KLINIK UND POLIKLINIK FÜR PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOSOMATIK
KLINIKDIREKTORIN: PROF. DR. MED. HABIL. KERSTIN WEIDNER
www.uniklinikum-dresden.de/pso Julia.schellong@ukdd.de

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus
DIE DRESDNER.

Zur Relevanz psychischer Gesundheit gewaltbetroffener Frauen im Gesundheitswesen

Fachtag GEWALT.MACHT.KRANK Berlin
Dr. med. Julia Schellong, Dresden

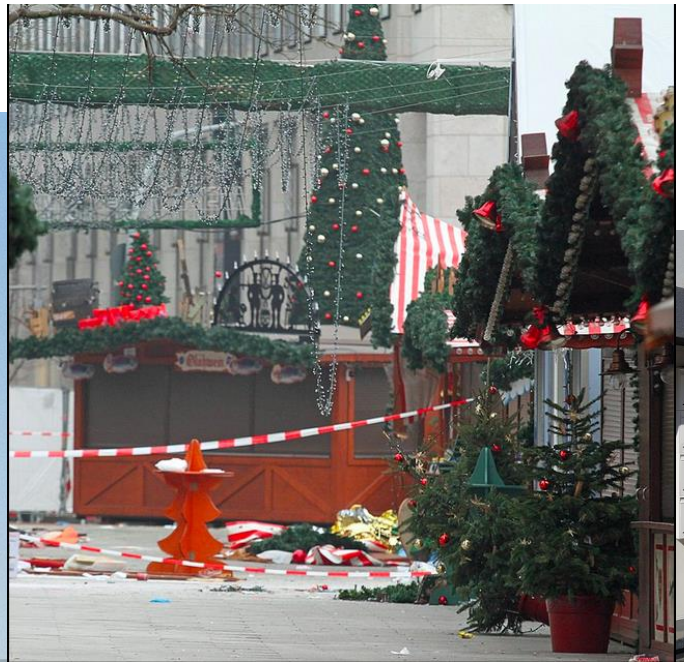
Überblick

- Traumatisierung und häusliche Gewalt/Partnerschaftsgewalt
- Folgen für die psychische Gesundheit
- Gesundheitswesen und Häusliche Gewalt/Partnerschaftsgewalt
- Beratungs- und Behandlungsnetzwerke
- Stolpersteine und geforderte Maßnahmen

2021 Gedenkjahr für traumatische Erlebnisse

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:September_11_Photo_Montage.jpg

20 Jahre



https://www.flickr.com/photos/andreastrojak/31731061626

5 Jahre

File:Hanau Heumarkt 2020 Gedenken am Tatort.jpg
https://commons.wikimedia.org/wiki/User:Lumpeseggl

1 Jahr

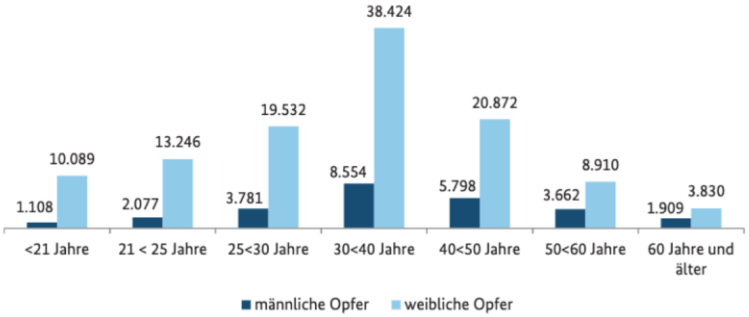
Bundeskriminalstatistik 2019

141.792 Personen Opfer von Mord und Totschlag, Körperverletzungen, Vergewaltigung, sexueller Nötigung, Bedrohung und Stalking, Freiheitsberaubung durch ihre Partner oder Ex-Partner, davon knapp **81% Frauen**.
50,5% der Opfer lebte zum Tatzeitpunkt mit dem Täter oder der Täterin in einem Haushalt.

An fast **jedem dritten Tag** wird in Deutschland eine Frau von ihrem Partner oder Ex-Partner getötet.
Alle 45 Minuten wird – statistisch gesehen – eine Frau Opfer von vollendeter und versuchter gefährlicher Körperverletzung durch Partnerschaftsgewalt.

In 2019 wurden **15 Kinder** im Alter bis unter 14 Jahren in **Deutschland** Opfer eines Mordes

Verteilung männlicher und weiblicher Opfer partnerschaftlicher Gewalt nach Altersklassen (2019)



Bei 92,1 % der Opfer handelte es sich um Erwachsene ab 21 Jahre (130.595), davon 80,3 % Frauen (104.814) und 19,7 % Männer (25.781). Am häufigsten betroffen waren mit 33,1 % Opfer zwischen **30- und unter 40 Jahren** (46.978), gefolgt den 40- bis unter 50-Jährigen mit 18,8 % (26.670).
Bei aufsteigender Sortierung der Altersklassen sinkt der prozentuale Anteil der weiblichen an allen Opfern häuslicher Gewalt der jeweiligen Altersklasse sukzessive (<21 J.: 90,1 %; 21<25 J.: 86,4 %; 25<30 J.: 83,8 %, 30<40 J.: 81,8 %; 40<50 J.: 78,3 %; 50<60 J.: 70,9 %; ab 60 J.: 66,7 %).

Gesundheitliche Folgen nach Erleben Häuslicher Gewalt

Direkte körperliche Folgen (Hornberg 2008)

z.B. Hämatome, Frakturen, Zahnverlust, gynäkologische

indirekte Gewaltfolgen

z.B. gastrointestinale Beschwerden, Herz-Kreislauferkrankungen und Schmerzsyndrome und -

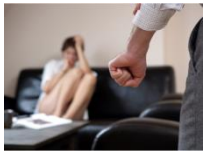
Veränderungen im Verhalten und psychische Beschwerden

Gewaltprävalenz Frauen in psychiatrischen Setting (Nyberg 2013, Kalifeh 2016)

- 70 %. Lebenszeitprävalenz bez. Partnergewalt in Kriseninterventionszentren und psychiatrischen Kliniken
- (38 %) erlebten in den letzten 12 Monaten vor Eintritt in Klinik Gewalt
- Jede 10. Frau von sexualisierter Gewalt betroffen

Hornberg, et al. Gesundheitliche Folgen von Gewalt. Robert Koch Institut [Gesundheitsberichterstattung – Themenhefte, Oktober 2008
Nyberg E, Stieglitz RD, Flury M, Riecher-Rössler A. Häusliche Gewalt bei Frauen einer Kriseninterventionspopulation – Formen der Gewalt und Risikofaktoren. Fortschr Neurol Psychiatr 2013; 81(6): 331-336
Kalifeh H, Oram S, Osborn D, Howard LM, Johnson S. Recent physical and sexual violence against adults with severe mental illness: a systemartic review and meta-analysis. IntRevPsychiatry. 2016;Okt;28(5)

Was ist ein traumatisches Erlebnis? DSM-5



- Konfrontation mit tatsächlichem 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 traumatischen Erlebnissen (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

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Dsm-5(r)). Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013

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.

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

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

„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**

Global Health Action

- Frauen, die sich an Hilfeeinrichtungen gewandt hatten

INTIMATE PARTNER VIOLENCE AND MENTAL HEALTH

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

Frauen, Partnerschaftsgewalt und Gesundheit – eine Meta-Analyse

Review über 35 Langzeitstudien
Zusammenhänge von Partnerschaftsgewalt (intimate Partner violence IPV) gegenüber Frauen, innerhalb der letzten 12 Monate und deren Gesundheit

- IPV → spätere depressive Symptome (OR=1.76) – 8 Studien
  depressive Symptome → spätere IPV (OR=1.72) – 5 Studien
  = bidirektionaler Zusammenhang
- IPV → später verstärkte postpartale Depression (OR=2.19) – 5 Studien
- IPV ↔ Konsum harter Drogen und von Marihuana (bidirektionaler Zus.)

- Keine Evidenz: IPV – Alkoholkonsum, sexuell übertragbare Krankheiten

Bacchus, L. J., Ranganathan, M., Watts, C., & Devries, K. (2018). Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. BMJ Open, 8(7), e019995. https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2017-019995

Reviktimisierung bei sexueller und häuslicher Gewalt

Reviktimisierung von Opfern sexuellen Missbrauchs in der Kindheit in 47.9% der Fälle – Meta Analyse über 80 Studien (Walker et al., 2019)

Reviktimisierung nach sexuellem Missbrauch:
Risikofaktoren: gleichzeitige Misshandlung im Elternhaus, riskantes Sexualverhalten, PTBS, emotionale Dysregulation und andere ungünstige Bewältigungsstrategien
Schutzfaktor: wahrgenommene elterliche Fürsorge – syst. Review über 25 Studien (Scoglio et al., 2021)

Reviktimisierung partnerschaftlicher Gewalt durch verschiedene Partner: Zusammenhänge mit Kindheitstraumata, Drogenmissbrauch, Merkmalen der Gewalt und Bindungsstil – syst. Review über 7 Studien (Ørke et al., 2018)

Empowerment: reduziert auch Risiko einer erneuten Viktimisierung (Dardis et al., 2018)

Walker, H. E., Freud, J. S., Ellis, R. A., Fraine, S. M., & Wilson, L. C. (2019). The Prevalence of Sexual Revictimization: A Meta-Analytic Review. Trauma, Violence, and Abuse. SAGE PublicationsSage CA: Los Angeles, CA.
Scoglio, A. A. J., Kraus, S. W., Saczynski, J., Jooma, S., & Molnar, B. E. (2021). Systematic Review of Risk and Protective Factors for Revictimization After Child Sexual Abuse. Trauma, Violence, and Abuse. SAGE PublicationsSage CA: Los Angeles, CA.
Ørke, E. C., Vatnar, S. K. B., & Bjørkly, S. (2018). Risk for revictimization of intimate partner violence by multiple partners: A systematic review. Journal of Family Violence, 33(5), 325-339.
Dardis, C. M., Dichter, M. E., & Iverson, K. M. (2018). Empowerment, PTSD and revictimization among women who have experienced intimate partner violence. Psychiatry research, 266, 103-110.

Nur wenige Opfer sprechen von sich aus das Gewalterleben an und suchen sich Hilfe

- Scham
- Schuldgefühle (Mitverantwortlichkeit)
- Angst vor weiterer Eskalation
- Gefühl, der/die einzige Betroffene zu sein
- Versuch, die Gewalt nicht wahrhaben zu wollen
- Beschädigtes Selbstwertgefühl, Resignation
- Gegenüber reagiert unsensible oder hat keine Zeit
- Angst vor Verurteilung, wenn Ratschläge nicht angenommen werden

Bei Migrant:innen zusätzlich:

- Hohe Tabuisierung von Gewalt
- Anderes kulturelles Verständnis von Ehe und Partnerschaft
- Angst vor Verlust der Bindung an die ethnische Gemeinschaft
- Sprachbarrieren
- Mangelnde Informationen über Sozial- und Gesundheitssystem
- Existentielle Abhängigkeit vom Partner
- Drohung mit ausländerrechtlichen Konsequenzen

Inanspruchnahme Hilfen nach häuslicher Gewalt

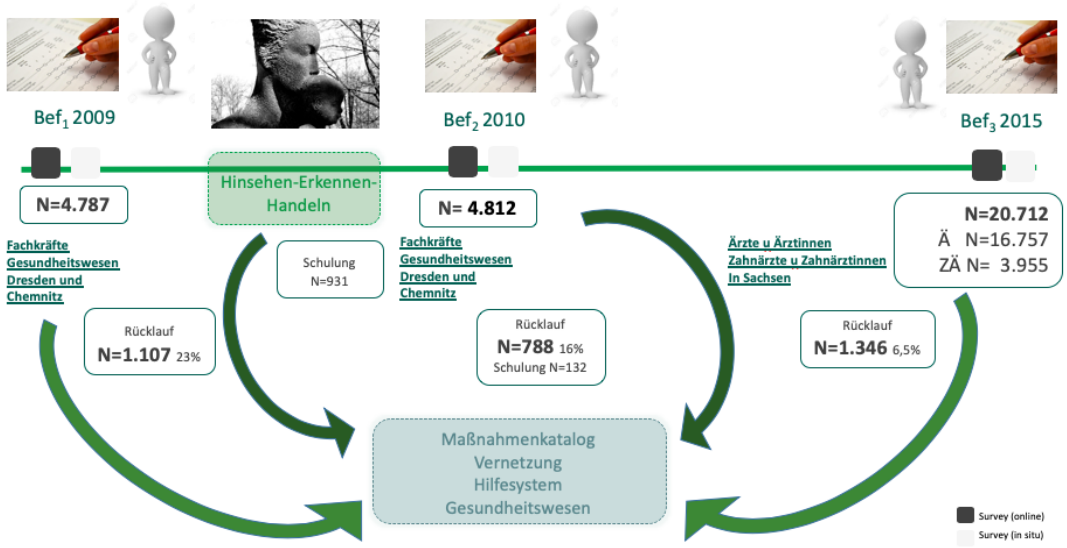
	Ergebnisse für Deutschland		Ergebnisse für EU (28 Länder)	
	In Partnerschaft (N*=315)	Außerhalb Partnerschaft (N=296)	In Partner-schaft (N=7278)	Außerhalb Partnerschaft (N=6084)
Polizei	11%	10%	14%	13%
Arzt, Gesundheitszentrum, -einrichtung	20%	10%	16%	12%
Krankenhaus	9%	8%	11%	10%
Frauenhaus	3%	1%	4%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

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.*

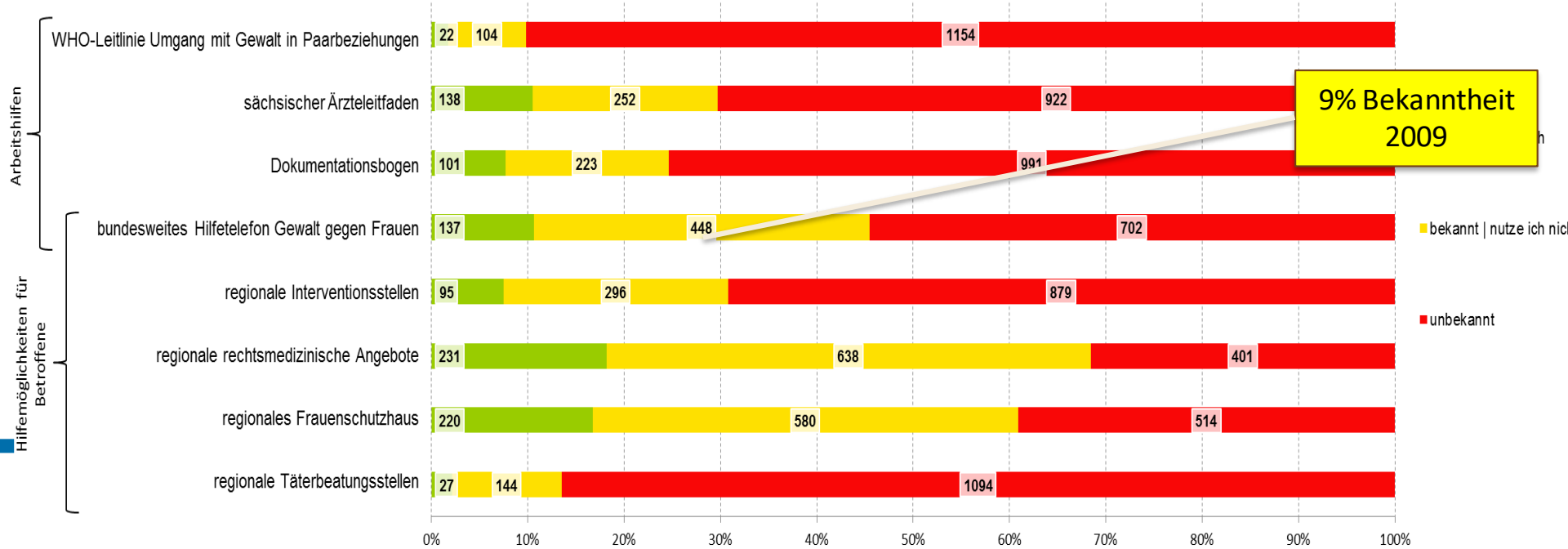
Häusliche Gewalt ist nicht nur eine Verletzung der Menschenrechte sondern auch mit ernsthaften Gesundheitsfolgen verknüpft. Diese Erkenntnis sollte Eingang in gesundheitspolitische Aktivitäten finden.

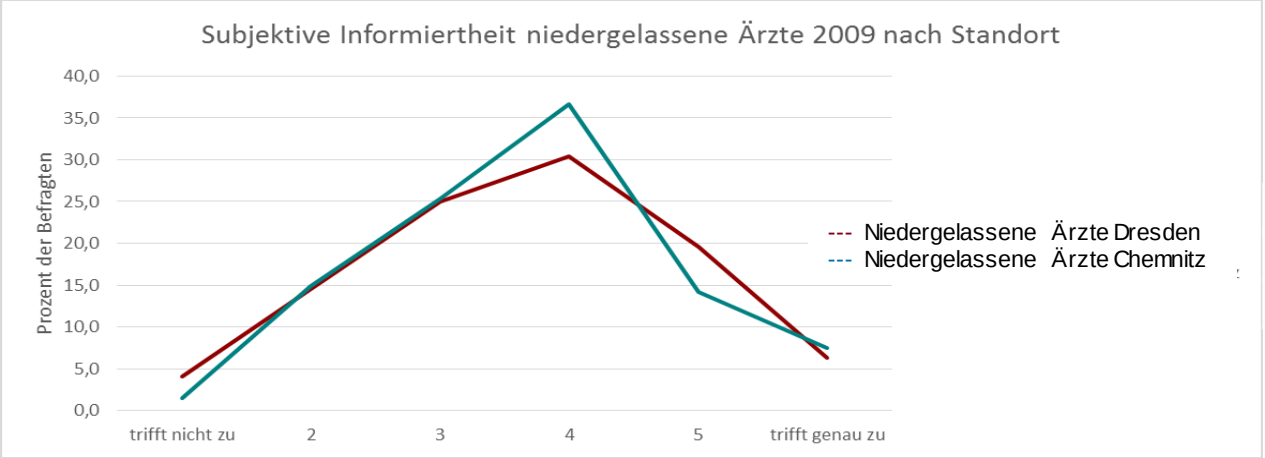
- Eindringlicher Appell der WHO, die Gewalt gegen Frauen und Mädchen als globales Gesundheitsproblem stärker zu adressieren (Garcia-Moreno 2011 und 2015).
- Deutscher Ärztetag fordert im Mai 2015 und 2018, die von der WHO 2013 erarbeitete Leitlinie zum Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen auf allen Qualifizierungsebenen umzusetzen.
- Menschenrechtliche Verpflichtungen aus der Istanbul-Konvention. Anfang Februar 2018 ist das völkerrechtlich bindende Konvention des Europarates zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt in Deutschland in Kraft getreten.
- Seit 2020 Qualitätsmanagement in Niederlassung (ärztlich, psychotherapeutisch), MVZs und an Kliniken muss Kinderschutz enthalten (GBA-Richtlinie)

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) http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/118._DAET/118DAETBeschlussprotokoll20150515.pdf
BMfSFJ (2018) https://www.bmfsfj.de/blob/122280/cea0b6854c9a024c3b357dfb401f8e05/gesetz-zu-dem-uebereinkommen-zur-bekaempfung-von-gewalt-gegen-frauen-istanbul-konvention-data.pdf
GBA (2020) https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/875/



Bekanntheitsgrad und Nutzung von Arbeitshilfen und Hilfeeinrichtungen

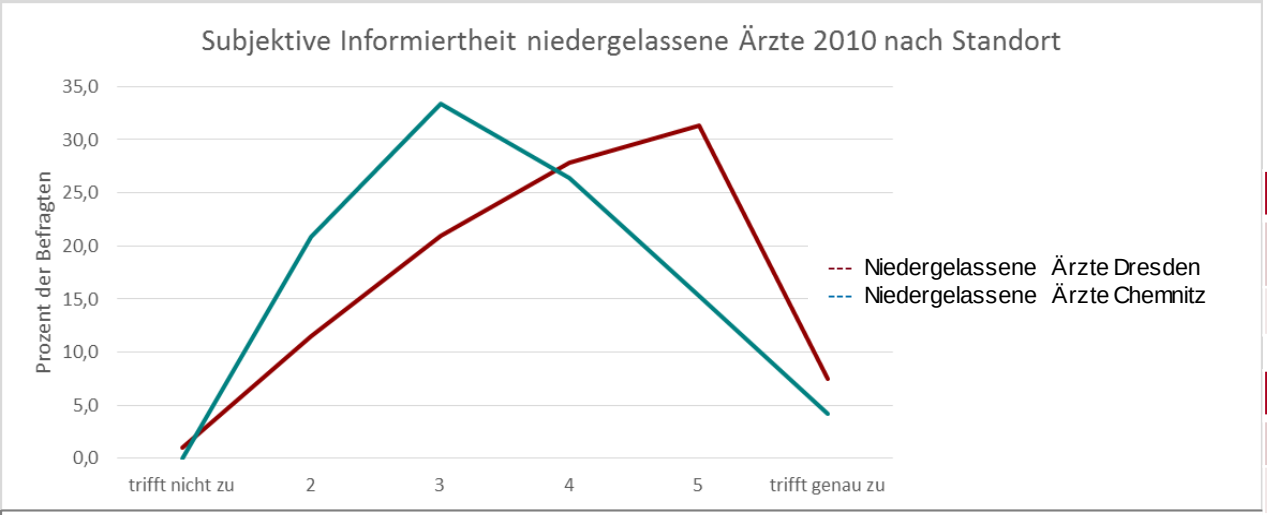




Bef_1 2009

	N	Mw	SD
DD	316	3,66	1,241
C	134	3,69	1,158

n.s



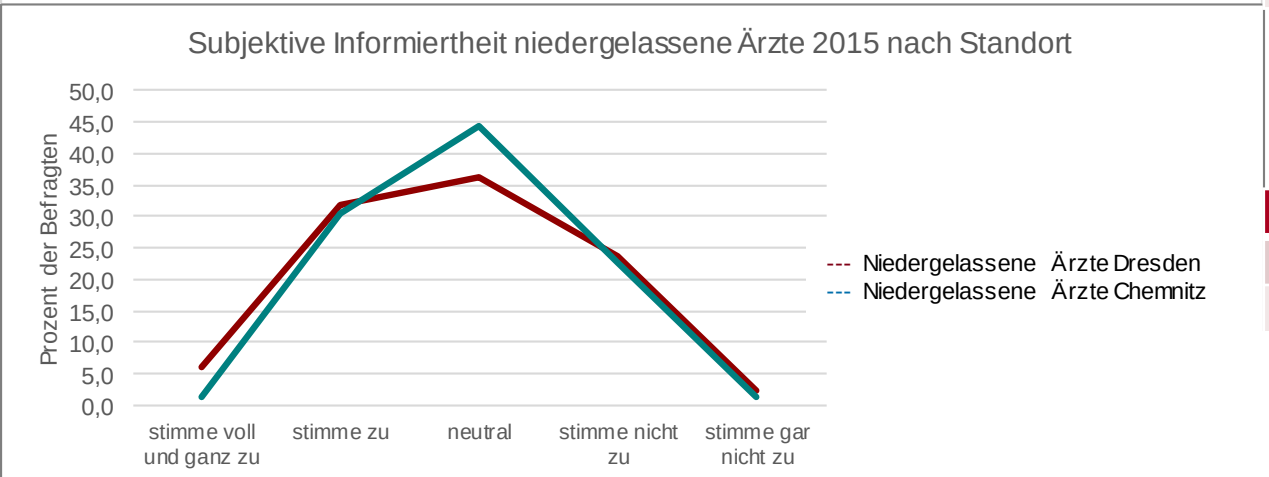
Bef_2 2010

	N	Mw	SD
DD	201	4,00	1,173
C	72	3,49	1,113

p .002

DD	N	Mw	SD
train	127	4,35	1,237
untr.	455	3,58	1,241

d=0,59268



Bef_3 2015

	N	Mw	SD
DD	182	2,84	0,930
C	79	2,92	0,797

n.s

Behandlungskette

AKTEURE

PRIMÄRPRÄVENTION

- Öffentliches / Allgemeines Gesundheitswesen
- Katastrophenschutz
- Beratungsstellen

SEKUNDÄRPRÄVENTION

- Kriseninterventionsteam/Nofallseelsorge
- Polizei
- **Notärzt:innen**

- Beratungsstellen, Allgemeines Gesundheitswesen
- **D-Ärzt:innen**

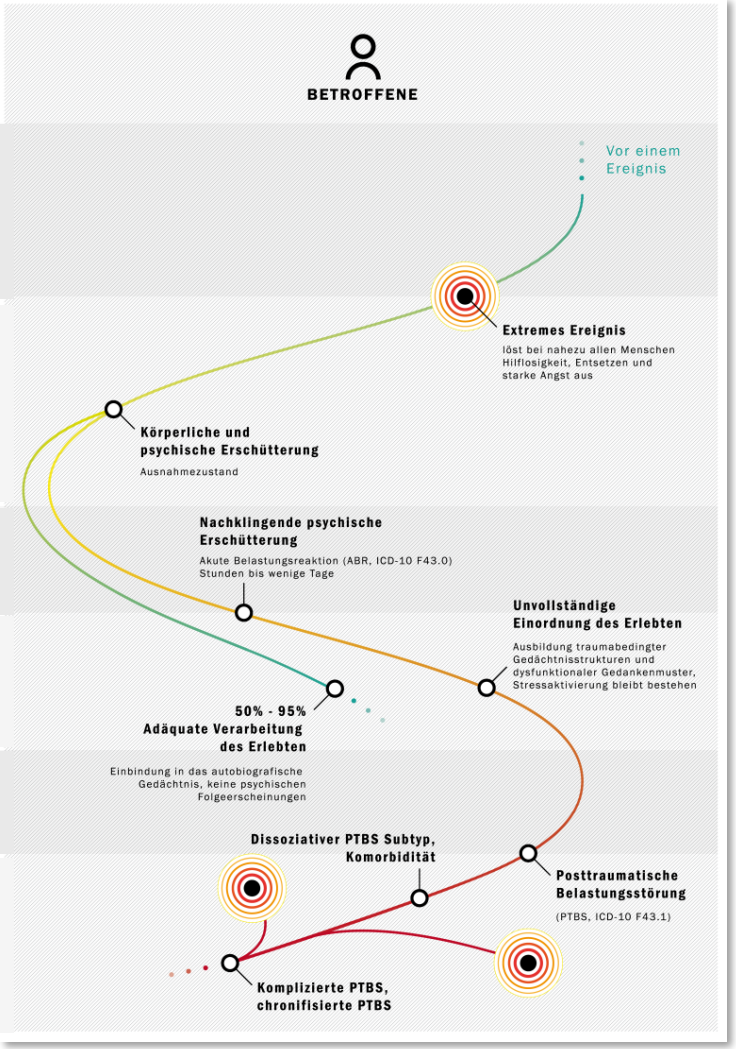
TERTIÄRPRÄVENTION

- **Erstbehandelnde Ärzt:innen**
- Traumaambulanzen

- Traumaambulanzen
- (Traumaspezifisch) Psychotherapeutisch Behandelnde

LANGFRISTIGE NACHSORGE

- Traumaambulanzen, Stationäre Einrichtungen
- **Hausärzt:innen**
- (Traumaspezifisch) Psychotherapeutisch Behandelnde



Rolle Gesundheitswesen Bekämpfung häuslicher Gewalt

Primärprävention

Gewaltprävention

- Aufklärung, Informationsvermittlung
- Hausbesuche und andere Interventionen, auch um Kindeswohlgefährdung zu verhindern
- Gefährdenden Alkoholkonsum reduzieren

Sekundärprävention

Akut-Versorgung

- Identifikation von Gewaltbetroffenheit
- Akute Hilfe bei Gesundheitsproblemen
- Dokumentation der Verletzungsfolgen
- Ansprechen von Alkohol und Substanzabhängigkeit
- Vermittlung in spezifische Hilfeangebote

Tertiärprävention

Regelversorgung und Kooperation mit Hilfesystem

- Langzeithilfen bei Gesundheitsproblemen
- Traumaspezifische Psychotherapie
- Rehabilitation
- Unterstützung bei sozialen Belangen (Arbeit, Schulden, Recht)

Vergangenheit → Zukunft

Gewaltgeschehen

modifiziert nach Garcia-Moreno (*García-Moreno et al., 2015*)

Hinweise für Verdacht auf häusliche Gewalt:

- Symptome von Depression, Angst, Posttraumatischer Belastungsstörung, Schlafstörungen
- Suizidgefährdung oder selbstverletzendes Verhalten
- Konsum von Alkohol und anderen Rauschmitteln
- Ungeklärte chronische Magen-Darm-Symptome
- Ungeklärte Symptome der Fortpflanzungsorgane, einschließlich Unterbauchschmerzen, sexuelle Funktionsstörung
- Häufiger Blasen- oder Niereninfektionen und ungeklärte urogenitale Symptome
- Wiederholte vaginale Blutungen und sexuell übertragbare Infektionen
- Ungeklärte chronische Schmerzen
- Traumatische Verletzungen, insbesondere bei wiederholtem Auftreten und mit vagen oder nicht plausiblen Erklärungen
- Mehrzeitige Verletzungen und Abwehrverletzungen
- Kopfschmerzen, kognitive Probleme, Hörverlust
- Wiederholtes Aufsuchen der Gesundheitsversorgung, ohne dass eine eindeutige Diagnose vorliegt
- Kontrollverhalten der Begleitperson

Routinescreening? - Nachfragen bei Verdacht

Routinemäßiges Fragen nach Gewalt wird **bei psychischen Erkrankungen** und in der **Schwangerenvorsorge** empfohlen

Screening women for intimate partner violence in healthcare settings (Review)

O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A

THE COCHRANE COLLABORATION®

This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library* 2015, Issue 7

http://www.thecochranelibrary.com

WILEY

Background

Intimate partner violence (IPV) damages individuals, their children, communities, and the wider economic and social fabric of society. Some governments and professional organisations recommend screening all women for IPV rather than asking only women with symptoms (case-finding). Here, we examine the evidence for whether screening benefits women and has no deleterious effects.

Authors' conclusions

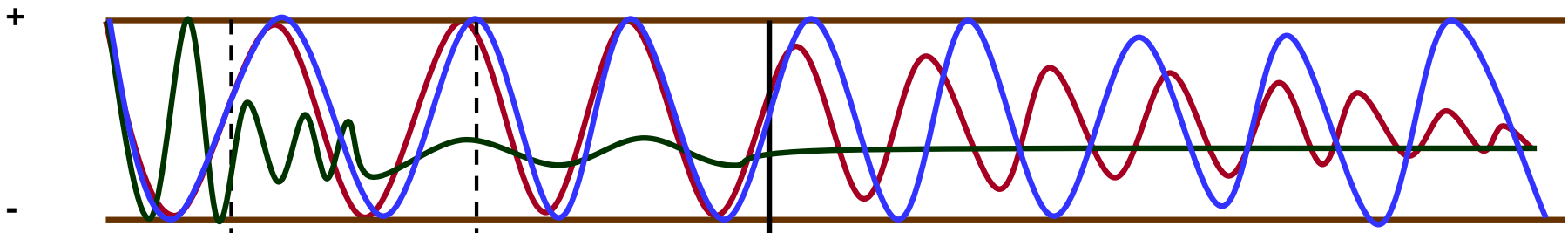
The evidence shows that screening increases the identification of women experiencing IPV in healthcare settings. Overall, however, rates were low relative to best estimates of prevalence of IPV in women seeking healthcare. Pregnant women in antenatal settings may be more likely to disclose IPV when screened, however, rigorous research is needed to confirm this. There was no evidence of an effect for other outcomes (referral, re-exposure to violence, health measures, harm arising from screening). Thus, while screening increases identification, there is insufficient evidence to justify screening in healthcare settings. Furthermore, there remains a need for studies comparing universal screening to case-finding (with or without advocacy or therapeutic interventions) for women's long-term wellbeing in order to inform IPV identification policies in healthcare settings.

O'Doherty, L., Hegarty K., Ramsay J., Davidson L. L., Feder G., & Taft, A. (2015) Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *The Cochrane Library, 7, 1-103.*

Schlüsselsymptome, die auf eine Traumafolgestörung hinweisen

- Schreckhaftigkeit und Angst
- Starke Nervosität und Herzrasen
- Schlafstörungen und Albträume
- Gefühl der Sinnlosigkeit, Hoffnungslosigkeit
- Erinnerungslücken, Konzentrationsprobleme
- Quälende Erinnerungen oder Bilder, die sich aufdrängen
- Appetitlosigkeit, starke Müdigkeit
- Verstärktes Bedürfnis nach Alkohol oder Beruhigungsmitteln
- Generalisierte Schmerzen
- Beunruhigende Körperwahrnehmungen

Potentielle Traumatisierung - Möglicher Verlauf



Schockphase
0 bis 2 Tage

Einwirkungs phase
2 bis ca. 4 Wochen

Akutphase bis ca. 3 bis 4 Monate

Postakutphase und Langzeitverlauf ab ca. 4 bis 6 Monaten

F43.0 Akute Belastungs reaktion

50-95%

F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung

F43.2 Anpassungsstörung

F44.x Dissoziative Störungen

Depressionen
Angststörungen
Essstörungen
Alkohol- /Medikamenten - abhängigkeit
Somatoforme Störungen etc.

Adäquate Verarbeitung des Erlebten
Keine psychischen Folgeerscheinungen

Ereignisse, nach denen besonders schwere Traumareaktionen zu erwarten sind:

- Dauern sehr lange, wiederholen sich
- Beinhalten zwischenmenschliche Gewalt
- Das Opfer mochte (mag) den Täter
- Das Opfer fühlt sich mit schuldig
- Beinhalten sexuelle Gewalt und/ oder sadistische Folter
- das Opfer hatte starke Dissoziationen
- Niemand stand dem Opfer (Zeugen) unmittelbar danach bei

Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. J Consult Clin Psychol 2000;68:748-66.
Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss, DS. Predictors of post-traumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. Psychol Bull 2003;129:52-73.

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung k-PTBS ICD-11

Traumakriterium:

- Wie bei PTBS und spezifisch: langdauernde/wiederholte traumatische Situation, aus der Flucht nicht möglich ist, wie KZ-Haft, Folter, sexueller Kindesmissbrauch, häusliche Gewalt/Partnerschaftsgewalt

Symptombild:

- wie bei PTBS Intrusionen, Vermeidung, negative Kognitionen und Stimmung, Störung im Erregungsgrad und der Reaktivität

- ***Zusätzlich:*** **anhaltende Beeinträchtigung in der/im**
  - *Emotionsregulation*
  - *Selbstkonzept*
  - *Beziehungsgestaltung*

Maercker A, Hecker T, Augsburger M, Kliem S (2018) ICD-11 prevalence rates of posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in a German nationwide sample. J Nerv Ment Dis 206(4):270–276

Behandlung
Posttraumatische Belastungsstörung PTBS

- Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung ist Behandlung erster Wahl die traumafokussierte Psychotherapie, bei der der Schwerpunkt auf der Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/oder seiner Bedeutung liegt.

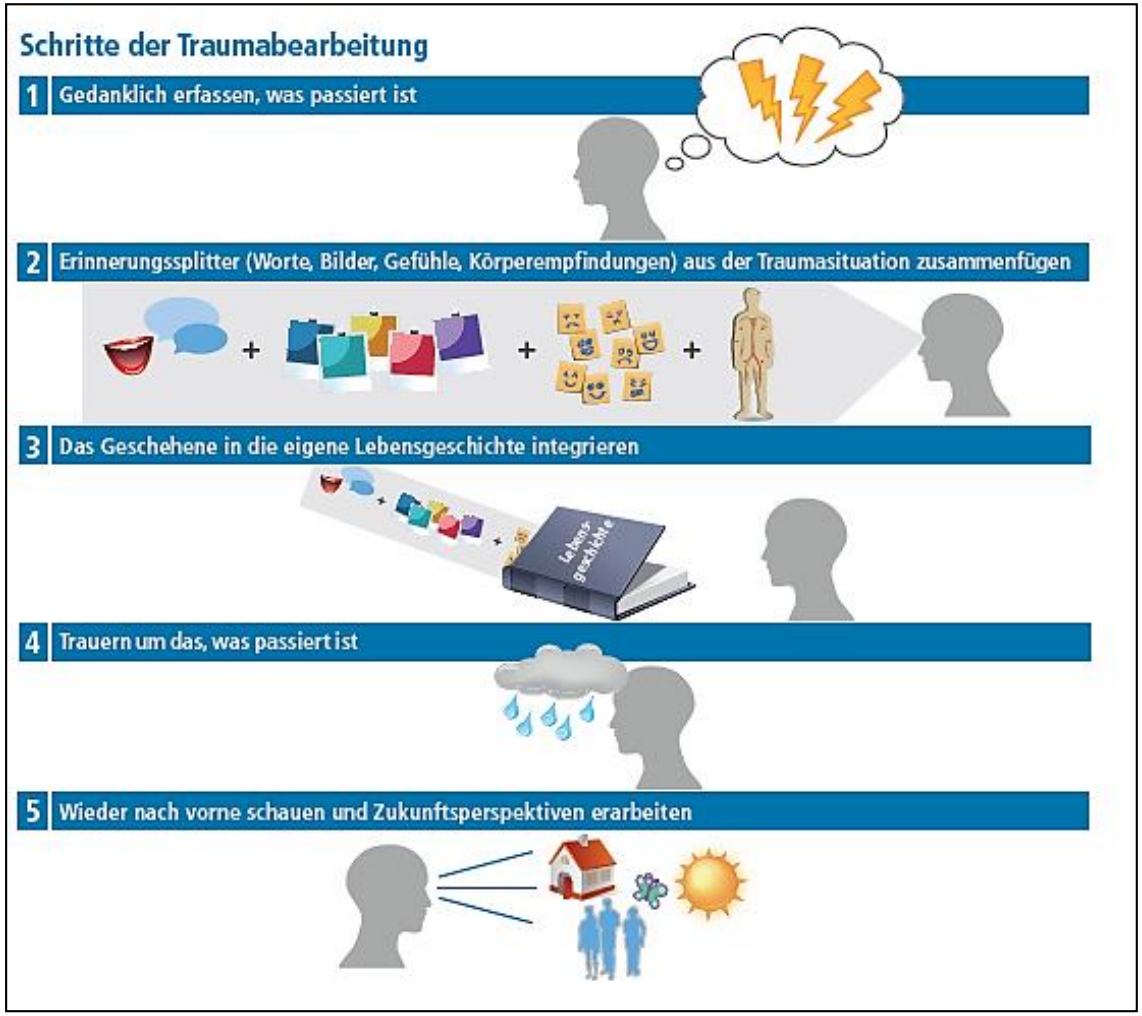
- Internationale Leitlinien, neuere Metaanalysen und die AWMF Leitliniengruppe kommen übereinstimmend zu dem Schluss, dass Pharmakotherapie geringere Effektstärken zeigt als Psychotherapie

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

- **Benzodiazepine sollen nicht eingesetzt werden.** Bernardy (2017), Guina (2016)

Schäfer et al. 2019
AWMF Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung 2019 https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/155-001.html

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.

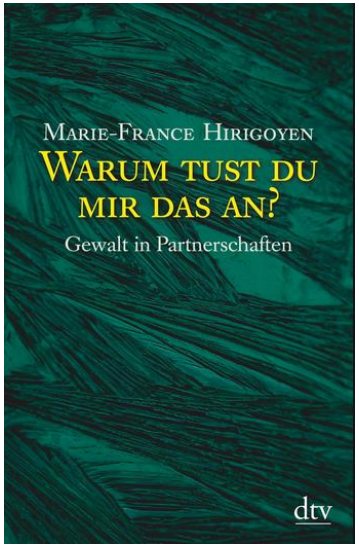
Prolonged Exposure Foa, Rothbaum, Riggs, and Murdock (1991)
Imaginal exposure, traumatische Erinnerungen erzählen, mehrfach laut wiederholen und prozessieren und
***In vivo* exposure**, wiederholte Konfrontation mit Situationen und Objekten, die mit Unbehagen und Stress verbunden sind, aber nicht gefährlich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

Narrative Expositionstherapie NET Schauer M., Neuner F. & Elbert T. (2005). Lebensstrahl mit positiven und negativen Erlebnissen
(Hensel-Dittmann et al., 2011; Neuner et al., 2010), Norway (Stenmark

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 Patient:innen nach Gewalttaten in Beziehungen

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



Leitlinienempfehlung Behandlung k-PTBS

Für eine KPTBS nach ICD-11 sollte die psychotherapeutische Behandlung mit einer **Kombination traumafokussierter Techniken erfolgen, bei denen Schwerpunkte auf der Verarbeitung der Erinnerung an die traumatischen Erlebnisse und/oder ihrer Bedeutung liegen (Leitlinien PTBS) sowie auf Techniken zur Emotionsregulation und zur Verbesserung von Beziehungsstörungen im Sinne der Bearbeitung dysfunktionaler zwischenmenschlicher Muster.**

- Traumafokussierte Dialektisch-Behaviorale Therapie [Bohus 2013]
- Skillstraining zur affektiven und interpersonellen Regulation (STAIR-NT) [Cloitre 2010]
- EMDR [Ehring 2014]
- kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze [McDonagh 2005] inkl Cognitive Processing Therapy (CPT) [Monson 2006, Resick 2008]

AWMF Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung 2019https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/155-001.html

Begleiten

- **Balance zwischen Empathie und Distanz** (verstehen, aber nicht einverstanden sein; auf die Sache bezogen bleiben)

- **Vertrauensvoller Ansatz** (Jeder hat prinzipiell die nötigen Fähigkeiten für den Umgang mit anderen Menschen, für den Umgang mit Situationen)

- **Wertfreies Herangehen** klare, aber sachliche Beschreibungen, ressourcenorientiert formuliert (das Unbewusste kennt kein „nicht“)

- **Offenheit für Perspektivwechsel** (Not der Beteiligten wahrnehmen und anerkennen)

- **Transparenz** (Informationen, eigene Handlungsschritte nachvollziehbar darstellen, Grenzen aufzeigen)

Gender als Perspektive psycho-therapeutischen (und ärztlichen) Handelns Schigl 2021

Viele Themen sind eng mit genderspezifischen Lebenswelten verbunden

*DOING GENDER - d*ie therapeutische Beziehungsgestaltung hängt auch von der Genderkombination in der therapeutischen Dyade ab

- *Prozessspezifisch:*
  zu Beginn der Therapie, dann in besonders verunsichernden Situationen

- *Themenspezifisch:*
  Inhalte, bei denen Gender besonders zum Tragen kommt

- *Beziehungsspezifisch:*
  Färbung der Interaktionen, der Beziehung und Modi des therapeutischen Handelns je nach Zusammensetzung der therapeutischen Dyade

Hilfesystem

- Spezialisierte Beratung
  - bundesweit
  - lokal

Deutschlandweit
Mehrsprachig
Auch für Fachpersonal

- 2021 **Anspruch** auf schnelle psychische Hilfe in **Traumaambulanzen**

- 2024 SGB XIV Soziales Entschädigungsrecht

- Gewaltschutzgesetz
- Prozessbegleitung
- .....

Von der Grenzüberschreitung zur Grenzverletzung „slippery slope“

Emotionaler, narzisstischer Missbrauch, (materielle) Ausbeutung, sexueller Missbrauch

- **Mögliche Grenzüberschreitungen**

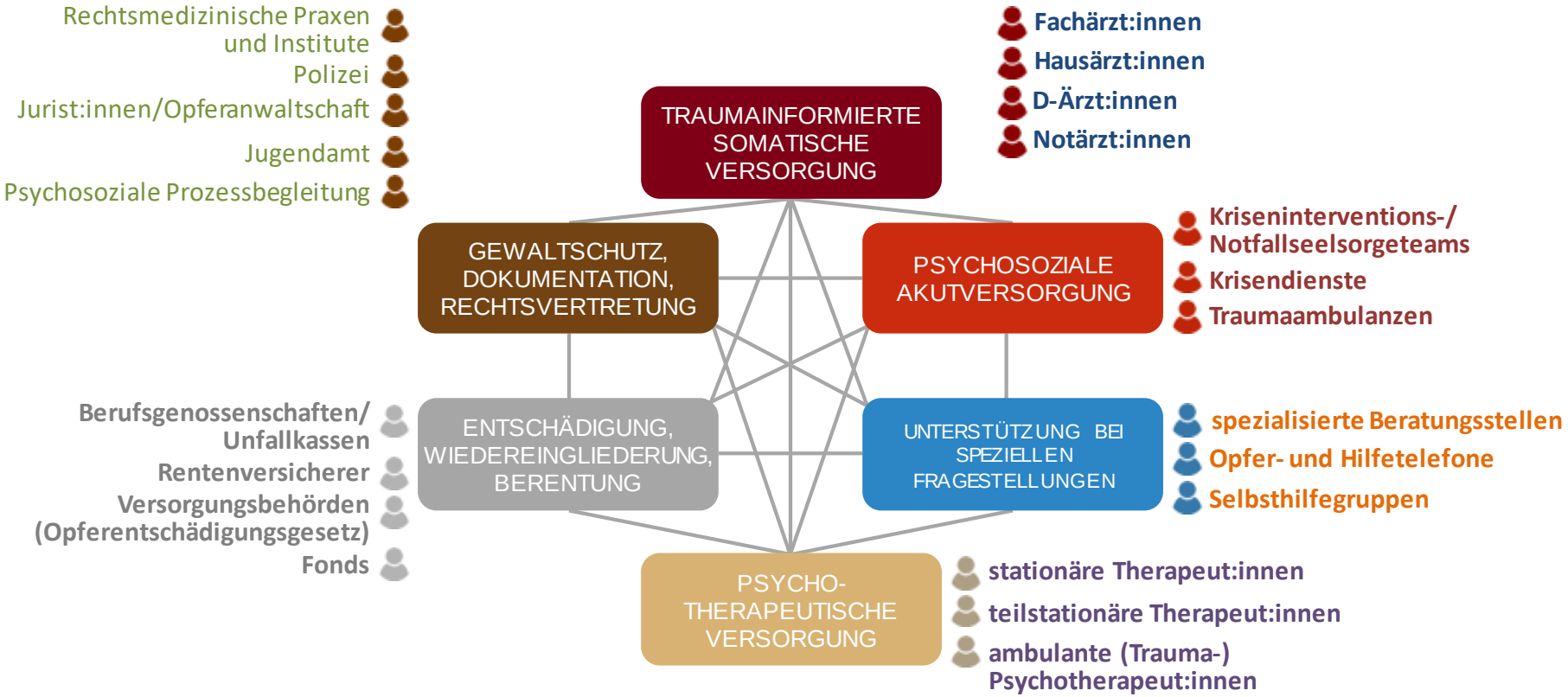
Aufsuchen derselben Lokalitäten, Überschneidungen im Freundes-/Bekanntenkreis, persönliche Auskünfte, Selbstoffenbarungen, zweigleisiger Beziehungsaufbau (professionell/sozial), Umarmungen/Berührungen

Grenzverletzungen

Geschenke schenken oder entgegennehmen, gängige Konventionen zugunsten bestimmter Patienten ignorieren, Annahme, die Wertvorstellungen des Patienten seien deckungsgleich mit den eigenen, ausgeprägte Selbstoffenbarungen, verbales Eindringen in den persönlichen Raum, unangemessene Berührungen

Franke & Riecher-Rössler: *Missbrauch in therapeutischen Beziehungen*. Der Nervenarzt (Jan. 2011), S. 1-6

Themenfelder und Agierende in der vernetzten Versorgung traumatisierter Menschen



Dauer-Themen, die selbst den meisten Vernetzten zunächst fremd sind:
OEG, Fonds sexueller Missbrauch, Stalking und aktuelle Gewalt, Behandlung während laufenden Prozesses, …… Psychohygiene

Wanted! from receptionists to nurses, from physicians to learners and other allied health professionals

Trauma Informed Care within the Health Care System

Erkennen und Anerkennen

Schritt 1. *Von der Trauma-Erfahrung Zeugnis ablegen*

Sicherheit und Vertrauenswürdigkeit

Schritt 2. *Helfen, sich in einem sicheren Raum zu fühlen und das Bedürfnis nach physischer und emotionaler Sicherheit zu erkennen*

Wahlmöglichkeit, Kontrolle und Zusammenarbeit

Schritt 3. *Einbindung in den Heilungsprozess*

Stärkenbasierte und fähigkeitsfördernde Pflege

Schritt 4. *Glaube an die Stärke und Widerstandsfähigkeit Betroffener*

Kulturelle, historische und geschlechtsspezifische Aspekte

Schritt 5. *Prozesse einbeziehen, die sensibel auf die Kultur, die ethnische Zugehörigkeit und die persönliche und soziale Identität eingehen*

Purkey, E., Patel, R., & Phillips, S. P. (2018). Trauma-informed care: better care for everyone. *Canadian Family Physician*, *64*(3), 170-172
Raja S, Hasnaian M, Hoersch M, Gove-Yin S, Rajagopalan C. Trauma informed care in medicine: Current knowledge and future research directions. Fam Community Health 2015 Jul–Sep;38(3):216–26
Strait, J., & Meagher, S. (2020). Trauma-Informed Care in Pediatrics: *The Permanente journal*, *24*, 19.045. https://doi.org/10.7812/TPP/19.045

Maßnahmen zur Optimierung der Schlüsselposition des medizinischen Fachpersonals in der Bekämpfung Häuslicher Gewalt

- Transparente Zugänglichkeit von Leitfäden, Dokumentationsbögen und Hilfestrukturen
- Kreative Lösungen für Integration des Themas häusliche Gewalt in Fort-/Weiterbildung und Lehre inklusive traumainformierter Gesprächsführung
- Traumainformierte Gemeinden - Gesundheitswesen
- Beauftragte:r für Gesundheitswesen im Hilfenetzwerk HG (Beispiel Berlin)

- Schnelle medizinische Hilfe, mit allen Möglichkeiten der Anonymität, traumainformiert
- Traumaambulanzen flächendeckend
- Gut vernetzte Angebote in der psychotherapeutischen Versorgung

- Entwicklung papierloser Tools mit Einbindung in die Praxissoftware
- Verbesserung der Abrechenbarkeit von Dokumentationsleistungen
- Onlineprogramme

- Interdisziplinäre Fallanalysen nach Todesfällen und schwersten Verletzungen (Zwischenfallmeldesystem) und Gefährdungsanalyse, CIRS
- Weiterbildungspflicht für Familienrecht

- Beachtung spezifischer Zielgruppen

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit und an das Team!

Traumanetz-Sachsen

Hinsehen Erkennen Handeln

Kompetenzzentrum Traumaambulanzen in Sachsen

Freistaat Sachsen
Staatsministerium für Soziales

Universität München

BwK

Europäische Union

Europa fördert Sachsen.
EFRE
Europäischer Fonds für regionale Entwicklung

Coach PTBS

© Daniel Koch „Buntes Dresden“ mit besten Dank an: www.dresden-place-to-be.de

Psychotraumatologie

mHealth: TeleNePS und CoachPTBS, Gatekeeper

Traumanetz Seelische Gesundheit

Kompetenzzentrum Traumaambulanzen und Hinsehen-Erkennen-Handeln

Traumaspezifische Station

Traumaambulanz Seelische Gesundheit

Julia.Schellong@ukdd.de und **www.psychosomatik-ukd.de**

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

Private Unfälle/ Überfälle/ Gewalt/ Katastrophen

- (Akute) Gewaltopfer
- Auch Zeugenschaft

Opferentschädigungsgesetz (OEG)

– Akute (oder Aufflackern einer biografischen) Gewalttat: Behandlung in Traumaambulanzen nach OEG:
  - 5 Sitzungen Akutbehandlung nach Kurzantragstellung bei der zuständigen Versorgungsverwaltung
  - bei Bedarf weitere 10 Sitzungen Kurzzeittherapie nach Stellung des OEG-Langantrages bei Kindern 18 Sitzungen

- Private Unfallopfer / Opfer von atastrophen
- Chronische Traumafolgestörung

Gesetzliche Krankenversicherung / Private KV (je nach Vertrag)

– Ambulante Psychotherapie durch Psychol. oder Ärztl. PsychotherapeutInnen
– Kontaktaufnahme über telefonische Sprechzeiten → Nutzung der (offenen oder Bestell-)Sprechstunden (bis zu 6 Gespräche á 25 min) bei Bedarf Überleitung in:
  - Akutbehandlung (24 Sitzung á 25 min oder 12 Sitzungen á 50 min) oder
  - Kurzzeittherapie (12 (nicht gutachterpflichtig) oder 24 (gutachterpflichtig) Sitzungen á 50 min) oder
  - Langzeittherapie (Sitzungszahl abhängig vom Verfahren)

Weitere Angebote:

Straftaten: Opferhilfe, WEISSER RING, spezifische Beratungsangebote

häusliche Gewalt: Interventionsstelle und Koordinierungsstellen bei häuslicher Gewalt Frauenzentren, Frauenschutzhäuser

Krieg/Folter: Psychosoziale Zentren für Geflüchtete, Behandlungszentren für Folteropfer

Arbeits- und Wegeunfälle

- Beschäftigte des Öffentlichen Dienstes
- Schule, Kita, Universität, Hochschule
- Not- und Ersthelfer
- Ehrenamtlich Tätige, Freiwillige Feuerwehr, häusliche Pflegkräfte

Unfallkassen/Berufsgenossenschaften DGUV

– Unfallmeldung über Arbeitgeber oder direkt
– Möglichkeit 1: Vermittlung psychotherapeutischer Behandlung durch Unfallkasse
– Möglichkeit 2: Vorstellung bei D-Arzt (Krankschreibung; ggf. Überweisung zur Psychotherapie)
– innerhalb einer Woche erste psychotherapeutische Behandlung durch PsychotherapeutInnen mit Beteiligung am Psychotherapeutenverfahren
– Folgebehandlung der psych. Unfallschäden (ambulant bis stationär) durch Vertragspartner

Kinder – die vergessenen Dritten

Evidenz: Zeugenschaft von IPV in der Kindheit führt später zu erhöhtem Gewaltverhalten, problematischer Alkoholkonsum, rauchen, Drogenkonsum, riskantem Sexualverhalten	Systematisches Review über 24 Studien	Wood, S. L., & Sommers, M. S. (2011). Consequences of intimate partner violence on child witnesses: A systematic review of the literature. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 24(4), 223–236. https://doi.org/10.1111/J.1744-6171.2011.00302.X
Zeugenschaft von IPV in der Kindheit führt zu Anpassungsproblemen: internalisierende (Depressionen und Ängste) und externalisierende Probleme (Kriminalität und Gewaltbereitschaft)	Metaanalyse von 74 Langzeitstudien	Vu, N. L., Jouriles, E. N., McDonald, R., & Rosenfield, D. (2016). Children's exposure to intimate partner violence: A meta-analysis of longitudinal associations with child adjustment problems. *Clinical psychology review*, *46*, 25-33.
Miterleben Häuslicher Gewalt in der Kindheit – Resilienzfaktoren Psychische Gesundheit der Mutter (starke evidenz) Emotionscoaching, Elternschaft und kindliches Temperament (erste evidenz)	Syst Review über 15 Studien	Fogarty, A., Wood, C. E., Giallo, R., Kaufman, J., & Hansen, M. (2019). Factors promoting emotional-behavioural resilience and adjustment in children exposed to intimate partner violence: A systematic review. Australian Journal of Psychology, 71(4), 375–389. https://doi.org/10.1111/AJPY.12242
Allg. Erfahrung von Gewalt bei Kindern Resilienzfaktoren: Selbstregulierung, familiäre Unterstützung, schulische Unterstützung und Unterstützung durch Gleichaltrige	meta-analysis of 118 querschnitts- und langzeit-Studien	Yule, K., Houston, J., & Grych, J. (2019). Resilience in children exposed to violence: A meta-analysis of protective factors across ecological contexts. Clinical child and family psychology review, 22(3), 406-431.
Zeugenschaft Häuslicher Gewalt – Auswirkungen auf die Kinder • Dysregulation in kognitiven und emotionalen Systemen • Auswirkungen auf Verhaltenssysteme: internalisierende Verhaltensweisen und • externalisierende Verhaltensweisen • Mehrstufige Perspektiven	Syst. Rev.	Pingley, T. (2017). The impact of witnessing domestic violence on children: A systematic review.