

Trauma oder Pathologisierung: ein Austausch von Argumenten

Unterstützung bei häuslicher Gewalt – ein Blick in die Zukunft

Betroffenenrat Traumanetz Berlin: Alice Westphal & Gaby Prossmann
Fachstelle Traumanetz Berlin: Dr. Silke Schwarz

06.04.2022

Gliederung

1. Folgen von Gewalt auf die psychische Gesundheit
 2. Erfahrungsberichte aus dem Betroffenenrat Traumanetz Berlin
3. Positionspapiere des Betroffenenrats Traumanetz Berlin
4. Kontextualisierte Traumaarbeit

1. Folgen von Gewalt auf die psychische Gesundheit

Depressionen, Stresssymptome, Konzentrationsstörungen, Angstzustände und Phobien, Schlafstörungen, geringer Selbstwert bzw. Verlust des Selbstvertrauens, ein Gefühl der Verletzlichkeit, Selbstschädigungen, Essstörungen, Suizidgedanken und -versuche, Substanzmissbrauch (Rauchen, Alkohol, Drogen), Beziehungsschwierigkeiten, (komplexe) PTBS und Borderline-Persönlichkeitsstörung

Büttner, 2020; vgl. Schröttle & Glade, 2020; FRA, 2014; Hornberg et al., 2008



1. Frauen in psychiatrischen Settings

- Lebenszeitprävalenz von 70% Gewalt zu erfahren
- 38% erlebten in den 12 Monaten vor Eintritt in die Klinik Gewalt

Nyberg et al., 2013

1. Charakteristika mit besonders schweren Traumareaktionen

- Sie dauern sehr lange, wiederholen sich;
- beinhalten zwischenmenschliche Gewalt;
 - Betroffene mochte (mag) den Täter;
 - Betroffene fühlt sich mit schuldig;
- beinhalten sexualisierte Gewalt und/oder sadistische Folter;
 - Betroffene hatte starke Dissoziationen;
- niemand stand der Betroffenen (Zeugen) unmittelbar danach bei

Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003



1. Posttraumatische Belastungsstörung (ICD 11)

Ereignis von außergewöhnlicher Belastung bzw. von katastrophalem Ausmaß

1. Wiedererleben
2. Vermeidung
3. erhöhte Sensitivität und Erregung

mit 31 bis 84,4% eine häufige Folge von Partnerschaftsgewalt (Iverson et al., 2011)



Traumanetz Berlin

1. Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (K-PTBS) (ICD 11)

Kriterien wie PTBS

Zusätzlich andauernde und schwere Beeinträchtigungen in folgenden Bereichen:

- (1) Affektregulation;
- (2) die Selbstkonzepte betreffend
- (3) die Aufrechterhaltung von Beziehungen bzw. die Fähigkeit, sich anderen nahe fühlen zu können



1. Komorbiditäten

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)

Zudem Dissoziationen, somatoforme Störungen etc.



2. Erfahrungsberichte aus dem Betroffenenrat Traumanetz Berlin

Welche Auswirkungen auf die Seele hatte die häusliche Gewalt – damals und heute?

Was waren hilfreiche Reaktionen von Fachkräften aus der psychischen Gesundheitsversorgung?

3. Positionspapiere des Betroffenenrat Traumanetz Berlin

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.

4. Kontextualisierte Traumaarbeit



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



4. 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

4. Die drei Dimensionen kontextualisierter Traumarbeit

1. Beratung
2. Zusammenhangswissen
3. Strukturarbeit

4. Thematische Schwerpunkte

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

Auswertung der Befragung von Betroffenen von häuslicher Gewalt zum Fortbildungsbedarf in unterschiedlichen Berufsfeldern

1. Angenommen werden und sich verstanden fühlen
2. Anerkennung des individuellen Unterstützungsbedarfs
3. Relevanz von praktischer Unterstützung
4. Transparenz: was passiert wann und wie
5. Bedeutung von Vernetzung und Weitervermittlung



Grundsätze

Einzelpersonen, Einrichtungen, Institutionen und Netzwerke, die im Rahmen des Traumanetz Berlin zusammenarbeiten, teilen die folgenden acht Grundsätze:

1. **Gewalt** gegen alle Frauen wird in **gesellschaftliche Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse** eingebettet gesehen und auch innerhalb der Versorgungsstrukturen bzw. der eigenen Einrichtung stetig kritisch reflektiert.
2. Die **Förderung** der **Ressourcen**, der **Selbstbestimmung** und der **Handlungsfähigkeit** aller Frauen ist zentral unter Anerkennung und Berücksichtigung unterschiedlicher Lebenslagen und Ressourcenzugängen, die sich aus Faktoren wie Herkunft, Sprache, sozioökonomischer Status, körperlichen und geistigen Fähigkeiten ergeben.
3. Die Bedürfnisse und Perspektiven der **Betroffenen** sind maßgebend für eine gute Qualität der Versorgung.
4. **Sicherheit** und **Schutz** haben immer Vorrang.
5. Der Grundsatz der **doppelten Parteilichkeit** für die Belange der Frau und die ihrer Kinder wird umgesetzt.
6. **Kinder** von gewaltbetroffenen Frauen werden mitbedacht, ihr Unterstützungsbedarf abgeklärt und eine bedarfsgerechte Angebotsstruktur angestrebt.
7. Vernetztes Arbeiten ist grundlegend (**fallübergreifende und fallbezogene Vernetzung**).
8. Eine **traumainformierte, frauenspezifische Arbeitsweise** wird zugesichert.



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

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

traumanetz@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