weidner
ET ca. Sept. 2018.
240 S., 19 Abb., kart.
ISBN 978 3 13 241185 2
ca. 49,99 € [D]
ca. 51,40 € [A]

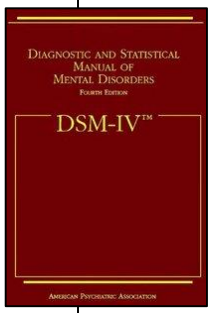
Definition der Dissoziation

ICD-10:



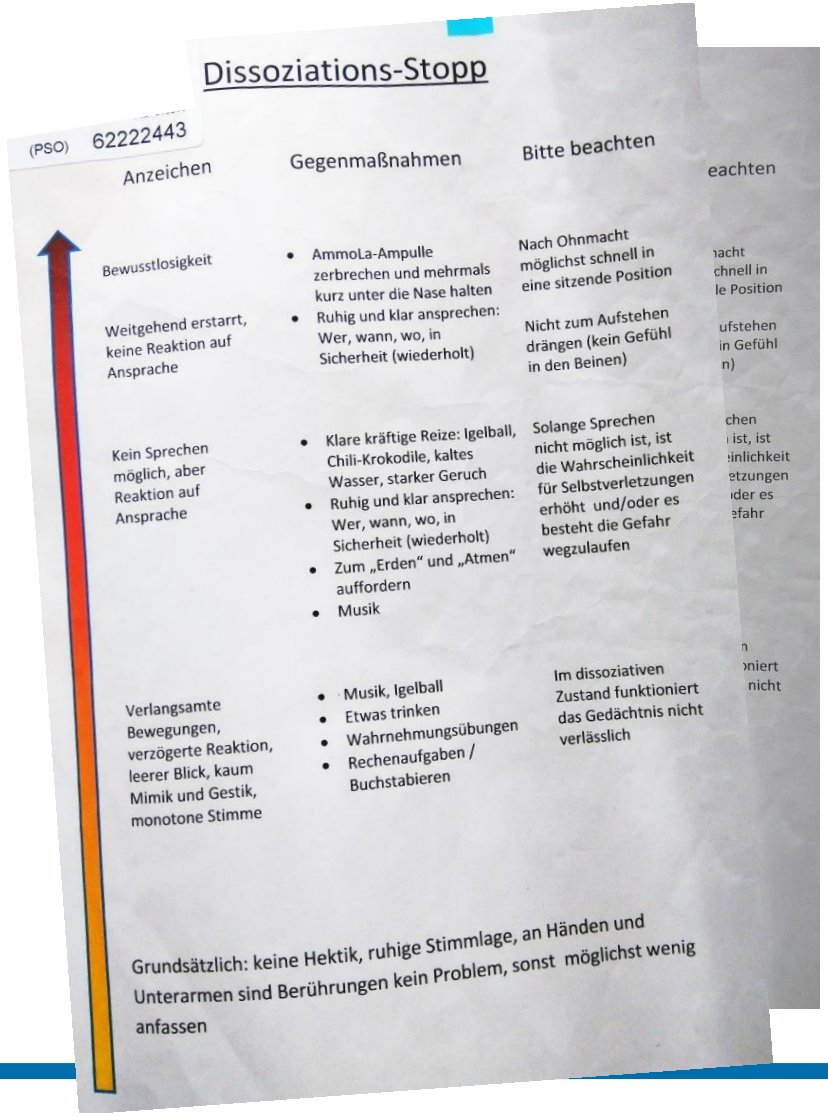
„teilweise oder völliger Verlust der normalen Integration von Erinnerungen in die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins; der unmittelbaren Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen."

DSM IV (1996):



„Unterbrechung der normalerweise integrativen Funktion des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität oder der Wahrnehmung der Umwelt"

Erklärungsblatt zum Vorgehen bei dissoziativen Anfällen



Dissoziations-Stopp

(PSO) 62222443

Anzeichen	Gegenmaßnahmen	Bitte beachten
Bewusstlosigkeit	• AmmoLa-Ampulle zerbrechen und mehrmals kurz unter die Nase halten	Nach Ohnmacht möglichst schnell in eine sitzende Position
Weitgehend erstarrt, keine Reaktion auf Ansprache	• Ruhig und klar ansprechen: Wer, wann, wo, in Sicherheit (wiederholt)	Nicht zum Aufstehen drängen (kein Gefühl in den Beinen)
Kein Sprechen möglich, aber Reaktion auf Ansprache	• Klare kräftige Reize: Igelball, Chili-Krokodile, kaltes Wasser, starker Geruch • Ruhig und klar ansprechen: Wer, wann, wo, in Sicherheit (wiederholt) • Zum „Erden" und „Atmen" auffordern • Musik	Solange Sprechen nicht möglich ist, ist die Wahrscheinlichkeit für Selbstverletzungen erhöht und/oder es besteht die Gefahr wegzulaufen
Verlangsamte Bewegungen, verzögerte Reaktion, leerer Blick, kaum Mimik und Gestik, monotone Stimme	• Musik, Igelball • Etwas trinken • Wahrnehmungsübungen • Rechenaufgaben / Buchstabieren	Im dissoziativen Zustand funktioniert das Gedächtnis nicht verlässlich

Grundsätzlich: keine Hektik, ruhige Stimmlage, an Händen und Unterarmen sind Berührungen kein Problem, sonst möglichst wenig anfassen

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus DIE DRESDNER.