

Psychotherapie mit gewaltbetroffenen Frauen

Dr. phil. Silke Schwarz
Psych. Psychotherapeutin



S.I.G.N.A.L.e.V.
Intervention im
Gesundheitsbereich
gegen Gewalt

Überblick

1. Diagnostik
2. Schutz und Sicherheit
3. Beziehungsgestaltung
4. Kinder
5. Vernetztes Arbeiten

1. Diagnostik: Prävalenzen und Komorbiditäten

- PTSD mit 31 bis 84,4% als häufige Folge von Partnerschaftsgewalt (Iverson et al., 2011)
- K-PTSD mit bis zu 21.1% (Dokkedahl, Kristensen, Murphy & Elklit, 2021)
- 20 % der Gewaltbetroffenen berichten von Depressionen (FRA, 2014)
- 36 % der Gewaltbetroffenen erleben Angstzustände (FRA, 2014)
- Je nach Studie entwickeln sich 18-72 % substanzbezogene Störungen (Rivera et al., 2015)
- Risiko für Psychose 3-5x erhöht (Shah et al., 2018)
 - Während Diagnostik Gewaltzusammenhänge berücksichtigen
 - Integrative Behandlungsansätze

1. Diagnostik bei aktueller Gewalt

- Erfassung von psychischem Funktionsniveau
 - Somatoforme Symptome
 - Zunahme von Symptomen bestehender Störungen
 - Belastungsstörung bei anhaltender Traumatisierung (Gysi 2021)
 - Wiedererleben
 - Vermeidung
 - erhöhte Sensitivität und Erregung
 - Störungen der Selbstorganisation

1. Diagnostik bei aktueller Gewalt

- Ressourcendiagnostik:
 - Erfassung von sozialen Unterstützungssystemen
 - Persönliche Ressourcendiagnostik
 - Diagnostik von Bewältigungsstrategien
- Erfassung von Gewalt über den Lebensverlauf inkl. aktueller Gewalt

1. Diagnostische Fragen bei aktueller Gewalt

(nach Gysi, 2021)

- Erleben Sie aktuell körperliche, sexualisierte und/oder psychische Gewalt?
- Fühlen Sie sich zu Hause, am Arbeitsplatz, in der Öffentlichkeit sicher?
- Haben Sie manchmal Angst vor Freund*innen, Bekannten, Angehörigen, Nachbarn aufgrund von Drohungen und / oder Gewalt?
- Werden Sie manchmal erpresst und / oder bedroht?
- Hat sich die Gewalt in den vergangenen Monaten verändert?
- Steht eine schwierige Situation mit erhöhtem Gewaltrisiko bevor (z.B. Familienfest, Gerichtstermin, Umgangstermine...)
- Haben Sie Angst, dass Ihren wichtigsten Bezugspersonen Gewalt angetan werden könnte?

1. Diagnostische Fragen (nach McCloskey & Grigsby, 2005)

- Wie fangen Auseinandersetzungen / Streitereien normalerweise an?
- Während der letzten Auseinandersetzung, wo waren Sie?
(Geben Sie so viele Details wie möglich an, wo standen Sie, wo war Ihr Partner?)
- Wie lange hat die Auseinandersetzung gedauert?
- Wie hat sie geendet?
- Was ist passiert, als sie vorbei war?
- Während der Auseinandersetzung, hat Ihr Partner Sie jemals geschubst, geschlagen, bedroht umzubringen....?

1. Diagnostik: Mögliche Barrieren auf Seiten der Betroffenen

- Scham und Schuldgefühle
- Angst vor einer Eskalation der Gewalt und weiteren Gefährdung
- Angst nicht verstanden und verurteilt zu werden
- Angst, dass Polizei/Behörden gegen den Willen informiert werden
- Das Gefühl, mit der Erfahrung alleine zu sein
- Situative Aspekte der Gesprächs- und Behandlungssituation (rigider Zeitrahmen)
- Psychischen Auswirkungen der Gewalterfahrung selbst

1. Diagnostik: Mögliche Barrieren auf Seiten der Fachkräfte

- keine Routine und Handlungssicherheit im Umgang mit Gewalterfahrungen
- Sorge, nicht mit den Reaktionen umgehen zu können
- Angst, einer Patientin zu nahe zu treten (das Thema ist zu privat)
- keine Zeit
- eigene Betroffenheit

1. Diagnostik – allgemeines oder gezieltes Screening?

„Zum jetzigen Zeitpunkt könnte es wirksamer sein, Gesundheitsfachleute so zu schulen, dass sie in der Lage sind, Frauen, die Zeichen von Missbrauch aufweisen bzw. zu einer Risikogruppe gehören, Unterstützung und Informationen zukommen zu lassen und mit ihnen Pläne für ihre Sicherheit aufzustellen.“

Cochrane Database of Systematic Reviews

Screening women for intimate partner violence in healthcare settings

Lorna O'Doherty

Kelsey Hegarty

Jean Ramsay

Leslie L Davidson

Gene Feder

Angela Taft

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD007007.pub3>

1. Diagnostik - Schlüsselsymptome

- Schreckhaftigkeit und Angst
- Starke Nervosität und Herzrasen
- Schlafstörungen und Alpträume
- 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

2. Schutz und Sicherheit

Ranking der erhöhten Risiken für eine Viktimisierung durch Partnergewalt in bestimmten Lebensphasen

Lebens- und Umbruchphasen:

- Heirat (38%)
- Zusammenziehen (34%)
- Geburt des Kindes (20%)
- Entschluss zur Trennung (13%)
- Schwangerschaft (10%)
- Arbeitslosigkeit des Partners (7%)
- Nach beruflichem Aufstieg der Frau (6%)

2. Schutz und Sicherheit

Entschließt sich eine Frau zur Trennung ist sie besonders gefährdet.

Klären Sie mit kurzen Fragen, ob eine Gefährdung besteht:

- *Ist die Patientin zu Hause sicher?*
- *Sind Kinder mit betroffen?*
- *Eskalieren Gewalttätigkeiten in Stärke und Häufigkeit?*
- *Wie sorgt die Patientin für ihre Sicherheit und die Sicherheit ihrer Kinder?*
- *Gibt es Unterstützung in ihrem Umfeld?*

Quelle: SIGNAL e.V.

2. Schutz und Sicherheit

Fragen zur aktuellen Gefährdung durch Gewalt

*Frauen, die mind. 3x der folgenden Fragen mit "ja" beantworten können
aktuell hoch gefährdet sein*

- Hat die körperliche Gewalt an Häufigkeit und Schwere in den letzten 6 Monaten zugenommen?
- Hat er jemals eine Waffe benutzt oder Sie mit einer Waffe bedroht?
- Hat er jemals versucht, Sie zu würgen?
- Glauben Sie, dass er dazu fähig wäre Sie umzubringen?
- Wurden Sie jemals vom ihm während einer Schwangerschaft misshandelt?
- Ist er gewalttätig und ständig eifersüchtig?

(WHO 2014, nach Snider 2009, Danger-Assessment)

2. Schutz und Sicherheit

Sicherheitsplan entwickeln

Was sind die Anzeichen bevorstehender Gewalt?

- *Häufig sind verbale Auseinandersetzungen (Eifersucht, Erziehungsstile, finanzielle Probleme, Arbeitslosigkeit, etc.)*
- *Alkohol- / Drogengebrauch*

Vorsicht: es gibt auch sog. chaotische Gewaltausbrüche, die zufällig und unvorhersehbar erscheinen

Wohin gehen bei Eskalation – wen kontaktieren?

Kinder?

3. Beziehungsgestaltung: Gespräch führen – Botschaften senden

- Eine klare Haltung gegenüber häuslicher / sexualisierter Gewalt vermitteln
 - Niemand „verdient es“ geschlagen zu werden
 - Die Verantwortung für die Gewalt liegt bei der gewaltausübenden Person
 - Sie haben ein Recht auf Respekt, Wertschätzung, Hilfe und Unterstützung
- Insistierende, auf Gewalterfahrungen bezogene Fragen vermeiden, tiefergehende Berichte stoppen
 - Gefahr einer Retraumatisierung vermeiden
 - Bedenken: Flucht/Angriff/Erstarren sind mögliche Traumafolgereaktionen
- Aktuelle Situation, Sicherheit und Unterstützungsbedarf in den Mittelpunkt („Was ist ein realistischer Schritt“)
 - Trennung ist ein langer Prozess - Traumatherapie ggf. noch zu hochschwellig
 - Ressourcenstärkung - Kuraufenthalt, Gesundheitsförderung
 - Konkret fragen: Was stärkt sie/ hilft ihnen? Was kann jetzt helfen?

3. Beziehungsgestaltung: Handeln, wenn Gewalt bejaht wird ...

Betonen Sie Ihre Schweigepflicht - das gibt Sicherheit und schafft Vertrauen.

Zeigen Sie Ihre Offenheit für das Thema. Reagieren Sie mit Verständnis.

„Ich stelle mir vor, dass Ihre Situation manchmal unerträglich ist. Was haben Sie schon alles unternommen, um sich zu schützen?“

Vermeiden Sie, nach Gründen zu fragen.

Die Frage „Warum schlägt er sie“ verstärkt eher Schuldgefühle.

Ermutigen Sie die Patientin, sich weitere Hilfen zusätzlich zu holen.

Akzeptieren Sie, wenn die Patientin nicht sofort aktiv werden will (Verzichten Sie auf Veränderungsdruck).

Informieren Sie über Unterstützungsmöglichkeiten.

3. Beziehungsgestaltung: Wenn Gewalt verneint wird und der Verdacht bleibt ...

Respektieren Sie ein „nein“.

(Äußern Sie ggf. Ihre Sorge um die Sicherheit der Patientin)

Benennen Sie, warum Ihnen das Thema wichtig ist.

(häufige Betroffenheit von Patientinnen, Folgen für Gesundheit ...)

Notieren Sie Ihren Verdacht in der Akte.

Informieren Sie über psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten.

Schuldumkehr –

Vorsicht Falle!

Täter werden entschuldigt.

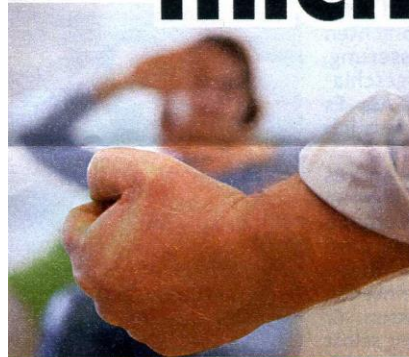
Frauen schämen sich, haben Angst und fühlen sich verantwortlich für die eigene Misshandlung.

Viele glauben, sie werden misshandelt, weil sie schlecht sind oder immer etwas falsch machen.

Bild: Berliner Kurier

Quelle: SIGNAL e.V.

»Wenn er mich schlug, fühlte ich mich schuldig«



Mehr als 20 Jahre wurde Hanna Bruhns (48) von ihrem Partner brutal misshandelt. Ein Berliner Verein ermöglichte ihr, der Hölle zu entkommen

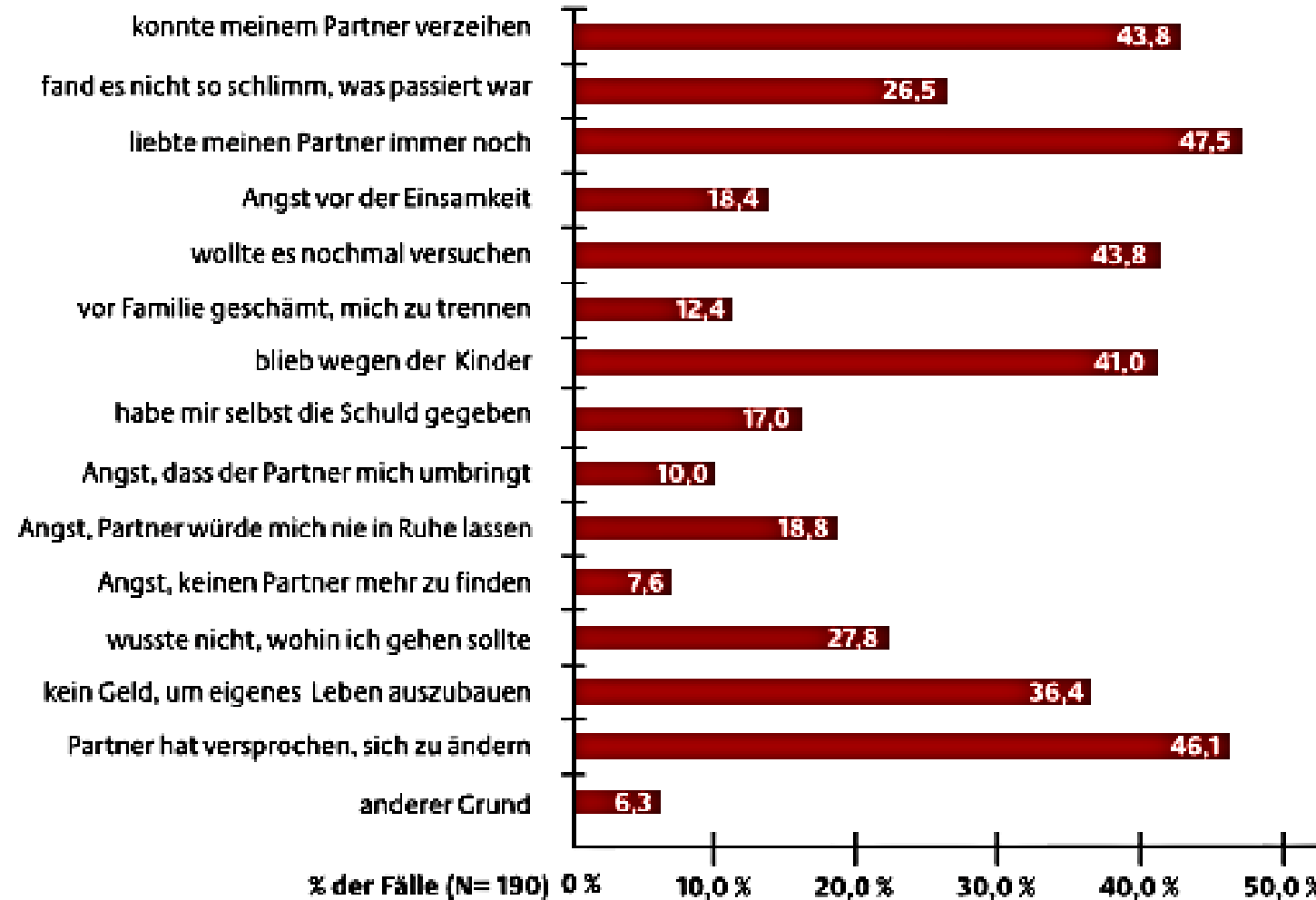
Wird oft verschwiegen:
Gewalt in der Partnerschaft



Zehn Monate lebte die Berlinerin in einer so genannten Zufluchtswohnung

Warum Frauen sich nicht trennen

(Schrötle et al. 2004, Langfassung S.283)



Die Widerstandskämpferin

„Argumentieren“: Kompetenz in Frage stellen (z.B. „Was wissen Sie denn schon über Häusliche Gewalt? Haben Sie so etwas schon mal erlebt?“). Typische Abwehr-Sätze bzw. ambivalente Sätze enthalten ein „Ja, aber...“.

„Unterbrechen“: Wort abschneiden.

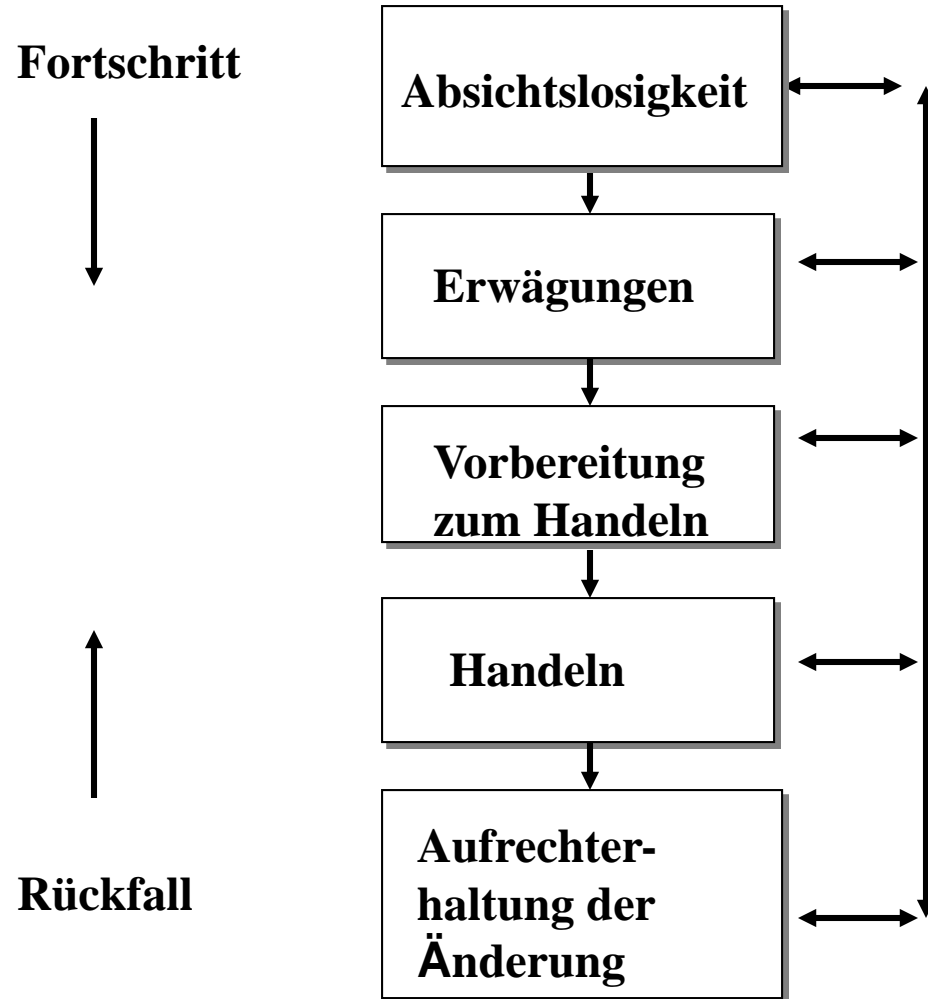
„Leugnen“: „Ich habe mit meinem Mann kein Problem“ oder bagatellisieren, Ablehnung von Vorschlägen oder Hilfsangeboten

„Ausklinken“: Sie/er ist unaufmerksam, antwortet nicht oder gibt dem Gespräch eine neue Richtung (z.B. „Ich will jetzt lieber über... reden.“).

Veränderung als Prozess

Phasen der Auseinandersetzung – stages of change

(Prochaska und DiClemente: Zink et al 2004)



Jede gewaltbetroffene Frau befindet sich in einen anderen Stadium der Auseinandersetzung und reagiert anders auf Ansprache oder Hilfeangebote.

3. Beziehungsgestaltung

- 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)

3. Beziehungsgestaltung

Empfehlungen für den Umgang (nach Kuitunen-Paul, ter Balk & Hahn, 2022):

Dont`s:

- Erwartungshaltung, dass hG-Erlebnisse vollumfänglich erinnert werden und beschreibbar sind
- Negieren, Übersehen, Nicht-Ansprechen
- Abschirmen vor Erkennen der hG und damit verbundenen Emotionen (in der Absicht zu entlasten)
- Entmündigung, Verantwortungsübernahme, Maßnahmen ohne Einverständnis einleiten
- Weiterbehandlung ohne Berücksichtigung der Ursachen und Folgen der Gewalt
- Schuldzuschreibung, Victim-Blaming
- Patient*innen unisono an Beratungsstellen und Frauenhäuser „abgeben“
- Imaginationsverfahren bei ungeklärter Sicherheitslage

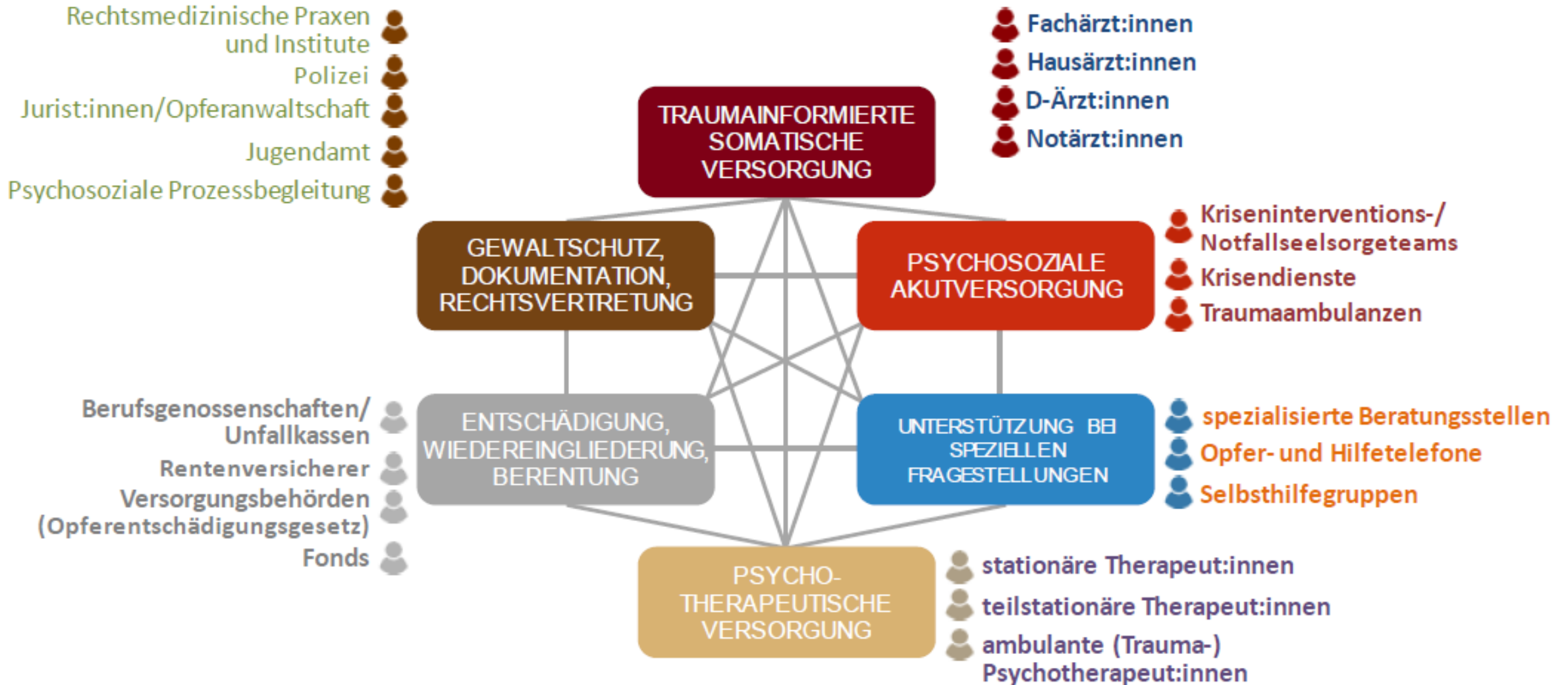
4. Kinder

- Während Probatorik Beziehung und Bedarfe erfassen sowie während des Therapieverlaufs: Berichte der Mutter von Schwierigkeiten mit Kinder, von Verhaltensauffälligkeiten in Kita/Schule, Aussehen/Verhaltensweise des Kindes als Trigger
- Frau in ihrer Rolle als Mutter unterstützen
- Schutzfaktoren für Kinder: Familienexterne stabile Kontakte, Freizeitaktivitäten, Krankheitswissen und -verstehen
- Beratungsanspruch bei „insoweit erfahrenen Fachkräften“

5. Vernetztes Arbeiten

- Polizei: Gefahrenabwehr & Strafverfolgung
- Staatsanwaltschaft und Strafgerichte: Strafverfolgung
- Jugendhilfe: Abklärung von Hilfebedarfen und Gewährung von Hilfen, Abklärung von Kindeswohlgefährdung...
- Familiengerichte: Kindschaftssachen & Gewaltschutzsachen
- Gesundheitswesen: med. Versorgung und Schlüsselposition für Weiterleitung ins Hilfesystem, gerichtsverwertbare Dokumentation, Traumaambulanzen
- Psychosoziale Prozessbegleitung
- Frauenhäuser, Notrufe und Interventionsstellen
- Täterprogramme

5. Vernetztes Arbeiten zwischen Versorgungssystemen



5. Vernetztes Arbeiten: Frauenunterstützungseinrichtungen

- Frauenhäuser
- Zufluchtswohnungen
- Fachberatungsstellen
- Interventionsstellen
- Spezielle Angebote für Betroffene von Menschenhandel, Zwangsprostitution, Zwangsheirat..
- Bundesweites Hilfetelefon

S.I.G.N.A.L. e. V.

**Fachstelle Traumanetz Berlin
Gottschalkstr. 8
13359 Berlin**

schwarz@signal-intervention.de

Tel: 030 – 54 61 71 11

<https://traumanetz.signal-intervention.de/>



S.I.G.N.A.L. e.V.
Intervention im
Gesundheitsbereich
gegen Gewalt

5. Vernetztes Arbeiten: Meldepflicht – Schweigepflicht - Offenbarungsbefugnis

Es gibt in Deutschland keine Meldepflicht.

Die Schweigepflicht nach § 203 StGB gilt grundsätzlich und gegenüber jedermann, also auch gegenüber Angehörigen oder Polizei.

Schweigepflichtentbindung notwendig für die Herausgabe von Informationen
(z.B. Dokumentation, Zeugenaussage)

§ 34 StGB Rechtfertigender Notstand – Gefahrenabwehr überwiegt
wesentlich das Geheimhaltungsinteresse

- Offenbarungsbefugnis bei konkreter Gefahr für Leib und Leben/
Wiederholungsgefahr zur Abwehr der drohenden Gefahr
- Einschränkung: kein milderes Abwehrmittel
- Das Strafverfolgungsinteresse des Staates und vergangene Straftaten rechtfertigen
keinen Bruch der Schweigepflicht

Ggf. Anzeigepflichten nach § 138 StGB bei drohendem Mord oder Totschlag

Kontextualisierte Traumaarbeit



Forschungsergebnisse aus
der Praxis feministischer
Beratungsstellen
(Brensell, Hartmann,
Schmitz-Weicht, 2020)



Ergebnisse eines partizipativen Forschungsprojekts

- Blick auf die Ursachen und Verursachenden ist für die Bearbeitung unumgänglich
- Geschlechtsspezifische Gewalt muss individuell UND gesellschaftlich bearbeitet werden
 - Dialog zwischen Medizin, Psychologie und feministischer Beratungspraxis ist erforderlich

Die drei Dimensionen kontextualisierter Traumarbeit

1. Beratung
2. Zusammenhangswissen
3. Strukturarbeit

Thematische Schwerpunkte

1. Anerkennung der erlebten Gewalt
2. Sicherheit und Stabilisierung
3. Parteilichkeit
4. Selbstbestimmung
5. Wissensvermittlung

3. Beziehungsgestaltung: Wünsche und Erwartungen von Betroffenen

Positionspapier für den stationären Bereich:
„Klinische Behandlungsangebote traumasensibel
und frauenspezifisch gestalten“

Positionspapier für den ambulanten Bereich:
„Traumainformierte, geschlechtssensible
ambulante Psychotherapie – Wünsche und
Erwartungen aus Betroffenenensicht“

1. Gewalt gegen Frauen wird im Zusammenhang mit der strukturellen Benachteiligung von Frauen in unserer Gesellschaft und als Ursache von aktuellen Traumafolgebelastrungen gesehen.
2. Trauma bedeutet Kontrollverlust. Viele Folgen einer Traumatisierung sind auch Resultat des Kontrollverlustes in der traumatischen Situation. Ein wesentliches Ziel einer Behandlung von Traumafolgen in einer Institution muss sein, dass Betroffene gegenüber der Macht der Institution die Kontrolle behalten und sich nicht erneut hilflos fühlen.
3. Alle Fachkräfte auf der Station nehmen die gewaltbetroffene Frau und deren Wunsch nach einer Traumabehandlung ernst.
4. Ein respektvoller Umgang mit der Betroffenen als Mensch und als Frau, die gewaltbetroffen und nicht „verrückt“ ist, sondern die ist, die sie ist, aufgrund der Gewalterfahrung, die sie hatte, ist selbstverständlich.
5. „Wir bleiben im Gespräch“ ist ein wichtiger Leitsatz, der vom Personal proaktiv umgesetzt wird. Pflegekräfte sowie ärztliche und psychologische Fachkräfte bieten einen Raum an, um ins Gespräch zu kommen. Sie bitten aktiv um Rückmeldungen zu den Bedarfen der betroffenen Frau während des Aufenthaltes, insbesondere zu Beginn einer Behandlung und in regelmäßigen Intervallen. Konflikte sowie das Befinden von Betroffenen werden aktiv vom Personal erfragt.
6. Das „Nein“ der Betroffenen wird respektiert. Die Grenzen der Nutzerinnen der Angebote werden gewahrt.
7. Eine regelmäßige Sensibilisierung aller Fachkräfte der Station zum Thema sexualisierte und häusliche Gewalt gegen Frauen findet statt, bspw. in Form von Fortbildungen und Supervision.
8. Die Klinik und das Personal der Station kommunizieren transparent die eigenen Grenzen, personell wie auch finanziell.

1. Mindeststunden in Ausbildung zu geschlechts- und gewaltspezifischen Traumainhalten verankern

Die Therapeut*innen-Ausbildung sollte verpflichtend grundlegende Themen von Gewalt gegen Frauen und deren Auswirkungen auf die psychische Gesundheit beinhalten.

2. Traumatherapie-Zugänge erleichtern

Die Zugänge zu traumafokussierter Psychotherapie sollten leichter, besser und schneller gestaltet, Wartezeiten reduziert und notwendige Therapieverlängerungen bewilligt werden.

3. Verantwortung für Therapie-Suchende übernehmen

Wenn eine Therapeut*in eine Therapie nicht annehmen kann (aufgrund mangelnder Kapazitäten oder mangelnder Qualifikationen der Therapeut*in), wird eine Weitervermittlung immer wertschätzend und empathisch kommuniziert. Die Therapeut*in stellt eine Weitervermittlung an Kolleginnen und/oder Beratungsstellen sicher. Therapeut*innen benötigen hierfür die entsprechenden zeitlichen Ressourcen.

4. Kein Therapie-Abbruch bei bürokratischen Hürden

Es müssen Lösungen gefunden werden, damit kein Therapie-Abbruch erfolgt, wenn bürokratische Hürden im Raum stehen (bspw. laufendes Widerspruchsverfahren bei negativ beschiedenem Antrag auf Kostenerstattung durch die Krankenkassen). Therapie hat Vorrang vor Bürokratie.

5. Wahlrecht der Therapieform

Verständliche Informationen zur Therapie-Richtung sind die Basis für eine informierte Entscheidung der Klientin eine Therapie zu beginnen. Nur so erhält sie die Möglichkeit, die für sie geeignete Therapieform zu wählen. Neben der mündlichen Aufklärung durch die Therapeutin sollten schriftliche Informationsbroschüren zur Verfügung stehen.

6. Zusammenarbeit zwischen Therapeut*innen und Beratungsstellen optimieren

Im Bedarfsfall sollten die Verantwortlichkeiten transparent aufgeteilt und vernetztes Arbeiten verbessert werden. Entsprechende Ressourcen müssen hierfür zur Verfügung gestellt werden.

7. Gewaltfreiheit befürworten

Die Therapeut*in ist über Gewalt im Kontext der Geschlechter informiert, kennt die Gewaltdynamiken bei häuslicher und/oder sexualisierter Gewalt und bekennt sich aktiv zu dem Statement „Gewalt ist nie okay“ und lehnt jegliche Form von Gewalt ab als Grundsatzhaltung. Die Verantwortung für die Gewalt liegt immer beim Täter.

8. Maximale Kontrolle und Transparenz im Therapie-Setting

Der Vertrauensaufbau zwischen Therapeut*in und Klient*in während der Therapie ist wesentlich. Die Patientin behält die Kontrolle über „ihre“ Themen, die sie besprechen möchte.

9. Betroffene Frauen als Expert*innen ihrer Erfahrung

Jede betroffene Frau ist Expert*in ihres eigenen Lebens. Die Betroffene hat die beste Expertise über sich und ihre Erfahrungen, was ihr guttut und was nicht – die Therapeut*in ist die Lotsin zu einer verbesserten Situation für die betroffene Frau, die „Lotsin zur Lösung“.

10. Jede betroffene Frauen ist einzigartig

Die Betroffene ist mehr als ihre diagnostizierte Krankheit. Jede Klientin ist unterschiedlich, jede Erfahrung ist individuell und nicht schematisch zu behandeln.

11. Betroffenheit von Therapeut*innen

Auch Therapeut*innen können von Gewalt betroffen sein. Ein reflektierter und professioneller Umgang mit möglichen persönlichen Traumatisierungen wird vorausgesetzt. Die eigene Betroffenheit der Therapeut*in und eigene Lösungswege werden nicht automatisiert auf Klientin übertragen.