

# Veränderungsprozess initiieren – Gewaltbetroffene Frauen begleiten

**Dr. J. Schellong**    OÄ Bereich Traumafolgestörungen





# Mentalisierung

## Spiegelneurone

- Fähigkeit, in die Beurteilung der Mitmenschen deren mentale Aktivitäten (Wünsche, Hoffnungen, Vermutungen oder Absichten) einzubeziehen und über das eigene Denken nachzudenken.

## SELBST

## SELBST?

Wechselspiel zwischen Biologie und genetischer Anlage und früher Umwelt- und Beziehungserfahrungen (Verkörperlichung früher Interaktionsformen)

Bewusstsein im Dienst des Selbsterhaltungstriebes.  
Gedächtnis als sich ständig adaptierender Rekategorisierungsprozess

**Protoselbst:** unbewusst, allgemeine körperliche Funktionen, biochemisches Gleichgewicht  
Hirnstamm, Mittelhirn, Hypothalamus

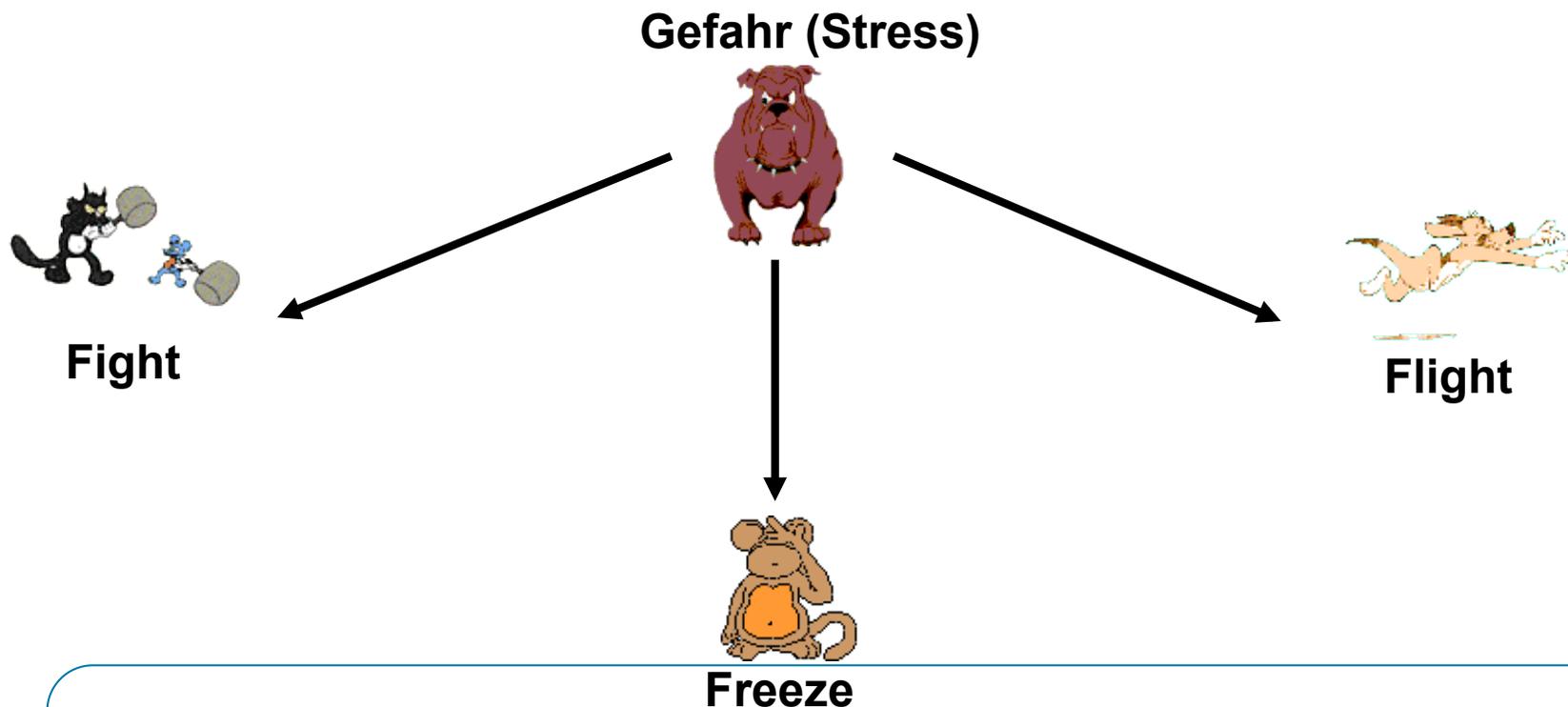
**Kernselbst:** Interaktion mit Umwelt, Bewusstsein des Selbst im Hier und Jetzt  
z.B. Hunger  
Zwischenhirn, Thalamus, Mandelkerne, zingulärer Kortex, Insula

**Autobiographisches Selbst:** Sprache, Reflexion  
Broca-Zentrum, Hippocampus, präfrontaler Kortex

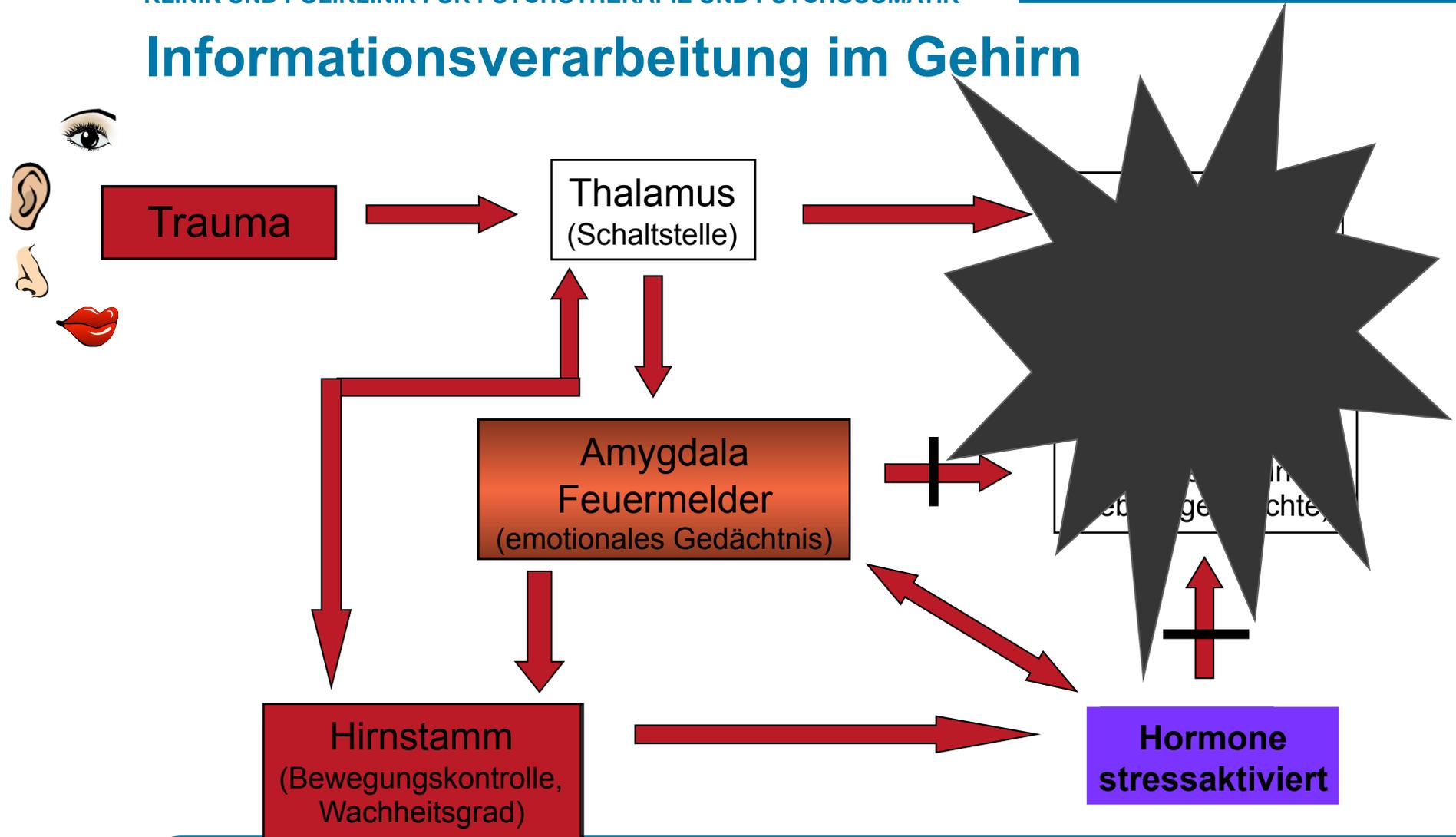
## " STRESS "

Stress aktiviert durch Gene festgelegte hormonelle, neuronale und Verhaltens-  
Programme ("Stress-System")

mit dem Ziel, das bedrohte Gleichgewicht des Körpers wieder herzustellen.



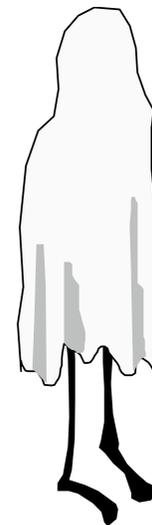
# Informationsverarbeitung im Gehirn



## Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

### Wiedererleben

des traumatischen Ereignisses in Form von unkontrollierten Gedanken, Bildern (sogenannte Intrusion oder Flashbacks)



### Vermeidung

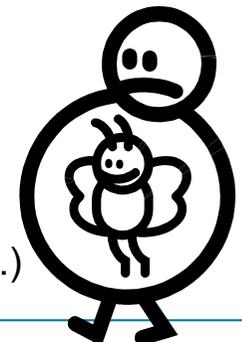
von traumanahen Reizen im Handeln und Denken

### Taubheitsgefühl

anderen Menschen und Empfindungen gegenüber

### Übererregung

(Zittern, Schwitzen, Herzrasen etc.)



## Zahlen

Nach ICD-10:

Akute Belastungsreaktion	<b>F43.0</b>
Posttraumatische Belastungsstörung	<b>F43.1</b>
Anpassungsstörung	<b>F43.2</b>
Dissoziative Störungen	<b>F44</b>
Posttraumatische Persönlichkeitsstörung	<b>F62</b>
Traumaassoziierte Störungen	
– Depression	F3.
– Angst	F40.
– Somatoforme Störungen	F45.
– Sucht	F1.
– Esstörungen	F5
– Borderline-PKS	F60.3

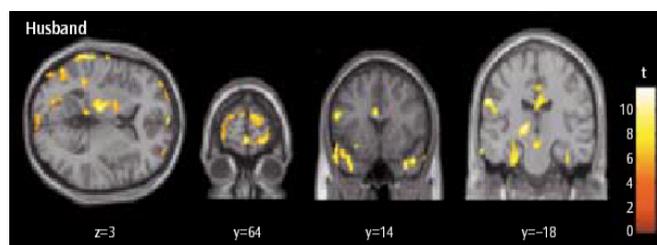
Art des Traumas	Häufigkeit einer PTBS
Vergewaltigung	55,5 %
Krieg	38,8 %
Misshandlung als Kind	35,4 %
Vernachlässigung als Kind	21,8 %
Waffengewaltandrohung	17,2 %
Körperliche Gewalt	11,5 %
Unfälle	7,6 %
Zeuge von Unfällen, Gewalt	7,0 %
Feuer/Naturkatastrophen	4,5 %

80% der Patienten mit PTBS leiden an einer weiteren psychischen Erkrankung

## Dissoziation nach ICD-10 F44

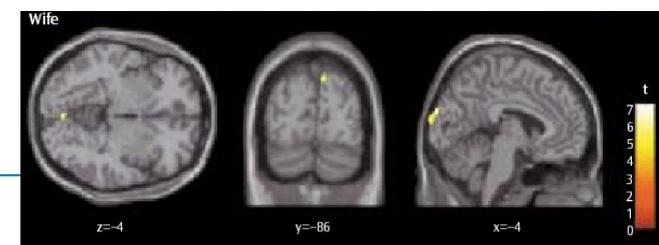
- Verlust der psychischen Integrität des Erlebens und des Handelns
- Kurzzeitige Unterbrechung der
  - eigenen Bewusstheit
  - des Gedächtnisses
  - des Identitätserlebens
  - der Wahrnehmung der Umwelt
- Verlauf: plötzlich, in Stufen, vorübergehend oder chronisch

Jedem bekannt: Tagträumen, Desorientiertheit vor Einschlafen, nach Aufwachen, bei Aufregung



PTSD Ehemann

Traumaskript 4  
Wo nach Unfall

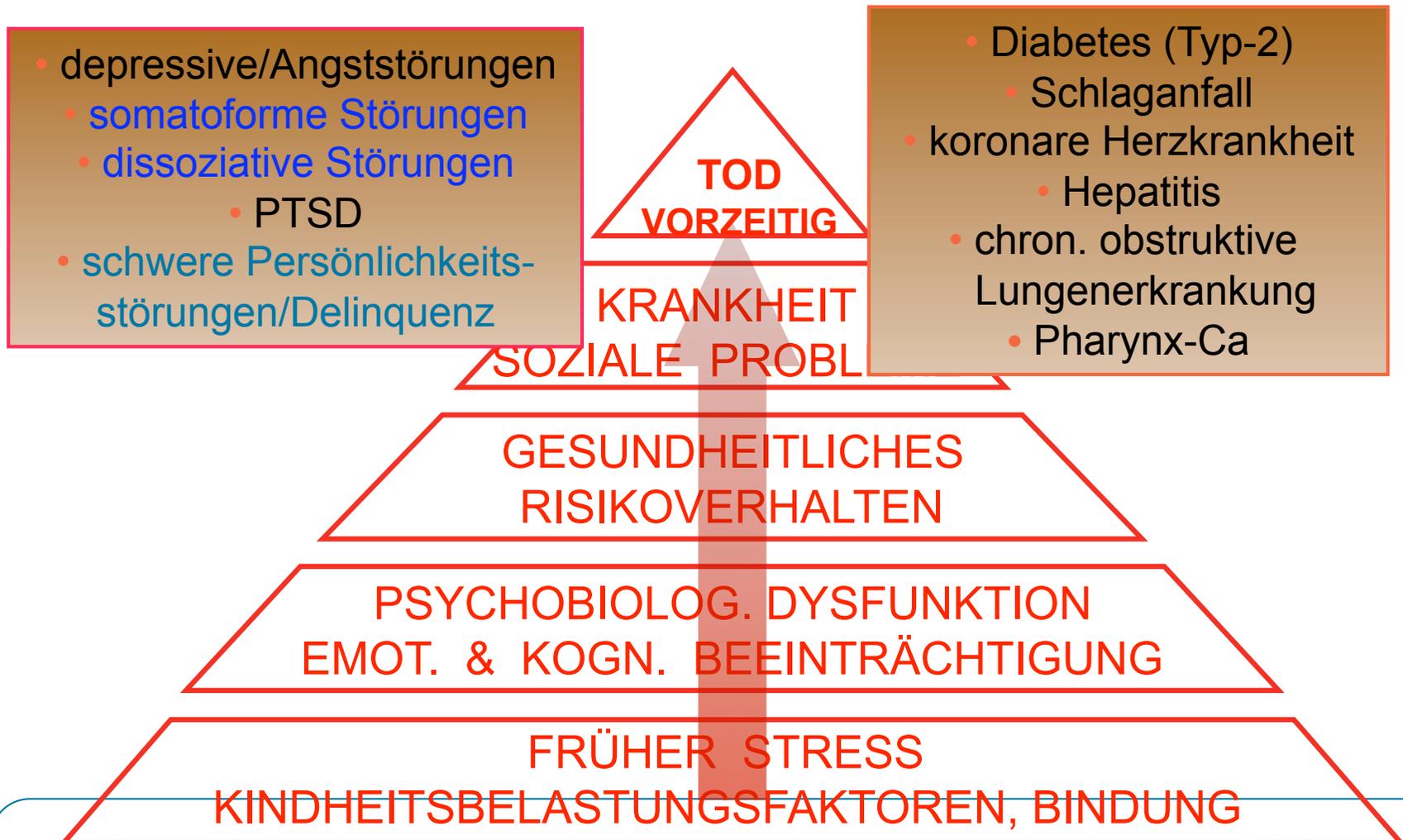


Ehefrau Dissoziation

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOSOMATIK

POTENTIELLE AUSWIRKUNGEN VON FRÜHEN STRESSERFAHRUNGEN AUF DAS WEITERE LEBEN

Felitti et al 1998, Am. J. Prev. Med. 14: 245-258





## Psychische Folgen

Aufgrund direkter  
Gewalteinwirkung im Sinne eines  
traumatischen Ereignisses

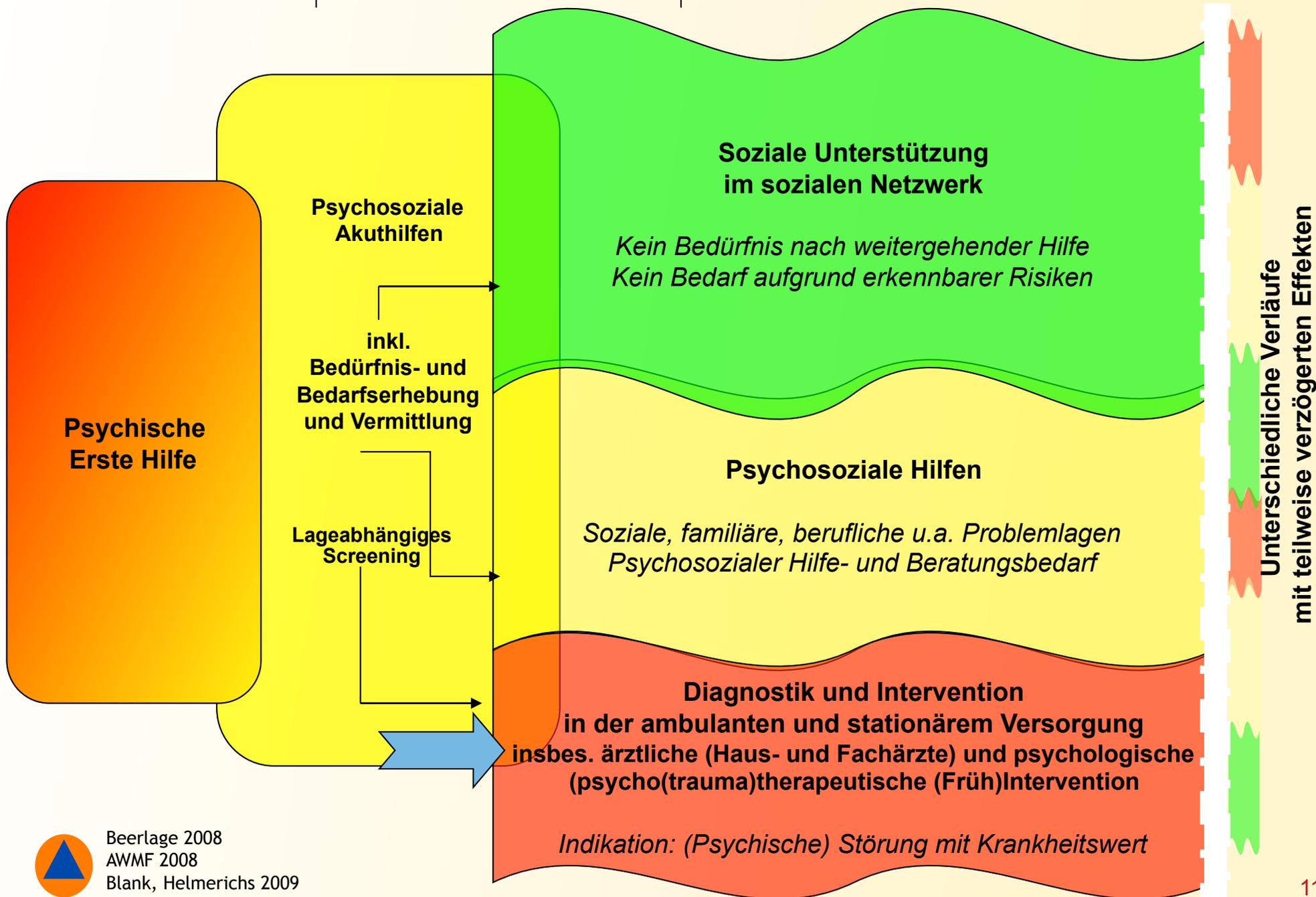
Aufgrund der resultierenden  
Hoffnungslosigkeit und Scham

Gewalt durch einen Partner bringt  
einen enormen Vertrauensverlust  
mit sich und ist häufig begleitet von  
einer Beschädigung des  
Selbstwertes.

Erste Stunden

Tage

Wochen, Monate





## RESSOURCE (frz. la ressource) = Mittel, Quelle

### Positive Affekte

Stimuli können direkt (positive Verstärker) oder indirekt (bestrafende Ereignisse vermeidend) belohnen.

Beteiligt: Anteriorer, cingulärer, insulärer, orbitofrontaler Cortex und Nucleus Accumbens (Berridge 2003)

**Broaden and build theory: (Frederickson 2001)** positiver Affekt setzt unmittelbar mentale Ressourcen frei, indem die Aufmerksamkeit erweitert und der kognitive Suchbereich vergrößert wird, so dass vielseitige Problemlösungsversuche unternommen werden können („**broaden**“).

Durch diese werden physische, intellektuelle und soziale Ressourcen trainiert, die langfristig genutzt werden können („**build**“).

# Vorgehen in der Versorgung akut traumatisierter Menschen

[www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/051-027.htm](http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/051-027.htm)

- \* **Psychische erste Hilfe und psychosoziale Akuthilfen ("Evidenz"bewertung: E III)**
  - o Emotionale und soziale Unterstützung
  - o Befriedigung basaler Bedürfnisse
  - o Non-direktive unterstützende Kontaktaufnahme
  - o Dosierte Informationsvermittlung
  - o Unterstützung von äußerer und innerer Sicherheit
  
- \* **Unspezifische Interventionsstrategien ("Evidenz"bewertung: E III)**
  - o Psychoedukation
  - o Screening bzgl. Risikofaktoren
  - o Monitoring bzgl. Symptomentwicklung
  - o Psychopharmakologische Intervention
  - o Unterstützung sozialer Vernetzung, praktische und soziale Unterstützung
  - o Indikationsstellung zu weiterführender Versorgung
  - o Mitversorgung von wichtigen Bezugspersonen



## Psychopharmakologische Intervention

### Antidepressiva

**SSRIs:** ☺ (z.B. Sertralin, Fluvoxamin, Fluoxetin)

Wirksam in der Behandlung der PTB  
(Davidson '97; van Etten u. Taylor '98)

**SSNRIs:** ☺ ( Venlafloxin) Wirksam in der  
Behandlung der PTB

(Davidson 2006)

### Niedrigpotente Neuroleptika:

☹/☺ möglicherweise wirksam (van Etten '98)/  
nicht ausreichend untersucht

**Benzodiazepine :** ☹ Nicht wirksam (van Etten u.  
Taylor '98)

bzw. gar kontraproduktiv bei einigen kurz-  
wirksamen Benzodiazepinen (Davidson 1997)

**Schlafmittel:** ☹ Bsp. Zopiclon möglichst nicht  
( Psychoedukation)

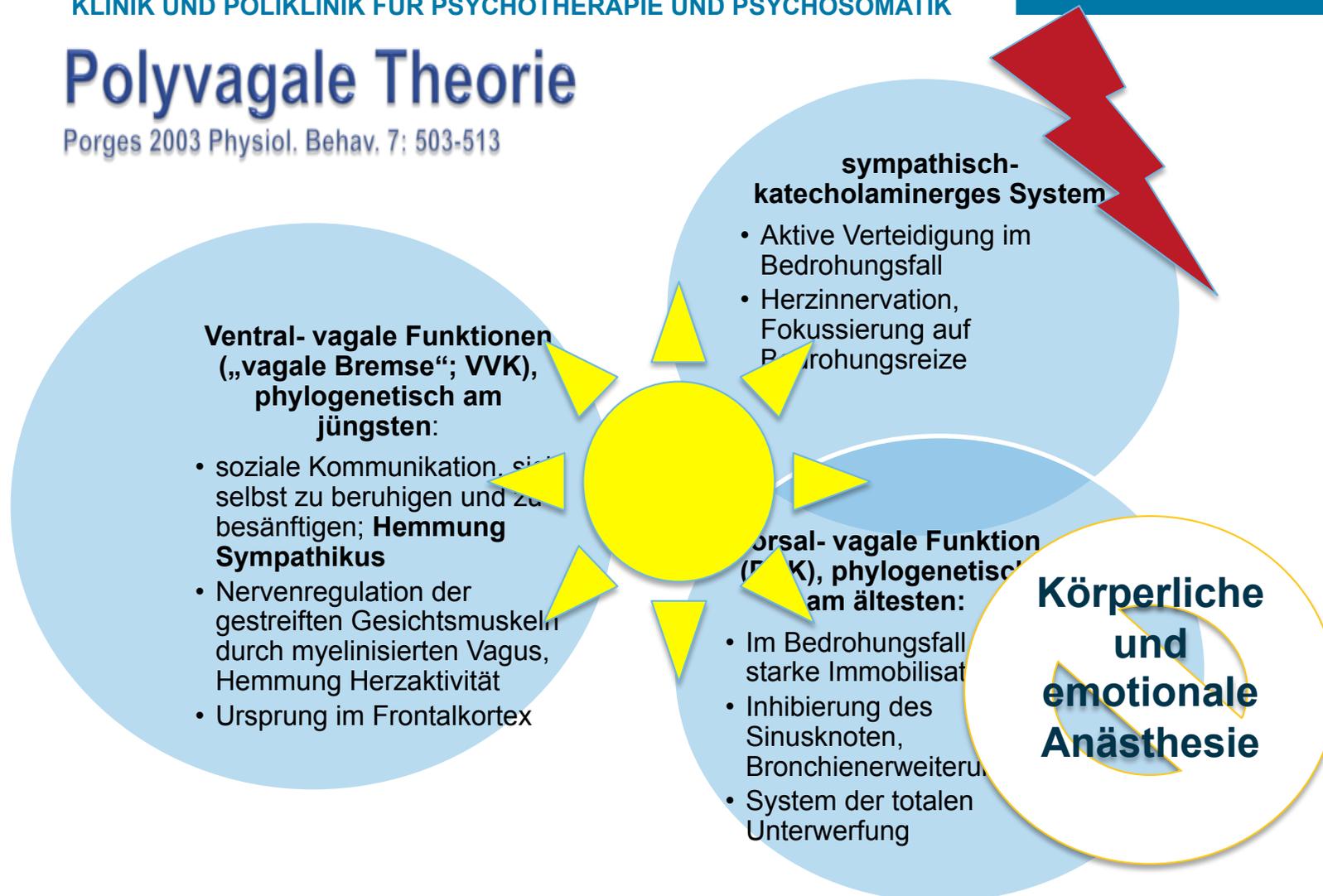
### MAO-Hemmer/trizyklische Antidepressiva:

☹ Nicht wirksamer als Placebo oder Warten auf  
Therapie (van Etten u. Taylor '98)

Cave! Benzodiazepine können zu einer Verschlechterung der Symptomatik führen und die Chronifizierung des Symptombildes begünstigen. Der Einsatz ist nur bei spezifischer Indikationsstellung (bei akuter Suizidalität) und kurzdauernder Anwendung indiziert. [www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/051-027.htm](http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/051-027.htm) 2008

# Polyvagale Theorie

Porges 2003 Physiol. Behav. 7: 503-513



Porges (2001, 2003): Existenz von drei Reaktionssystemen des autonomen Nervensystems; hierarchische Reaktionsstrategie nach phylogenetischer Entstehung (zuerst Aktivierung des zuletzt entstandenen Systems)

## Wir danken für Ihre Aufmerksamkeit.

**Traumaambulanz:** Diagnostik und Beratung, Vermittlung, Kurztherapie, PIA

**Diagnostik- und Motivationstherapie:** ein bis drei Tage stationäre Diagnostik und Kennenlernen des Therapieprogrammes

**Krisenintervention stationär:** ein Tag bis vier Wochen Stabilisierung

**Spezielle Traumatherapie stationär:** acht bis zwölf Wochen Traumaexposition, Angstexposition, Reintegration

**Intervalltherapie**

Information zum Thema Trauma:

[www.traumanetz-sachsen.de](http://www.traumanetz-sachsen.de)

E-Mail: [traumanetz@uniklinikum-dresden.de](mailto:traumanetz@uniklinikum-dresden.de)

OÄ Dr. J. Schellong

Tel.: 0351 4587092

[Julia.Schellong@uniklinikum-dresden.de](mailto:Julia.Schellong@uniklinikum-dresden.de)