

18. November 2004 Fachtagung in Hagen

Häusliche Gewalt ist nicht gesund

Trauma und Traumaverarbeitung

D o k u m e n t a t i o n

Impressum

Herausgeberin: Stadt Hagen, Gleichstellungstelle
in Kooperation mit „Runder Tisch gegen Häusliche Gewalt“, Hagen
Verantwortlich: Anna Vierhaus, Gleichstellungsbeauftragte
Bearbeitung: Anna Vierhaus
Gestaltung: Helm & Wienand, Dortmund
Druck: Stadt Hagen
Stand: Dezember 2004

Inhalt

Vorbemerkung	3
Alltägliche Gewalt gegen Frauen – eine Herausforderung für das Gesundheitswesen Vortrag von Dipl. Päd. Sabine Bohne	4
Grundlagen der Psychotraumatologie Vortrag von Dipl. Psych. Dipl. Päd. Sabine Lehmann	20
Psychologische Erstversorgung am Beispiel einer Trauma-Ambulanz Workshop mit Dr. med. Olaf Bär	28
Die Zeit heilt nicht alle Wunden... Workshop mit Dipl. Päd. Gabriele Wentzek und Dipl. Psych. Stefan Uhlenbrock	31
Psychodynamische – imaginative Traumatherapie (PITT) nach Luise Reddemann Workshop mit Dipl. Psych. Susanne Behling	34
Psychohygiene für (professionelle) Hilfeleistende von Gewaltopfern – wie sich Helfende trotzdem wohl fühlen können Workshop mit Dr. med. Ursula Klär-Beinker	35
Teilnehmerinnen und Teilnehmer	38

Vorbemerkung

Häusliche Gewalt, seelische und körperliche Mißhandlungen sowie die Androhungen von Gewalt haben immer auch negative Folgen für die Gesundheit der Betroffenen.

Während die sichtbaren, körperlichen Verletzungen zumeist nach kurzer Zeit verheilen, wirken die scheinbar unsichtbaren, seelischen Verletzungen lange, manchmal ein Leben lang, nach.

Betroffen sind zumeist Frauen:

Jede dritte Frau erlebt in ihrem Leben körperliche Übergriffe wie Treten, Ohrfeigen und Verprügeln.

Fast jede zweite Frau wird mit psychischer Gewalt in Form von Drohungen, Demütigungen, Einschüchterungen konfrontiert.

In der Mehrzahl der Fälle wird diese Gewalt durch aktuelle oder frühere Beziehungspartner ausgeübt.

Folgebeschwerden der Gewaltopfer sind häufig Ängste, Alpträume, Schlafstörungen, Erinnerungslücken, Interessensverlust, sozialer Rückzug und Selbstmordgedanken.

Aber es gibt für die mißhandelten Frauen auch Wege, die erlittene Gewalt zu verarbeiten, in ihr Leben zu integrieren und sich gesundheitlich zu erholen, wenn sie rechtzeitig und konsequent die richtige Hilfe erhalten.

Expertinnen und Experten aus den Bereichen der Forschung zur Psychotraumatologie und erfahrene PraktikerInnen gaben in Vorträgen und Workshops wesentliche Informationen und Anregungen, wie dies erreicht werden kann und was dazu notwendig ist.

Einig waren sich die Teilnehmenden, dass Beschäftigte in Krankenhäusern, Arztpraxen und Beratungseinrichtungen, aber auch bei der Polizei und Justiz, verstärkt sensibilisiert und qualifiziert werden müssen, um adäquat tätig werden zu können.

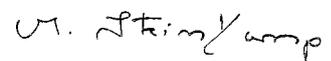
Einig waren sie sich zudem darin, dass auch die Öffentlichkeit noch mehr als bisher erreicht werden muss, denn

„Gewalt ist unrecht und wiederholt sich“.

Wir bedanken uns im Namen des „Runden Tisches gegen Häusliche Gewalt“, Hagen bei allen, die zum guten Gelingen der Fachtagung beigetragen haben.



Anna Vierhaus
Gleichstellungsbeauftragte,
Kordinatorin des
„Runden Tisches gegen
Häusliche Gewalt“, Hagen



Martin Steinkamp
Leiter des Sozial-
pädagogischen Zentrums,
Moderator des
„Runden Tisches gegen
Häusliche Gewalt“, Hagen

Alltägliche Gewalt gegen Frauen – eine Herausforderung für das Gesundheitswesen

Vortrag von Dipl. Päd. Sabine Bohne

Gewalt gegen Frauen und Mädchen wird inzwischen von internationalen Organisationen als eines der größten Gesundheitsrisiken für Frauen eingeschätzt. Die Weltgesundheitsversammlung verabschiedete bei ihrer Tagung im Jahr 1996 in Genf eine Resolution, in der Gewalt zu einem wichtigen weltweiten Problem der öffentlichen Gesundheit wurde.

Im „Weltbericht über Gewalt und Gesundheit“ der Weltgesundheitsorganisation WHO (Krug u.a. 2002) wird folgende Definition vorgestellt:

„Gewalt ist der angedrohte oder tatsächliche Einsatz von physischem Zwang oder von Macht, ob gegen sich selbst, gegen andere Menschen oder gegen eine Gruppe oder eine Gemeinschaft, welcher Verletzungen, Tod, psychologische Schäden, Fehlentwicklungen oder Entbehrungen zur Folge hat – oder mit hoher Wahrscheinlichkeit haben kann.“

Diese sehr breite und sorgfältig formulierte Definition fasst Gewalt von der Seite der Auswirkungen auf den Gesundheitszustand her. Sie bezieht die Drohung und den Machtmissbrauch als Gewaltformen ein, die seelische ebenso wie die körperliche Verletzung. Diese Definition erlaubt auch, z. B. die kumulative Wirkung von Schlägen oder Drohungen über längere Zeit einzubeziehen, wie dies in Misshandlungssituationen vorkommt, bei denen der einzelne Vorfall oft nicht als ernsthafte Schädigung erscheint. Dennoch behält diese Definition im Auge, dass die Möglichkeit, einem Menschen am Leibe etwas anzutun, letztendlich für Gewalt entscheidend ist, denn, wie Heinrich Popitz (1992) sagt, kann eine Person sich aus sozialen Beziehungen lösen und sich vom materiellen Besitz trennen, sie kann sich aber nicht von ihrem Körper trennen.

Bislang ist das Gesundheitswesen zu wenig in Prävention, Intervention und Heilung im Bereich Gewalt im Geschlechterverhältnis eingebunden.

Der Wissensstand über Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheitsproblemen ist hierzulande unzulänglich und findet in Anamnese, Diagnostik und Behandlung der Professionellen im Gesundheitswesen immer noch wenig Beachtung. Neben der individuellen Folgen für Betroffene hat Gewalt gegen Frauen und Mädchen enorme Folgekosten, insbesondere für das Gesundheitssystem.

In unserem Gutachten¹ für die Enquêtekommission des Landtags NRW im November 2002 haben wir auf der Grundlage der internationalen Literatur die Verbreitung verschiedener Formen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen auf Grund von in Europa durchgeführten Prävalenzstudien verdeutlicht. Jetzt liegen die Ergebnisse der ersten bundesweiten Prävalenzstudie vor. Des Weiteren haben wir die allgemeinen und besonderen Auswirkungen von Gewalt auf die Gesundheit von Frauen überschaubar dargestellt und Standards für angemessene gesundheitliche Versorgung herausgearbeitet. Ferner wurden 29 besonders ausgewiesene Fachkräfte aus unterschiedlichen Professionen zu Defiziten in der Versorgung und Modellen guter Praxis befragt. Die gesammelten Anregungen wurden mit AkteurInnen des Gesundheitswesens unter dem Leitgedanken der Umsetzbarkeit bearbeitet. Abschließend haben wir Empfehlungen für das politische Handeln auf Landesebene vorgelegt.

Prävalenz von gesundheitlich belastenden Gewalterlebnissen

Die Ergebnisse der ersten Repräsentativuntersuchung: „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“² wurden erstmals im Rahmen eines europäischen Kongresses im September 2004 vorgestellt und sind in Kürze im Internet³ abrufbar. Die Erhebung zielt darauf ab, bestehende Wissenslücken über das Ausmaß, die Formen und Ursachen von Gewalt gegen Frauen zu schließen, sowie konkrete Handlungs- und Hilfsbedarfe zu ermitteln. 10.000 Frauen (im Alter von 16–85 Jahren) in ganz Deutschland wurden umfassend zu ihren Gewalterfahrungen, zu ihrem Sicherheitsgefühl und zu ihrer psychosozialen und gesundheitlichen Situation befragt.

Die Befunde der Untersuchung verweisen insgesamt auf hohe Gewaltbetroffenheiten in Deutschland. Demnach haben:

- **37 %** aller befragten Frauen **körperliche Übergriffe** seit dem 16. Lebensjahr erlebt, die von wütendem Wegschubsen und leichten Ohrfeigen ohne Verletzungsfolgen bis hin zu Treten, Verprügeln und Waffengewalt reichten. Etwa zwei Drittel dieser Frauen haben auch mittlere bis schwere Formen von körperlicher Gewalt erlebt, die mit Verletzungsfolgen, Angst vor ernsthafter/ lebensgefährlicher Verletzung, Waffengewalt oder einer höheren Frequenz von Situationen verbunden waren. ▶

1) http://www.landtag.nrw.de/WWW/GB_IV.1/EK/EKALT/13_EK2/Gewalt_Expertise_Endfassung2.pdf

2) Die Studie wurde von März 2002 bis September 2004 durch das Interdisziplinäre Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF) der Universität Bielefeld im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Kooperation mit infas durchgeführt. Sie ist Bestandteil des nationalen Aktionsplans der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen von 1999.

3) www.bmfsfj.de Stichwort – Forschungsnetz - Forschungsberichte

- **13%** der befragten Frauen, also etwa jede siebte in Deutschland lebende Frau, hat **sexuelle Gewalt** seit dem 16. Lebensjahr erlitten. Dieser Anteil bezieht sich auf eine enge Definition strafrechtlich relevanter Formen von erzwungener sexueller Gewalt wie Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung und sexuelle Nötigung; bei breiteren Gewaltdefinitionen, die auch schwerere Formen von sexueller Belästigung einbeziehen, würde dieser Anteil auf bis zu 34% ansteigen.
- Unterschiedliche Formen von **sexueller Belästigung** haben **58 %** der Befragten erlebt.
- Formen **psychischer Gewalt**, die von eingeschüchtert werden oder aggressivem Anschreien über Verleumdungen, Drohungen und Demütigungen bis hin zu Psychoterror reichten, haben **42 %** der befragten Frauen benannt.
- Rund **25 %** der Frauen haben körperliche oder sexuelle Übergriffe (oder beides) **durch aktuelle oder frühere Beziehungspartner erlebt**. (Schröttle/ Müller 2004: 9)

Die Untersuchung bestätigt insgesamt, dass Gewalt gegen Frauen überwiegend häusliche Gewalt durch männliche Beziehungspartner ist. Dabei konnte **kein** Zusammenhang mit Bildungsniveau oder Einkommen festgestellt werden: Häusliche Gewalt kommt gleichermaßen in allen sozialen Schichten vor.

Alle Professionellen im Gesundheitswesen müssen davon ausgehen, dass jede fünfte Frau, mit denen sie wegen gesundheitlicher Probleme in Kontakt kommen, geschlechtsbezogene Gewalt erlebt hat.

Erkenntnisse zu den Auswirkungen und langfristigen Beeinträchtigungen der Gesundheit durch Gewalt

Gewalt ist keine Krankheit. Sie ist keine „Erfahrung“, wie Jan Philipp Reemtsma betont hat, sondern ein Widerfahrnis. Sie verletzt, erniedrigt und schädigt, und es hängt nicht nur von der Art der verübten Gewalt, sondern auch von der persönlichen Geschichte und den Umständen ab, welche Spuren zurückbleiben.

Obwohl es Beschwerden und Störungen gibt, die besonders häufig mit Gewaltauswirkungen in Zusammenhang gebracht werden, gibt es keinen Bereich von Gesundheitsproblemen, für den eine mögliche relevante Vorgeschichte von Gewalt auszuschließen wäre. Unspezifische Folgewirkungen von Gewalt – d. h. unabhängig von Art, Beziehungskontext und Zeitpunkt – werden jedoch gehäuft bei schweren psychischen Störungen, Sucht (Swift 2002) und bei psychosomatischen Erkrankungen (Olbricht 2002) sowie bei gynäkologischen Erkrankungen (Plichta, Abraham 1996) gefunden.

Die Aufmerksamkeit muss infolgedessen immer für einen möglicherweise relevanten Gewalthintergrund geschärft sein.

Wir neigen oft dazu, Gewalt juristisch zu verstehen, und die Schwere der Tat objektiv zu bewerten. Die Forschung zu den Auswirkungen von Gewalt lehrt uns aber, dass es ein Fehler wäre, nur „schwere“ Gewalt – in der Blut fließt – als gesundheitliches Risiko zu sehen. In Misshandlungsbeziehungen kann die Drohung an Stelle von Schlägen treten, ständige Angst zermürbt und macht krank. Gesundheitlich wirkt sich der Verlust der sexuellen Selbstbestimmung belastend und schädigend aus.

Die gesundheitlichen **Auswirkungen** von Gewalt können individuell sehr verschieden sein. Auch sind die unterschiedlichen Gewaltformen nicht trennscharf als Ursachen fest umrissener Symptomkomplexe festzulegen: Die Fachliteratur beschreibt ganz ähnliche schädliche Folgen bei ganz verschiedenen traumatischen Erlebnissen. Das macht es schwierig, von den Beschwerden her darauf zu kommen, dass sich dahinter Gewalt verbergen könnte.

Bei **allen Gewaltformen** kommen gehäuft vor

- (1) längerfristige Angst- und Schlafstörungen,
- (2) Beziehungs- und Sexualitätsstörungen;
- (3) Elemente des „posttraumatischen Belastungssyndroms“ wie plötzlich sich aufdrängende Vorstellungen oder Gefühle;
- (4) Depressionen und Suizidalität;
- (5) Suchtgefährdung, insbesondere Alkohol und Medikamente, und
- (6) chronische Schmerzen.

Unsere Sichtung der internationalen Fachliteratur ergab auch Hinweise auf differenzielle Auswirkungen je nach Gewaltform.

Sexueller Missbrauch in der Kindheit stellt in der Regel ein Mehrfachtrauma dar. Als längerfristige Gesundheitsschäden werden beschrieben: Chronische Unterleibsschmerzen, Essstörungen, insbesondere Bulimie; Atemstörungen; komplexe posttraumatische Belastungsstörungen; dissoziative Störungen und Borderline-Störungen mit Selbstverletzungen. Außerdem senken frühe Verletzungen die Schwelle für spätere Übergriffe.

Misshandlung durch den Partner

Über die gesundheitliche Lage von Frauen, die aktuell in einer Gewaltsituation leben, gibt es wenig eigenständige deutsche Literatur. Erstmals im Modellprojekt S.I.G.N.A.L. wurden – zunächst in der Ersten Hilfe einer Klinik – systematisch Misshandlungsverletzungen erhoben. (Hellbernd u.a. 2003)

Ausländische Studien (v. a. aus den USA und dort insbesondere aus der Pflegeforschung) verweisen darauf, dass misshandelte Frauen besonders häufig zur medizinischen Versorgung abends oder am Wochenende erscheinen, in der Notaufnahme, mit Verletzungen am Kopf, im Gesicht, oder am Ober- oder Unterleib; sie ziehen sich aus sozialen Beziehungen zurück, haben z. B. starke Ängste ohne erkennbaren Anlass. Die Dokumentation des Berliner Modellprojekts zeichnet ein ähnliches Bild und unterstreicht zudem, dass zwei Drittel der Frauen Mehrfachverletzungen aufweisen.

In der repräsentativen deutschen Umfrage konnten zum Teil erhebliche gesundheitliche, psychische und psychosoziale Folgen festgestellt werden.

- **55 %** aller Frauen, die körperliche Gewalt erlebt haben und **44 %** aller Frauen, die sexuelle Gewalt erlebt haben, haben **körperliche Verletzungen** aus diesen Situationen davongetragen, die von leichteren Verletzungen wie blauen Flecken bis hin zu Verstauchungen, Knochenbrüchen, Kopf- und Gesichtsverletzungen reichten. Bei etwa **einem Drittel** der Frauen mit Verletzungsfolgen waren diese so schwer, dass **medizinische Hilfe** in Anspruch genommen wurde.

- ▶ • Das Risiko, körperliche Verletzungen aus den Situationen davonzutragen, war dann am höchsten, wenn es sich um **Gewalt durch Partner oder Ex-Partner** gehandelt hat. **64 %** der Frauen, die körperliche oder sexuelle Übergriffe durch (Ex-)Partner erlebt haben, trugen aus diesen Situationen **körperliche Verletzungen** davon; die Situationen wurden zudem – bezogen auf die Angst vor ernsthafter/lebensgefährlicher Körperverletzung – als bedrohlicher erlebt als Gewalt in anderen Täter-Opfer-Kontexten.
- Gravierend waren auch die **psychischen Folgen von Gewalt und Übergriffen**: alle erfassten Formen von Gewalt gingen in hohem Maße mit psychischen Folgebeschwerden einher, die von Schlafstörungen, erhöhten Ängsten und vermindertem Selbstwertgefühl über Niedergeschlagenheit und Depressionen bis hin zu Selbstmordgedanken, Selbstverletzungen und Essstörungen reichten. Auffällig war, dass psychische Gewalt einerseits (die in Paarbeziehungen, oft aber auch im Arbeitskontext erlebt wird), sowie sexuelle Gewalt andererseits in besonders hohem Maße mit psychischen Folgeproblemen verbunden waren. (Schröttle/Müller 2004: 126ff)

Gewalterfahrungen können traumatisch sein, sind es aber keineswegs immer; es gibt auch lebensweltbezogene Bewältigungsstrategien. Die Sensibilisierung für Gewalt in der gesundheitlichen Versorgung muss beide Möglichkeiten berücksichtigen. Auf der einen Seite müssen medizinische, pflegerische und andere behandelnde Fachkräfte lernen, durch eigenes, ruhiges Ansprechen des Gewaltthemas ihre Offenheit für Mitteilungen von Opfererfahrungen zu signalisieren. Zugleich ist aber davon auszugehen, dass bei aller Sensibilität Gewalterfahrungen unausgesprochen bleiben können. Im Umgang mit dem Trauma gilt das Prinzip: Stabilisie-

rung geht vor Aufdeckung, (Hilsenbeck, 1997; Reddemann, 2001). Die Schlussfolgerung kann nur sein, jede Patientin und jeden Patienten so zu behandeln, dass kein Schaden geschieht, wenn unerkannte Gewalterfahrungen den Hintergrund der aktuellen gesundheitlichen Probleme bilden.

Aus der internationalen Literatur ist belegt, dass eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTB) nach allen Formen der sexualisierten Gewalt und der Gewalt im sozialen Nahraum die Folge sein kann, aber nicht sein muss. Sie wurde nach Vergewaltigung häufig beschrieben (Koss, Harvey 1991; Feldmann 1991; Heynen 2000), ebenfalls bei Misshandlung im Zusammenleben mit einem Mann (Herman 1992/1994; Sampson 1992; Woods, Campbell 1993; Saunders 1994; Walker 1994; Campbell 2000; Teegen, Schliefer 2002). Von allen Folgewirkungen weist die PTB den eindeutigsten Zusammenhang mit Gewalt auf und stellt zugleich hohe Anforderungen an fachlich qualifizierten Umgang und ggf. Überweisung zur spezifischen Traumatherapie. Eine in guter Absicht aufdeckende Bemühung ohne kompetente Stabilisierung kann gravierende Schäden anrichten.

Aufgrund von sexuellen Gewalterfahrungen in der Kindheit, Vergewaltigung und sexueller Nötigung sowie Gewalt in der Partnerschaft gilt für Frauen ein doppelt so hohes Risiko für Posttraumatische Belastungsstörungen als für Männer. Die Gefahr eines chronischen Verlaufs wird bei Frauen als viermal höher eingeschätzt (Teegen 2000).

Defizite in der gesundheitlichen Versorgung

Die befragten Fachkräfte konnten spezifische Defizite benennen sowie konkrete und praktikable Verbesserungen anregen. Übereinstimmend wird als größtes Problem in allen Bereichen des Gesundheitswesens beschrieben, dass Gewalt nicht als Ursache von Symptomen und Störungen erkannt wird.

Die Professionellen **wissen** zu wenig über Gewalt und deren Auswirkungen. Sie haben in der Ausbildung nichts darüber erfahren, kommen gar nicht erst darauf, danach zu fragen. Sie halten sich in der Regel nicht für **zuständig**: Sie sind gewohnt, Gewalt als ein soziales Problem anzusehen. Sie **fürchten** sich davor, darüber zu sprechen und die Schleusen zu öffnen, weil sie keine Idee haben, was sie dann tun könnten; Sie verfügen nicht über angemessene **Handlungskompetenzen** und damit die Fähigkeit, eigene Möglichkeiten und Grenzen abzuschätzen. Oft fehlt die Zeit und zum Teil auch die Sensibilität für einfühlsame Gespräche; Sie kennen meist die Ressourcen und Hilfsangebote nicht, die in der Region vorhanden sind, auf die sie verweisen oder bei denen sie selbst Rat holen könnten.

Aber auch bei den gewaltbetroffenen Frauen bestehen Barrieren: Sie zögern lange, peinliche und private Erlebnisse anzusprechen, auch bei einer Ärztin ihres Vertrauens; Sie haben oft Angst, mit ihren Mitteilungen Handlungsketten auszulösen, die sie nicht mehr kontrollieren können, und dass alles noch schlimmer wird, wenn der Mann davon erfährt oder das Jugendamt oder die Polizei oder die Krankenkasse; Sie spüren, dass die Professionellen für ihre Erlebnisse keine Zeit haben; oder Sie wollen selbst **nicht glauben**, dass die Gewalt so schlimm ist, weil sie dann handeln müssten, dies aber nicht können.

Und schließlich gibt es Hindernisse in der Struktur des Gesundheitswesens selbst: Die apparative Medizin wird wesentlich üppiger **honoriert** als die sprechende Medizin; die traditionellen **Denkmodelle** der Medizin: ‚Symptom – Krankheitsdiagnose – Behandlung‘ und die ärztliche Anordnung – compliance – Heilung‘ „passen“ nicht auf die Gewaltproblematik; die Organisation der Versorgung ist nicht auf interdisziplinäre **Kooperation** angelegt, sondern erschwert sie.

Dadurch kommt es zu Unter-, Über- und Fehlversorgung, es können sekundäre Erkrankungen entstehen oder Leiden chronisch werden. Hohe Kosten sind die Folge. Auch wenn Gewalt erkannt oder benannt wird, mangelt es an ausgebildeter Traumatherapie, an die überwiesen werden könnte. Aber auch die Möglichkeiten der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe werden in Deutschland, verglichen mit dem Ausland, zu wenig ausgeschöpft.

Standards für die Gewährleistung adäquater Versorgung

Nach erfolgreicher Etablierung spezialisierter Schutz- und Hilfeprojekte für gewaltbetroffene Mädchen und Frauen hat sich die öffentliche Diskussion in der Bundesrepublik vorrangig der Frage gewidmet, wie die Aufgaben der sozialen Dienste, des Kinderschutzes, der Polizei und der Justiz besser und effektiver wahrzunehmen sind. Zahlreiche Praxisansätze wurden erprobt, deren Erfahrungen inzwischen dokumentiert, verglichen, teils systematisch evaluiert worden sind (Kavemann u. a. 2001; Abschlussbericht WiBIG 2004; Hellbernd u.a. 2003). Dabei wurde das Gesundheitswesen erst teilweise und mit Verzögerung aktiviert. Im Ausland jedoch führen Programme zur Sensibilisierung von ÄrztInnen dazu, dass wesentlich mehr betroffene Frauen erreicht

▶ und zu Einrichtungen der Beratung und Hilfe vermittelt werden. Während nur ein Bruchteil der sexuellen Übergriffe oder der häuslichen Schläge polizeilich angezeigt oder amtlich bekannt werden, geht jede Frau irgendwann zur ärztlichen Untersuchung; und wenn Gewalt ihre Gesundheit belastet oder geschädigt hat, suchen fast alle zumindest Mittel zur Linderung ihres Leidens bei der gesundheitlichen Versorgung.

Die Schlüsselbedeutung des Gesundheitswesens

ist also zweifach begründet:

- Keine andere Institution hat eine so große Chance, präventiv zu wirken und ein so unmittelbares institutionelles Interesse daran, dies zu tun, schon um die Kosten und Anstrengungen einer langwierigen Behandlung der sekundären Erkrankungen zu vermeiden.
- Die aufmerksame, kompetente und wirksame Intervention zur Bewältigung und Heilung von Gewaltauswirkungen gehört essenziell zum Aufgabengebiet der Medizin und aller Heilbehandlungen. Sie sind zur Bemühung verpflichtet, Krankheitsursachen zu erkennen, um das, was in ihrer Macht steht, zur Heilung beizutragen.

In der internationalen Fachwelt haben sich auch **Standards für die angemessene gesundheitliche Versorgung** im Hinblick auf Gewaltfolgen herausgebildet (vgl. Department of Health 2000). Diese Standards können gegenwärtig nirgends als gesicherte Selbstverständlichkeit im Sinne vollständiger Umsetzung angesehen werden, denn dafür ist die Entwicklung zu neu; auch im Ausland sind sie bestenfalls punktuell verwirklicht. Die Richtung der Entwicklung ist jedoch klar zu erkennen, die Anforderungen werden von internationalen Organisationen, von der Spitze der Gesundheitsbehörden und von bedeutenden wissenschaftlichen Fachgesellschaften ebenso wie von den anerkanntesten Modelleinrichtungen deutlich artikuliert. Inzwischen ist eine große Übereinstimmung der zentralen Aussagen zu erkennen. Wir fassen die grundsätzlichen Anforderungen an das Gesundheitswesen in zwölf Punkten hier zusammen.

Standards für die Gewährleistung adäquater Versorgung

- **Gewalt ist gefährlich:** Vorrang hat immer die Sorge für den Schutz vor weiterer Gewalt und die persönliche Sicherheit der Patientin.
- **Gewalt ist alltäglich:** Kenntnisnahme und Berücksichtigung von Gewalt gehören zur basalen Primärversorgung; alle Gesundheits- und Heilberufe sollten Grundwissen haben und ggf. überweisen oder weitervermitteln können.
- **Gewaltopfer brauchen Wertschätzung:** Der Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen sollte jederzeit auf Bestärkung und auf Selbstbestimmung gerichtet sein.

- **Gewalt muss Gehör finden:** Auch wenn die Mitteilung indirekt ist, wie bei psychosomatischen Symptomen, müssen die Ursachen des Leidens erkannt werden. In jeder Region sollten fachkundige und in Kommunikation ausgebildete ExpertInnen für eine zutreffende Diagnose erreichbar sein.
- **Das Netz der Hilfsangebote muss dicht gewebt sein:** Verbesserte Primärversorgung steigert die Nachfrage nach nicht-medizinischen Einrichtungen der Schutz und Beratung; denn die Nutzung senkt mittelfristig die Versorgungskosten.
- **Wissen muss verfügbar sein:** Nicht erst der/die besonders interessierte Praktikerin, sondern jede Fachkraft muss ohne langes Suchen und Fragen die nötige Information finden können, um die oben genannten Anforderungen zu erfüllen.
- **Gewalt ist Unrecht und wiederholt sich:** In der gesundheitlichen Versorgung muss es gute, den internationale Standards entsprechende Dokumentation geben und Wege anonymisierter Datenerfassung gefunden werden.
- **Heilbehandlung erfordert Spezialkenntnisse:** Entsprechend spezialisierte therapeutische Angebote müssen ohne lange Wartezeiten zugänglich sein und die Kosten entsprechend dem Stand des Wissens übernommen werden.
- **Gemeinsam gegen Gewalt ist effektiv:** Das Gesundheitswesen kann und sollte aus den Erfahrungen mit inter-institutioneller Kooperation lernen und auf vielen Ebenen zusammenarbeiten.
- **Alle Opfer sind gleichwertig:** Das Versorgungssystem muss für alle Mädchen und Frauen eine Versorgung anbieten, die ihrer Lebenslage entspricht, und Barrieren zur Wahrnehmung des Gewaltproblems, zur Hilfe und zur Heilbehandlung abbauen.

- **Engagierte Fachkräfte brauchen Rückendeckung:**

Aufmerksamer Umgang mit Gewalt im Geschlechterkontext ist belastend, unbeliebt und am Anfang mühsam, es bedarf von der Entscheidungsspitze her klarer Vorgaben, Ressourcen, Anerkennung und Fachberatung.

- **Vorbeugen ist besser als Heilen:** Auch bei Gewaltfolgen muss viel früher interveniert werden als bisher. Das Thema Gewalt muss in der Prävention und in der Vorsorge verankert werden, insb. in der Schwangerenvorsorge.

Professionelle im Gesundheitswesen – was ist ihre Rolle?

Immer häufiger finden wir in der Literatur die Frage, inwieweit das Gesundheitswesen zur Lösung beiträgt. Zwei Schaubilder aus Population Reports verdeutlichen auf den beiden folgenden Seiten die Frage und die zentralen Anforderungen an eine verbesserte Praxis. ▶

Sind wir Teil des Problems?

Gefahr steigt



Verstrickung nimmt zu

Oder sind wir Teil der Lösung?

Empowerment



Empowerment

► Beispiele sinnvoller

Maßnahmen und Umsetzungsmöglichkeiten:

1. Frage nach Gewalt im Rahmen der Anamnese oder im Behandlung-Setting

Bei dieser Intervention werden entweder alle Patientinnen überhaupt oder alle aus einer bestimmten definierten Gruppe routinemäßig danach gefragt, ob sie möglicherweise Gewalt erlebt haben. Das kann z. B. heißen, als Arzt/Ärztin bei der Anamnese zu fragen: „Hat jemand Sie geschlagen oder bedroht, seit dem Sie zuletzt hier waren?“ oder „Sind Sie in letzter Zeit sexuell belästigt oder ohne Ihr Einverständnis zu sexuellen Handlungen genötigt wurden?“ Dies können auch (im Ausland verbreitet) z. B. Pflegekräfte oder Hebammen übernehmen (vgl. Shepard, Elliot 2002; Walten-Moss, Campbell 2002).

Die direkte Frage nach Gewalt wird zur Aufdeckung länger zurückliegender Gewalt oder bei Trauma nicht eingesetzt, es gibt aber Kurzfragebögen, die Hinweise auf psychische Störungen mit möglichem Gewalthintergrund geben können.

Erfahrungsberichte und Untersuchungen zeigen, dass viele Frauen nicht von sich aus über erlittene Gewalt reden, wobei Angst und Scham wesentliche Faktoren sind. Sie befürchten nicht ernst genommen zu werden, sie haben Schuldgefühle und es fällt ihnen schwer, Vertrauen aufzubauen. Frauen schweigen häufig oder geben falsche Erklärungen über die Ursache ihrer Verletzung ab. Sie haben Angst, sofort reagieren zu müssen, wenn sie Hilfe suchen, aber auch Angst vor einer Eskalation der Gewalt bei Offenlegung oder im Falle einer Trennung.

Doch Erfahrungsberichte und Studien zeigen auch, dass misshandelte Frauen direkt nach Gewalt gefragt werden wollen. In einer Studie von Rodriguez, Quiroga und Bauer (1996) z. B. sprachen sich drei Viertel der 51 befragten Frauen dafür aus, direkt von den ÄrztInnen nach dem Hintergrund der Verletzungen angesprochen zu werden. Aber nicht jede Frage ist hilfreich. Frauen brauchen ein sensibles Vorgehen der Professionellen und ein Eingehen auf ihre Situation ohne Vorurteile, Verurteilung und Schuldzuweisung. Professionelle müssen auch mit der Frustration umgehen können, dass Frauen sich nicht sofort öffnen. Die Frage kann trotzdem hilfreich sein, denn Frauen registrieren die Gesprächsbereitschaft und das Verständnis für ihre Situation. Umgekehrt kann die fehlende Frage nach den Hintergründen der Verletzung misshandelten Frauen das Gefühl geben, dass Gewalt nicht als wichtig erachtet wird (vgl. ebd.).

Regelmäßiges Fragen bedarf einer Grundhaltung, die mit folgenden Prinzipien umschrieben wird: Zu jeder Zeit sollte die Frau mit Respekt und Würde behandelt werden. Notwendig ist nicht wertendes, empathisches, vertrauenserweckendes Zuhören.

Die Frau sollte in ihrer eigenen Entscheidung und Wahl respektiert und ermutigt werden. Es sollten keine Entscheidungen über ihren Kopf hinweg getroffen werden.

Vertraulichkeit und Privatsphäre sollten unbedingt respektiert werden und die reale Gefahr für Frauen, die bei Nichteinhaltung der Vertraulichkeit entstehen kann, erkannt werden.

Angebote von Institutionen und spezifischen Unterstützungseinrichtungen sollten bekannt sein.

Die Frau sollte nicht in Anwesenheit von Familienangehörigen gefragt werden (evtl. im Beisein einer Vertrauensperson – neutrale DolmetscherIn oder Beraterin) (vgl. Department of Health 2000).

2. Qualifiziertes Informationsmaterial bereitstellen

Befragungen in Deutschland (vgl. Mark 2000; Wenzlaff, Goemann, Heine-Brügerhoff 2001) haben ergeben, dass viele Behandelnde einen Bedarf an Informationsmaterial sehen. Oft haben sie keine Kenntnis über kommunale und regionale Hilfeangebote, wie z. B. Frauenhäuser, Frauenberatungsstellen, Frauennotruf, Krisennotdienste, psychosozialen Beratungsstellen, Interventionsstellen und anderen Einrichtungen für spezifische Zielgruppen wie z. B. Migrantinnen und behinderte Frauen und Mädchen. Diese Ressourcen zu kennen ist aber Voraussetzung für einen hilfreichen Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen (vgl. Department of Health 2000). Auch den Frauen selbst fehlt es oftmals an Informationen über Hilfeeinrichtungen. Diese können durch „Notfall-

karten“, kurze Informationsbroschüren oder Merkblätter in den Wartezimmern von niedergelassenen Praxen, Krankenhäusern etc. ausgelegt werden, die Notfallkarten vorzugsweise auch in Waschräumen, Toiletten, Umkleidekabinen. Betroffenen Frauen wird so ermöglicht, zum Zeitpunkt ihrer Wahl spezifische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Auch ausgehängte Plakate können der Patientin signalisieren, dass Kenntnis und Erfahrung im Umgang mit dem Problem besteht. Dies kann die Frau ermutigen, von sich aus über ihre Situation zu sprechen.

3. Kooperation und Vernetzung

Interdisziplinäre Kooperation hat sich auch in der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen als unerlässlich erwiesen. Engagierte Fachkräfte unterschiedlicher Professionen haben sich in den letzten Jahren über Modelle im Ausland informiert und eigene Konzepte entwickelt, um eine Betreuung zu gewährleisten, die den medizinischen und psychosozialen Bedürfnissen dieser Frauen gerecht werden kann.

Ein fachübergreifendes, interinstitutionelles regionales Kooperationsnetz kann als „Runder Tisch“ in Anlehnung oder Anbindung an ein schon bestehendes kommunales Interventionsprojekt eingerichtet werden (vgl. Department of Health 2000, Kavemann u. a. 2001). Hierfür ist eine gute Koordination unerlässlich und es können mit wenig Ressourcen fachübergreifend Herangehensweisen und Ansätze für verbindliche Versorgungsstrukturen entwickelt werden. Der „Runde Tisch“ ist eine klassische Form der gemeinsamen Identifizierung von örtlichen Bedarfen und Defiziten und ein sinnvolles Vorgehen zu deren Überwindung. ►

▶ Ein zentrales Netzwerk hat zudem sehr gute Möglichkeiten, Versorgungslücken in Bezug auf benachteiligte und gefährdete Gruppen zu erkennen und Ansätze zu deren Schließung zu erarbeiten. Mängel in der gegenwärtigen Versorgungssituation können auf diese Weise bearbeitet und behoben werden. Einrichtungen und Personen lernen sich kennen, die jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen der anderen verstehen, und lernen von einander; dabei erweitert sich die Palette der eigenen Handlungsmöglichkeit. Das Gesundheitswesen ist kein einheitliches, hierarchisch gegliedertes System wie die Polizei, das von oben nach unten gesteuert wird, sondern besteht aus zahlreichen unabhängigen Akteuren. Es bietet sich daher an, Kooperationsformen zu entwickeln, die auf ein bestimmtes Handlungsfeld oder Gesundheitsbereich zielen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Gesundheitswesen „reif“ für umfassende Sensibilisierung ist. Es bedarf ähnlich wie bei Polizei und Justiz einen langen Atem zum Aufbau von Kooperationen, die der Verbesserung der Versorgung gewaltbetroffener Frauen zu Gute kommen.

Zur Person

Sabine Bohne, Dipl. Pädagogin, wissenschaftliche Mitarbeiterin der Universität Osnabrück, Mitarbeiterin der Zentralen Koordination des europäischen Forschungsnetzwerks CAHRV (Co-ordination Action on Human Rights Violations). Schwerpunkte: Frauengesundheit, geschlechtsbezogene Gewalt und gesundheitliche Folgen, Interventionsmöglichkeiten des Gesundheitswesens; Kooperation mit der Bundeskoordination Frauengesundheit (BKF)

Literatur

- Campbell, Jacquelyn C. (2000). Promise and perils of surveillance in addressing violence against women. In: Violence Against Women 6: 705-727.
- Campbell, Jacquelyn C. (2002): Health consequences of intimate partner violence. In: The Lancet Vol. 359, Baltimore, S. 1331-1335.
- Chamberlain, Linda (2000): Your words make a difference: Broader implications for screening. In: Family violence prevention fund Vol. 7, No. 1, San Francisco, S. 1-5.
- Clifford, A.; Parry, S. (2000): Domestic violence intervention. A guide for health care professionals. In: New York State. Office for the prevention of domestic violence. New York.
- Dutton, Mary Ann (1992/2002): Gewalt gegen Frauen. Diagnostik und Intervention. (Org.: Empowering and Healing the Battered Women). Bern.
- Feldmann, Harald (1991): Vergewaltigung und ihre psychischen Folgen. Ein Beitrag zur posttraumatischen Belastungsreaktion. Stuttgart.
- Forschungsverbund „Gewalt gegen Männer“: Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfähnisse von Männern in Deutschland. Abschlußbericht der Pilotstudie Juni 2004 www.bmfsfj.de-Forschungsnetz-Forschungsberichte
- Gleason, Walter J. (1993): Mental Disorders in Battered Women: An Empirical Study. In: Violence and Victims 8, USA, S. 53-67.
- Griffin, Michael P.; Koss, Mary P. (2002): Clinical screening and intervention in cases of partner violence. In: Journal of Issues in Nursing Vol. 7, No. 1, USA, S. 1-12.
- Grimes, Kerry M.; Stratigos, Susan M.; Webster, Joan (2001): Women's responses to screening for domestic violence in a health-care setting. In: Midwifery – an international journal Vol. 17, No. 4, USA, S. 289-294.
- Haber, Joel; Roos, Cindy (1985): Effects of spouse abuse and/or sexual abuse in the development and maintenance of chronic pain in women. In: Advances in Pain Research and Therapy Vol. 9, New York.
- Hagemann-White, Carol (2001): European research on the prevalence of violence against women. In: Violence Against Women, Vol. 7, S. 731-759.
- Hagemann-White, Carol/ Bohne, Sabine (2002): Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen. Expertise für die Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“: Düsseldorf.
- Heise, Lori L.; Ellsberg, M.; Gottemoeller, M. (Centre for Health and Gender Equity (CHANGE)) (Hsg.) (1999): Ending Violence Against Women. Population Reports, Series L, No.11. Baltimore.
- Helfferich, Cornelia; Hendel-Kramer, Anneliese; Tov, Eva; Troschke, Jürgen von (1997): Anlaufstelle für vergewaltigte Frauen. Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. (Schriftenreihe des BMFSFJ, Bd. 146). Stuttgart.
- Hellbernd, H./ Brzank, P./ Wieners, K./ Maschewsky-Schneider, U.: Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm. Handbuch für die praxis. Wissenschaftlicher Bericht. Bonn: BMFSFJ 2003
- Hellbernd, Hildegard; Wieners, Karin (2002): Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich. Gesundheitliche Folgen, Versorgungssituation und Versorgungsbedarf. In: Jahrbuch Kritische Medizin 35, Hamburg.

- ▶ • Herman, Judith L. (1992): Trauma and recovery. New York (deutsch 1994: Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München).
- Heynen, Susanne (2000): Vergewaltigt. Weinheim.
- Hilsenbeck, Polina (1997): Traumatherapie – mit Mut und Achtsamkeit. In: AKF® e.V. (Hg.): Wege aus Ohnmacht und Gewalt: Frauengesundheit zwischen Menschenrechten und Grenzverletzung, Bünde, S. 45-74.
- Kavemann, Barbara / Leopold, Beate / Schirmacher, Gesa / Hagemann-White, Carol (2001): Modelle der Kooperation gegen häusliche Gewalt. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Berliner Interventionsprojektes gegen häusliche Gewalt (BIG). Band 193 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart.
- Koss, Mary P.; Heslet, Lynette (1992): Somatic consequences of violence against women. In: Arch fam med , 1. Jg. S. 53-59.
- Mark, Heike (2000): Häusliche Gewalt gegen Frauen. In: Gesundheitsjournal der Plan- und Leitstelle Gesundheit Hohen- schönhausen. Sonderausgabe.
- Merbach, Martin; Singer, Susanne; Brähler, Elmar (2002): Psychische Störungen bei Männern und Frauen. In: Hurrelmann, Klaus; Kolip, Petra (Hg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern, S. 258-272.
- Muelleman, Robert L.; Lenaghan, Patricia A.; Pakieser, Ruth A. (1996): Battered Women: Injury Locations and Types. In: Ann. Emergency Medicine, Vol. 28, S. 486-492
- Olbricht, Ingrid (1997): Folgen sexueller Traumatisierung für die seelische Entwicklung und das Körpergefühl der Frau. In: Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (Hg.): Wege aus Ohnmacht und Gewalt: Frauengesundheit zwischen Menschenrechten und Grenzverletzung. Dokumentation der 3. Arbeitstagung des AKF® 9.-10.11.1996 in Bad Pyrmont. Bünde, S. 100-113.
- Olbricht, Ingrid (2002): Was Frauen krank macht. Zur Psychosomatik der Frau, München (3. Aufl.).
- Plichta, Stacey B.; Fali, Marilyn (2001): Prevalence of violence and its implications for women's health. In: Women's Health Issues, 11.Jg., H. 3, S. 244-258.
- Reddemann, Luise (2001): Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart.
- Reemtsma, Jan Philipp: Im Keller. Hamburg 1998
- Rodriguez , M. A.; Quiroga, S. S. ; Bauer, H. M. (1996) : Breaking the Silence – Battered Women's Perspectives on Medical Care, Arch Fam Med, Vol. 1996, No. 5, S. 153-158.
- Romito, Patrizia; Garin, Daniela (2001): Asking patients about violence: a survey of 510 women attending social and health services in Trieste, Italy. Social Science & Medicine, H. 0, S. 1-12.
- Schornstein, Sherri L. (1997): Domestic violence and health care. What every professional needs to know. Thousand Oaks etc.
- Schröttle, Monika/ Müller, Ursula: „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Bielefeld 2004.
www.bmfsfj.de-Forschungsnetz-Forschungsberichte

- Shepard, Melanie F.; Elliott, Barbara A.; Falk, Dennis R.; Regal, Ronald (2002): Public Health Nurses' Responses to Domestic Violence: A Report from the Enhanced Domestic Abuse Intervention Project. In: Public Health Nursing, Vol. 16, No. 5, S. 359-366.
- Stark, Evan; Flitcraft, Ann (1996): Women at risk: Domestic violence and women's health. Thousand Oaks etc.
- Streeck-Fischer, Annette; Özkan, Ibrahim; Sachsse, Ulrich; (Hrsg.) (2001): Körper, Seele, Trauma. Biologie, Klinik und Praxis. Göttingen.
- Swift, Wendy (1996): Characteristics of women with alcohol and other drug problems: findings of an Australian national survey. In: Taylor & Francis Health Sciences, Vol. 91, Nr. 8, S. 1141-1150.
- Teegen, Frauke (2000): Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen. In: Psychotherapeut. Vol. 45. S. 341-349.
- Teegen, Frauke; Schliefer, J. (2002): Beziehungsgewalt. Posttraumatische Belastungsstörungen misshandelter Frauen. In: Psychotherapeut, Vol. 47, 2, S. 90-97
- Teegen, Frauke; Zumbeck, Sybille (2000): Prävalenz traumatischer Erfahrungen und Posttraumatischer Belastungsstörung bei substanzabhängigen Personen. Eine explorative Studie. In: Psychotherapeut, 1, S. 44-49. .
- Tjaden, Patricia; Thoennes, Nancy (2000): Prevalence and consequences of male-to-female and female-to-male intimate partner violence as measured by the National Violence Against Women Survey. In: Violence Against Women, 6. Jg., H. 2, S. 142-161.
- Vogt, Irmgard (1993): Gewaltsame Erfahrungen, „Gewalt gegen Frauen“ als Thema in der Suchtkrankenhilfe, Bielefeld.
- Wenzlaff, R.; Goesmann, C.; Heine-Brüggerhoff, W. (2001): Häusliche Gewalt: Bedeutung im ärztlichen Berufsalltag und Fortbildungsbedarf. in: Niedersächsisches Ärzteblatt, Jg. 2001, H. 12, S. 16-18.
- Wetzels, Peter (1997): Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Mißbrauch, körperliche Mißhandlung und deren langfristige Konsequenzen, Baden-Baden.
- WiBIG Abschlussbericht, 4 Bände www.bmfsfj.de-Forschungsnetz-Forschungsberichte
- www.doh.gov.uk/domestic.htm
Department of Health (2000): Domestic violence: A resource manual for healthcare professionals

Grundlagen der Psychotraumatologie

Vortrag von Dipl. Psych. Dipl. Päd. Sabine Lehmann

Begriffsklärung „Psychische Traumatisierung“

Traumadefinitionen

- Ein psychisches Trauma ist eine „verzögerte oder protahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“ (ICD-10, 1993, S. 169).
- „1. Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten. 2. Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen. Beachte: Bei Kindern kann sich dies auch durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äußern“ (DSM-IV, 1998, S. 189 f.).
- Ein psychisches Trauma ist „ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“. (Fischer & Riedesser, 1998, S. 79).

Alle drei Definitionen lassen sich auf die folgende

„**Traumaformel**“ verdichten:

<p>Objektiv feststellbares Ereignis außerhalb der normalen Erfahrungsform</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Subjektives Erleben von Hilflosigkeit, Ohnmacht, intensiver Furcht und Entsetzen</p> <p style="text-align: center;">=</p> <p>Psychische Traumatisierung</p>
--

- Fehlt eine der beiden Bedingungen, also entweder ein belastendes Ereignis außergewöhnlicher Bedrohung oder das Erleben von Entsetzen und Kontrollverlust, wird **nicht** von einer psychischen Traumatisierung gesprochen.

Beispiel 1: Verkehrsunfall mit schweren Verletzungen, aber keine Gefühle von Hilflosigkeit und Ohnmacht = kein seelisches Trauma.

Beispiel 2: Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit, aber kein bedrohliches Ereignis = kein seelisches Trauma.

- **Aber:** Es handelt sich um eine Definition, die für traumatisierte Erwachsene entwickelt wurde, und die für Kinder, insbesondere solche vor dem 4. Lebensjahr, zumindest fragwürdig ist. Einige Forscher, z.B. Scheeringa et al. (1959a), Scheeringa et al. (1995b) schlagen aufgrund klinischer Beobachtungen vor, das Kriterium des subjektiven Erlebens von Furcht für Kleinkinder nicht zu verlangen, da viele von ihnen während des Ereignisses keine entsprechenden Erlebensqualitäten zeigen, sondern – gemäß ihres Entwicklungsstandes – eher dissoziative Reaktionen. (Perry et al., 1996; Perry, 2001b; Schore, 2001b).
- Eine Unterscheidung zwischen psychischen Traumatisierungen des Kindes- und des Erwachsenenalters wäre also dringend erforderlich, jedoch hat dies noch keinen Niederschlag in den Diagnoseschlüsseln gefunden: Weder in der ICD-10 noch in der DSM-IV existiert eine eigenständige Traumadefinition und -kategorie des Kindes- bzw. Jugendalters; in der DSM-IV finden sich gerade einmal vier Nebensätze zu Besonderheiten der Symptomatik bei Kindheitstraumata, in der ICD-10 existieren noch nicht einmal diese.

Unmittelbare und mittelbare bzw. primäre, sekundäre und tertiäre Traumatisierung

- Man kann nicht nur dadurch traumatisiert werden, dass man ein besonders belastendes Ereignis unmittelbar am eigenen Leib erfährt, sondern auch dadurch, dass man mehr oder weniger indirekt, etwa durch Zeugenschaft, damit konfrontiert wird. Dem entsprechend wird zwischen unmittelbarer Traumatisierung (primäre Traumatisierung) und mittelbarer Traumatisierung („vicarious traumatization“) unterschieden, bei der sich wiederum eine sekundäre und tertiäre Form unterscheiden lässt.
- Problem: Derzeit gibt es in der wissenschaftlichen Literatur aufgrund einiger wissenschaftstheoretischer Probleme des Konzeptes keine einheitliche Handhabung dieser Kategorien. Es gibt daher unterschiedliche Auffassungen darüber, a) wieviele Kategorien sinnvoll sind und b) welche Fälle ihnen jeweils zuzuordnen sind. Die folgende Einteilung erhebt demnach keinen Anspruch auf „Richtigkeit“; wiedergegeben wird die Einteilung, die aufgrund klinischer Erfahrungen am plausibelsten erscheint und am ehesten eine Lösung der wissenschaftstheoretischen Probleme verspricht.
- **Primäre Traumatisierung:** 1. Erleiden eines Ereignisses am eigenen Leib, 2. Unmittelbare Zeugenschaft (z. B. Kinder als Augen-/Ohrenzeugen häuslicher Gewalt), 3. Mündliche Mitteilung des plötzlichen Todes oder der Invalidität einer nahestehenden Person (z. B. Angehöriger, dem durch die Polizei eine Todesnachricht überbracht wird).
- **Sekundäre Traumatisierung:** Davon wird gesprochen, wenn die Beschäftigung oder Konfrontation mit den psychischen Trau-

matierungen anderer Menschen bei einem selbst traumatische Reaktionen bzw. ein psychisches Trauma auslöst (häufig in Helferberufen sowie Folgegenerationen des Holocaust).

- **Tertiäre Traumatisierung:** Belastende Erfahrungen, zu denen eine größere räumliche oder persönliche Distanz besteht, z. B. Einsatzkräfte, die nach Abschluss der Rettungs- und Bergungsarbeiten am Unfallort eintreffen (Mitchell & Everly, 1998); Journalisten, die sich an Orten aufhalten, wo früher Kriegsverbrechen geschehen sind; Medienberichte, in denen belastende Erfahrungen und psychische Traumata anderer dargestellt werden (z. B. 11. September).
- Die gravierendsten und nachhaltigsten Traumafolgen finden sich im allgemeinen bei der primären Traumatisierung; weniger beeinträchtigend bzw. leichter reversibel sind die Folgen einer sekundären Traumatisierung, und am geringfügigsten, d. h. ohne Krankheitswert und i. d. R. spontan remittierend, sind sie bei einer tertiären Traumatisierung.

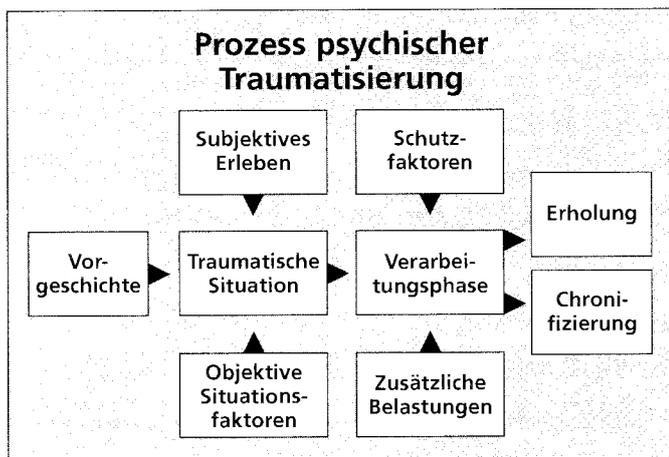
Prozess psychischer Traumatisierung

Eine traumatische Erfahrung muss immer als ein lebensgeschichtlicher Prozess im zeitlichen Längsschnitt verstanden werden.

Ein psychisches Trauma ist also nicht etwas, das mit dem traumatischen Ereignis an sich beendet ist, sondern ein prozesshafter Vorgang, der sich über das traumatische Ereignis hinaus erstreckt.

Drei Kernphasen der natürlichen Traumaverarbeitung: Traumatische Situation (belastendes Ereignis plus anschl. Schockphase), Verarbeitungsphase, Erholung. Die Chronifizierung (s. Grafik) ist keine natürliche Phase der Traumaverarbeitung, sondern

➤ Zeichen dafür, dass der natürliche Heilungsprozess nicht ungestört durchlaufen werden konnte.



in Anlehnung an Fischer & Riedesser (1998)

1. Vorgeschichte

- **Aktuelle Tagesverfassung:** Die Tagesverfassung der Person zum Zeitpunkt des Ereignisses hat einen wichtigen Einfluss auf die Verarbeitung des traumatischen Geschehens. Eine angegriffene Gesundheit, Übermüdung, Überlastung, Stress oder andere Probleme begünstigen eine schlechte Verarbeitung.

- **Lebensgeschichte:** Die Lebensgeschichte einer Person vor dem traumatischen Ereignis spielt eine wesentliche Rolle dabei, wie gut dieses traumatische Ereignis verarbeitet werden kann: Je mehr Schutzfaktoren vorhanden sind und je weniger Risikofaktoren, um so besser ist das für die gesunde Verarbeitung eines belastenden Ereignisses.

- Als gesicherte, biografische **Schutzfaktoren** gelten (Egle, Hoffmann & Joraschky, 2000, S. 21): Gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson; Großfamilie, kompensatorische

Elternbeziehungen, Entlastung der Mutter; Sicheres Bindungsverhalten (nach Main & Solomon, 1990); Überdurchschnittliche Intelligenz; Aktives, kontaktfreudiges Temperament; Soziale Förderung (z. B. durch Jugendgruppen, Schule, Kirche); Tragfähige soziale Beziehungen über die Lebensspanne; Spätes Eingehen „schwer auflösbarer Bindungen“ (späte Heirat); Dominanz interner Kontrollüberzeugungen; Weibliches Geschlecht; Normalbiografie; geringe Risikogesamtbelastung.

- Als gesicherte biografische **Risikofaktoren** gelten (Egle, Hoffmann & Joraschky, 2000, S. 20): Geringes Alter; Niedriger sozioökonomischer Status; Schlechte Schulbildung der Eltern; Mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr; alleinerziehende Mutter; Verlust der Mutter; Kriminalität, Dissozialität, psychische Störung oder schwere körperliche Krankheit eines Elternteils; Autoritäres väterliches Verhalten; Chronisch kranke Geschwister; Schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen; Kontakte mit Einrichtungen der sozialen Kontrolle; Frühere Traumata (z. B. sexualisierte Gewalt); Häufig wechselnde frühe Beziehungen; Längere Trennung von den Eltern vor dem 7. Lebensjahr; Scheidung, Trennung der Eltern; Chronische Disharmonie innerhalb der Familie; Unsicheres Bindungsverhalten; Altersabstand zum nächsten Geschwister geringer als 18 Monate; Arbeitslosigkeit; Beengte Wohnverhältnisse; Männliches Geschlecht; Hohe Risikogesamtbelastung.

Beachte:

1. „Entscheidend sind Wechselwirkung und kumulative Wirkung verschiedener Stressoren“ (a.a.O., S. 19). Während ein Risikofaktor allein die Wahrscheinlichkeit späterer psychischer Erkrankungen nicht erhöht, erhöht sie sich bei zwei Risikofaktoren um das Vierfache.

2. Um die reale biographische Gefährdung bestimmen zu können, müssen die protektiven Faktoren zu den Risikofaktoren in Beziehung gesetzt werden, denn Schutzfaktoren können Risikofaktoren teilweise oder vollständig kompensieren. Dabei sollten die protektiven Faktoren

- a) quantitativ und qualitativ annähernd den Risikofaktoren entsprechen und
- b) in einer potenziell traumatischen Situation auch verfügbar sein, um eine Funktion zu gewinnen. Beispiel: Der protektive Faktor „gute Beziehung zu einer primären Bezugsperson“ wird in seiner Wirkung eingeschränkt, wenn sich das Kind nicht traut, über den beschämenden Vorfall zu sprechen (z. B. wegen Drohungen des Täters) oder wenn es noch nicht über die verbalen Ausdrucksmöglichkeiten verfügt.

3. Die Analyse von Schutz- und Risikofaktoren bietet wichtige Hinweise für die Interventionsplanung, d. h. welche Risikofaktoren minimiert werden müssen und welche bestehenden Ressourcen gezielt genutzt werden können und sollten (z. B. Aufrechterhaltung bisheriger positiver Sozialbeziehungen, um zusätzliche Deprivationstraumata zu verhindern).

2. Traumatische Situation

- Mit der traumatischen Situation ist das traumatische Ereignis selbst und die Zeit kurz danach (bis zu 72 Std.) gemeint. Sie ist definiert durch das Zusammenspiel **objektiver** Situationsfaktoren (z. B. Dauer des Ereignisses, Schwere der körperlichen Verletzung etc.) und deren **subjektivem** Erleben (s. w. o.). Je stärker sich die Person dem Ereignis hilflos und ohnmächtig ausgesetzt sieht, das heißt je größer der subjektiv empfundene Kontrollver-

lust ist, um so schwieriger ist es, das Geschehen adäquat zu verarbeiten. Die subjektive Wahrnehmung des objektiven Ereignisses spielt demnach eine wesentliche Rolle dabei, wie gut oder schlecht dieses Ereignis verarbeitet werden kann.

- Dies führt dazu, dass ein und das gleiche Ereignis von verschiedenen Menschen ganz unterschiedlich erlebt und verarbeitet wird. Wie eine Person ein bestimmtes Ereignis wahrnimmt, hängt maßgeblich von ihrer Vorgeschichte ab (s. o.). Je mehr Belastungen in der Lebensgeschichte und der aktuellen Tagesverfassung vorhanden sind, um so eher kommt es zu einer besonders negativen Wahrnehmung des Ereignisses und um so wahrscheinlicher ist es, dass das Geschehen nicht gut verarbeitet werden kann.

Zwei der bedeutsamsten Reaktionsweisen in der traumatischen Situation und zugleich Prädiktoren für die Entwicklung psychotraumatischer Komplikationen:

- Erleben völliger Ohnmacht und Hilflosigkeit
- Peritraumatische Dissoziation: Abspaltung/Ausblendung bestimmter Wahrnehmungen (z. B. Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen wie Schmerz) vom normalen Tages-Wach-Bewusstsein, um auf diese Art und Weise das Unerträgliche auszuhalten. Es handelt sich um einen autonomen Notfallmechanismus, keine bewusst gewählte Strategie. Begünstigende Faktoren der peritraumatischen Dissoziation (Perry et al., 1996): 1. geringes Alter, 2. invasives Trauma, das mit starken körperlichen Schmerzen verbunden ist (z. B. Missbrauch, Folter), 3. weibliches Geschlecht. Peritraumatische Dissoziation zeigt sich z. B. in Desorientierung/Verwirrung, verändertem Zeitgefühl („Zeitlupentempo“ vs. „Schnelldurchlauf“), Derealisation, Depersonalisation, Teil- und Vollamnesien sowie „Freezing“ (Einfrieren). ▶

▼ 3. Verarbeitungsphase

- In dieser Phase versucht die Person, das traumatische Ereignis zu verarbeiten. Internationale Untersuchungen zeigen, dass fast zwei Drittel aller traumatisierten Menschen während dieser Phase kurz- oder längerfristig unter verschiedenen Symptomen leiden (z. B. wiederkehrende Erinnerungen an das Ereignis, starke Ängste, Vermeidungsverhalten). Es handelt sich somit um eine **normale Reaktion auf ein unnormales Ereignis**. Symptome sind also nicht per se Ausdruck von Krankheit, sondern zunächst einmal natürlicher Ausdruck eines anstrengenden und schwierigen Verarbeitungsprozesses („Wo gehobelt wird, da fallen Späne.“).
- **Modell der biphasischen Verarbeitung nach Horowitz (1976):** Verarbeitung im Wechsel zwischen **Intrusion** (sich aufdrängende, willentlich nicht steuerbare Erinnerungen an das Ereignis in Form von Gedanken, Sinneseindrücken, Alpträumen und Flashbacks) und **Vermeidung/emotionale Taubheit**. Kommt als drittes Symptom **Übererregbarkeit (Hyperarousal)** hinzu in Form erhöhter Reizbarkeit, Einschlafstörungen, Überwachsamkeit (Hypervigilanz), Konzentrationsstörungen und erhöhter Schreckhaftigkeit, spricht man von einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS oder PTB; ebenfalls gebräuchlich ist die Abkürzung PTSD, die für „Posttraumatic Stress Disorder“ steht).
- Weitere Symptome: Schuld- und Schamgefühle, Depressionen, Lern- und Gedächtnisstörungen, Ängste, psychosomatische Beschwerden u. v. m.
- Sind diese Symptome nur kurzfristig vorhanden und klingen nach einer Weile von selbst wieder ab, können sie als Teil des natürlichen Verarbeitungsprozesses verstanden werden. Wenn die Symptome allerdings über viele Wochen unverändert anhalten, oder wenn im Laufe der Zeit immer mehr Symptome hinzukommen, ist die natürliche Traumaverarbeitung ins Stocken geraten und Hilfe durch Experten notwendig.
- Vorsicht ist geboten bei Kindern, die nachweislich schweren Ereignissen ausgesetzt waren und keine typische Verarbeitungsphase durchlaufen, d. h. völlig symptomfrei erscheinen: Dies kann auf eine vollständige Abspaltung des traumatischen Geschehens hinweisen, die nicht mit einer gesunden Traumaverarbeitung verwechselt werden darf, sondern die – im Gegenteil – langfristig zu besonders gravierenden Folgeschäden führen kann.
- Ob die Verarbeitung gelingt und es zum Erholungsprozess kommt, hängt in erheblichem Maß davon ab, ob in der Verarbeitungsphase zusätzliche **Schutzfaktoren** (z. B. Verurteilung des Täters, stützendes Umfeld, materielle Entschädigung) oder **Belastungsfaktoren** wirksam werden. Dazu zählen z. B. Bagatellisierung des Geschehens; Infragestellung des Opferstatus bis hin zur Opferbeschuldigung; Versagung sozialer und finanzieller Hilfen durch Ämter und Behörden; anhaltender, insbesondere unkontrollierter und unbegleiteter Täterkontakt; unangemessene Interventionen wie Trennung von positiv besetzten Personen (Stichwort: Deprivationstrauma) oder „Schnellschussentscheidungen“ nach dem Prinzip „lieber etwas falsches machen als gar nix machen“, die mehr Schaden anrichten als sie Nutzen hervorbringen.

4. Erholung vs. Chronifizierung

- **Erholung:** Gelungene Bewältigung und Integration der traumatischen Erfahrung in die eigene Lebensgeschichte.
- **Chronifizierung:** Unfähigkeit, die traumatische Erfahrung nach einer angemessenen Verarbeitungszeit in den eigenen Erfahrungskontext zu integrieren. Die chronischen Folgen seelischer Traumata sind außerordentlich vielfältig. Neben den „typischen“ Traumastörungen (z. B. „Posttraumatische Belastungsstörung“, „Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrebelastung“ und Komplexe PTBS bzw. DESNOS) gibt es noch viele andere – nur scheinbar – „untypische“ Folgeerkrankungen, die **zusätzlich oder anstelle** der typischen Traumastörungen auftreten können, z. B. Depressionen, Ängste, Suchterkrankungen, aggressives Verhalten, psychosomatische Störungen etc.
- Für die Diagnostik stellt es ein besonders großes Problem dar, wenn die genannten Syndrome isoliert, also an Stelle traumaspezifischer Syndrome (z. B. PTBS) auftreten. Der Diagnostiker muss sich hier fragen, ob die sichtbare Störung (z. B. Depression, Zwangs- oder Suchterkrankung) eventuell auch traumatisch bedingt sein könnte. Wenn dies der Fall ist, muss zusätzlich eine traumaspezifische Behandlung erfolgen, um das Trauma hinter dem Symptom zu bearbeiten, weil nur so nachhaltige Behandlungserfolge zu erzielen sind. Bei Nichtberücksichtigung traumatischer Hintergründe und einer rein symptombezogenen „Oberflächentherapie“ bleibt die eigentliche Ursache oder Quelle der Symptomatik – das seelische Trauma – unbearbeitet und produziert ständig weitere Symptome. Ungünstigstenfalls, aber leider nicht selten, resultieren hieraus jahre- und jahrzehntelange Patientenkarrieren, an deren Ende schwere Veränderungen

der Persönlichkeit, dissoziale Entwicklungen, Suchterkrankungen, Arbeitsunfähigkeit und sozialer Abstieg stehen können.

Physiologie psychischer Traumatisierung

Forschungen in den letzten Jahrzehnten haben ergeben, dass sich Erinnerungen an traumatische Ereignisse ganz wesentlich von den Erinnerungen an normale Ereignisse unterscheiden. Die wichtigsten Charakteristika traumatischer Erinnerungen sind:

- **Dissoziation** umschreibt den Prozess der Abspaltung, Separation und Isolation bestimmter innerer Vorgänge oder Wahrnehmungsinhalte (z. B. innere Bilder, Gedanken, Gefühle etc.) vom normalen Tages-Wach-Bewusstsein. Zwar hat dieses eine Schutzfunktion insofern, als belastende Inhalte ferngehalten oder abgemildert werden, jedoch unterliegen die abgespaltenen Inhalte nicht mehr der bewussten Kontrolle der Person. Eine der häufigsten Folgen davon sind dissoziative Teil- und Vollamnesien.
- **Fragmentierung traumatischer Erinnerungen.** Infolge dissoziativer Mechanismen kommt es häufig zu einer Zersplitterung der traumatischen Erfahrung in einzelne „Puzzleteile“. Die Elemente der traumatischen Erfahrung können somit nicht, wie es üblicherweise der Fall ist, zu einer zusammenhängenden, vollständigen Geschichte zusammen gefügt werden, sondern sie bleiben im Gedächtnis als isolierte Bruchstücke aufbewahrt, die aus sensorischen Wahrnehmungen (Gerüchen, Geräuschen, Bildern etc.) oder affektiven Zuständen bestehen. Das Ergebnis ist eine ungeordnete, kontextlose Ansammlung getrennter Sinneseindrücke und Gefühle, die unvermittelt in die Erinnerung drängen und nicht zu einem Ganzen zusammengefügt werden können. ▶

▼ Hierin deutet sich als weitere Besonderheit an:

- **Emotional-sensorische Qualität traumatischer Erinnerungen.**

Traumatische Erfahrungen sind in vielen Fällen weniger gedanklich repräsentiert als vielmehr in Form von Sinneseindrücken, also als Bilder, innere Filme, Geräusche, Gerüche, Geschmacksempfindungen, körperliche Empfindungen und Gefühlszustände.

- **Hier-und-Jetzt Qualität der Erinnerung.**

Traumatische Erinnerungen weisen oftmals eine Qualität auf, die von Betroffenen als besonders belastend empfunden wird, nämlich das Gefühl, als sei die Erinnerung nicht Vergangenheit, sondern Gegenwart. Es ist, als passiere es gerade jetzt noch einmal. Bei vielen Menschen geht das Erleben dieses Phänomens mit starker Angst einher, insbesondere dann, wenn aufgrund von (Teil-)Amnesien die aufsteigenden Jetzt-Zeit-Erinnerungen oder -Erinnerungsteile nicht mit dem traumatischen Vorfall in Zusammenhang gebracht werden können. Die Jetzt-Zeit-Erinnerung kann über Jahre und Jahrzehnte stabil bleiben und geht nicht von selbst in eine „Damals“-Erinnerung über, wie es für übliche Erinnerungen typisch ist.

- **Schwierigkeit bzw. Unfähigkeit, traumatische Erinnerungen zu versprachlichen.**

Sehr viele Menschen sind nicht in der Lage, das traumatische Ereignis in Form einer zusammenhängenden Geschichte zu erzählen. Das heißt: Dem Vorhandensein von fragmentierten, intensiven Sinneseindrücken in Hier-und-Jetzt-Qualität auf der einen Seite steht auf der anderen Seite die Unfähigkeit gegenüber, das Erlebte in Worte zu fassen. Van der Kolk (1994) prägte für dieses Phänomen den Begriff des „speechless terror“.

- Aus diesen Besonderheiten ergeben sich erhebliche Schwierigkeiten bezüglich der Steuerbarkeit und willentlichen Abrufbarkeit traumatischer Erinnerungen, die sich auf zwei scheinbar widersprüchliche Phänomene verdichten lassen: Auf der einen Seite neigen Traumaerinnerungen dazu, plötzlich und ungewollt in das Bewusstsein zu „fluten“, auf der anderen Seite entziehen sie sich teilweise oder vollständig der willentlichen Abrufbarkeit. Dies kann dramatische Auswirkungen auf die Glaubhaftigkeitsbeurteilung traumatisierter Menschen haben, die aufgrund dieser Phänomene oft keine „kohärenten“ oder „widerspruchsfreien“ Darstellungen des Geschehens liefern können. Psychotraumatologen (z. B. von Hinckeldey & Fischer, 2001; Birck, 2001) fordern daher für traumatisierte Menschen zu Recht eine Revision der üblichen Kriterienkataloge zur Glaubhaftigkeitsbeurteilung (z. B. Undeutsch, 1967, 1993; Steller & Köhnken, 1998), da diese bislang nicht die charakteristischen Beeinträchtigungen der Funktion und Leistung des Gedächtnisses durch psychische Traumata berücksichtigen.
- Das Zustandekommen der oben genannten Erinnerungsphänomene ist insbesondere im letzten Jahrzehnt intensiv erforscht worden; auch wenn vieles noch nicht endgültig erklärbar ist, weil hirneurophysiologische Vorgänge äußerst komplex sind, so geht man heute aber davon aus, dass die Besonderheiten traumatischer Erinnerungen auf mehrere miteinander zusammenhängende Faktoren und Prozesse zurückzuführen sind. Eine Schlüsselrolle kommt dabei den neurochemischen Prozessen zu: Traumatische Ereignisse bewirken eine explosionsartige Ausschüttung bestimmter Neurohormone, wodurch die üblichen Verarbeitungsprozesse im Gehirn unterbrochen werden (z. B. van der Kolk et al., 1997; Yehuda et al., 1995) und neben den o. g.

Erinnerungsstörungen auch andere Symptome (z. B. Überwachsamkeit, Ängste) verursachen.

- Bei chronisch traumatisierten Menschen ändert sich die Hormonausschüttung dauerhaft (z. B. Charney et al., 1993; van der Kolk, 1994) und führt vermutlich sogar zur objektiven Schädigung der Nervenzellen speziell im Bereich des Hippocampus - jener Hirnstruktur, die für die bewusste Erinnerung von zentraler Bedeutung ist (z. B. Sapolsky et al., 1990; Bremner et al., 1997).

- Das Konzept der unterbrochenen Informationsweiterleitung wird auch durch neuere hirnpfysiologische Untersuchungen gestützt. Verfahren zur Sichtbarmachung der Hirnaktivität (PET und MRT) legen nahe, dass bei Traumatisierten die Informationen der beiden Hirnhälften nicht zusammengeführt werden können, wodurch die linkshemisphärischen Informationen (analytisches, verbales Denken) von denen der rechten Hemisphäre (emotionalsensorische, ganzheitliche Wahrnehmung) mehr oder weniger getrennt bleiben. So konnten verschiedene Forscher (z. B. Rauch et al., 1996; Shin et al., 1996) zeigen, dass bei experimentell ausgelösten Traumaerinnerungen im wesentlichen die rechte Hirnhälfte aktiviert ist, während die linke Seite – und hier insbesondere das motorische Sprachzentrum (Broca-Areal) – eine signifikant verringerte Aktivität zeigt. Dieser Befund scheint zu erklären, warum viele Traumatisierte das Geschehen nur in sinnesnaher Form erinnern und nicht in Worte fassen können.

- Speziell für sehr frühe Traumata, d. h. solche vor dem 3./4. Lebensjahr, ist in aktuellen Studien nachgewiesen worden, dass sie zu dauerhaften neurochemischen, neurophysiologischen, neuroendokrinen und neuroanatomischen Veränderungen führen (z. B. Bremner, 1997, 1998, 1999, 2002; Cicchetti

& White, 1990; DeBellis et al., 1995; Ito et al., 1998; Perry, 2001b; Teicher et al., 1993, 1994, 1995, 1997; Schiffer et al., 1995). Der Grund dafür ist, dass frühe Traumata auf ein sich noch in der Entwicklung befindliches zentrales und autonomes Nervensystem treffen und somit offensichtlich strukturelle Schäden bewirken.

Zur Person

Sabine Lehmann, Dipl. Psychologin, Dipl. Pädagogin, Fachberaterin für Klinische Psychologie und Psychotraumatologie am Deutschen Institut für Psychotraumatologie (DIPT) e.V. und Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität zu Köln (KPPT). Aus- und Weiterbildung in klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie (GwG) sowie den traumaspezifischen Behandlungsverfahren Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; EMDR – Institut Deutschland) Psychodynamisch-Imaginative Traumatherapie (PITT; L. Reddemann, Bielefeld) und Energetischer Psychologie.

Praktische Arbeit in verschiedenen psychologischen und pädagogischen Arbeitsfeldern

Mehrjährige wissenschaftliche Tätigkeit an der Fachhochschule Köln und der Universität zu Köln

Mehrjährige Tätigkeit als Fachgutachterin sowie als freiberufliche Trainerin für Psychotraumatologie

Seit 2001 Leiterin des Fachinstituts Für Angewandte Psychotraumatologie, Münster,

Schwerpunkt Konzeptentwicklung, Training, Coaching, Traumazentrierte Fachberatung und Therapie bei Klienten mit akuten und chronifizierten psychotraumatischen Syndromen, Angehörigenberatung.

Psychologische Erstversorgung am Beispiel einer Trauma-Ambulanz

Workshop mit Dr. med. Olaf Bär

Die Trauma-Ambulanz der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster ist eingegliedert in die allgemeine ambulante Versorgungsstruktur der Klinik. Die Spezialisierung erfolgte aufgrund des zunehmenden Patientenzahlen, die sich mit einer akuten Belastungsreaktion oder einer posttraumatischen Belastungsstörung an die Klinik wandten oder im Konsiliardienst in den anderen Kliniken des Universitätsklinikums Münster mitbehandelt werden (z. B. Unfallchirurgie). Im Auftrag der Landesregierung Nordrhein-Westfalens wurde mit dem Regierungspräsidium Münster und dem Versorgungsamt Münster ein Kooperationsvertrag geschlossen, der es der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie ermöglicht, Opfern von Gewaltverbrechen zeitnah eine qualifizierte traumaspezifische Behandlung anzubieten. Je nach Sachlage können den Betroffenen bis zu 15 Behandlungsstunden zur Verfügung gestellt werden. Seit der offiziellen Eröffnung der Trauma-Ambulanz im Februar 2002 wurden über 100 Patienten ambulant untersucht und behandelt, die sich mit Symptomen nach einer als belastend empfundenen Lebenserfahrung vorgestellt haben.

Die Kontaktaufnahme erfolgt durch Hausärzte, niedergelassene Fachärzte, die Opferschutzbeauftragten der Polizei aber auch durch Beratungsstellen und die Betroffenen selbst. Durch die Einbettung in die normale poliklinische Ambulanz und den Kooperationsvertrag mit dem Versorgungsamt können sich die Betroffenen niederschwellig an die Trauma-Ambulanz wenden, ohne zuvor bürokratische Hürden genommen haben zu müssen. Entweder im Telefonat bei der Anmeldung oder im ersten Untersuchungsgespräch wird geklärt, wer Kostenträger der Behandlung ist, so dass dem Patienten für die durchgeführte Untersuchung und Behandlung keine Kosten entstehen. Die Terminvergabe erfolgt in Absprache mit den Betroffenen, wobei von Seiten der Trauma-Ambulanz die Zielsetzung besteht, den Betroffenen innerhalb von 24 Stunden einen ersten Untersuchungs- und Behandlungstermin anzubieten. Die Kontaktaufnahme kann innerhalb der Bürozeiten des Sekretariates Montag bis Freitag von 07:45 bis 16 Uhr erfolgen.

Im ersten ca. 50 minütigen Untersuchungsgespräch, das in der Regel als Einzelgespräch erfolgt, wird eine ausführliche Diagnostik durchgeführt. Neben testpsychologischen Verfahren wird eine ausführliche Biographische Anamnese und eine Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) erhoben. Ein besonderes Augenmerk liegt im Erstgespräch jedoch auf der Erfassung der vorhandenen Symptome nach der Belastungssituation und der Frage, ob der äußere Lebensrahmen der Betroffenen ausreichenden Schutz vor einer möglichen erneuten Traumatisierung bietet, oder ob flankierende Maßnahmen eingeleitet oder koordiniert

werden müssen. In diesem Rahmen werden die vorhandenen Unterstützungssysteme sowie persönlichen Ressourcen der Betroffenen explizit herausgearbeitet. Ziel ist es, diese gesammelten Informationen für den Übergang in die erste Behandlungsphase, die Stabilisierung, umgehend zu nutzen. Informationen über den eigentlichen detaillierten Tathergang sind in diesem Rahmen und in dieser Phase der Diagnostik und Behandlung nicht erforderlich, eher eine skizzenhafte Information, welcher Art das erlebte Gewalterlebnis ist und ob die Verursacher den Betroffenen bekannt sind und/oder ob eine fortwährende Bedrohung besteht. In der Regel wird dann, wenn die Betroffenen ihr Einverständnis erklärt haben, mit den zuweisenden Ärzten oder den Opfer-schutzbeauftragten Kontakt aufgenommen, um zusätzliche Informationen einzuholen.

Die Therapie in der Trauma-Ambulanz der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster hat einen verfahrenübergreifenden Ansatz und verwendet bei psychodynamischer Grundausrichtung zusätzlich Elemente der Verhaltenstherapie, sowie der Imaginationsverfahren und wendet in begründeten Fällen auch die EMDR-Technik (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) an. Verfahrenübergreifend werden psychoedukative Bausteine eingesetzt. Wie bei den meisten traumaspezifischen Verfahren gliedert sich die Therapie in drei Hauptabschnitte, der Stabilisierung, der Traumabearbeitung und der Reintegration.

Begonnen wird schon in der ersten Untersuchung- bzw. Behandlungsstunde mit dem Erlernen und Anwenden von Stabilisierungstechniken. Darüber hinaus werden den Betroffenen Informationen über die normalen Reaktionen und Symptome nach einem derart außerhalb der normalen menschlichen Erfahrung liegenden Ereignis zur Verfügung gestellt. In den Folgestunden werden mit den Betroffenen die Kenntnisse vertieft und die bisherigen Erfahrungen in der Umsetzung der Stabilisierungstechniken besprochen.

Sollte sich in der diagnostischen Eingangsphase zeigen, dass voraussichtlich eine längere psychotherapeutische Behandlung erforderlich ist, werden die Betroffenen dabei unterstützt, einen Psychotherapieplatz möglichst in Wohnortnähe zu finden. Sollte eine stationäre Behandlung erforderlich sein, so werden die Betroffenen in eine für das jeweilige Krankheitsbild spezialisierte Klinik vermittelt.

Wie lang die Stabilisierungsphase dauert, ist von vielen Faktoren abhängig. Neben den vorbestehenden psychischen Belastungen oder Erkrankungen sind Trauma-Variablen, wie Art und Schwere des traumatischen Ereignisses und z. B. erlittene körperliche Verletzungen oder ungünstige soziale Rahmenbedingungen für die Prognose der Symptomentwicklung wesentlich. Bei einigen Betroffenen dauert diese Phase nur Tage oder Wochen, bei anderen ist dies ein Prozess, der unter Umständen über Jahre andauern kann. An dieser Stelle des therapeutischen Prozesses ist insbesondere die fachkompetente verantwortliche Entscheidung wichtig, wann die Betroffenen in der Lage sind, sich mit dem traumatischen Erinnerungsmaterial bewusst auseinander zu setzen. ▶

▶ Wenn die Symptome in der Stabilisierungsphase so gut durch den Betroffenen kontrollierbar sind, dass eine Exposition mit potentiell traumatischem Material möglich erscheint und durch den Betroffenen im Sinne einer bewussten Auseinandersetzung und Aufarbeitung mit dem Geschehenen gewünscht wird, beginnt die Phase der Trauma-Bearbeitung. Neben imaginativen Verfahren wie „sicherer innerer Ort“, „innere Helfer“, „Bildschirm- und Videotechnik“, wird in der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster die EMDR-Technik (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) nach entsprechender Aufklärung mit Einverständnis der Betroffenen eingesetzt. Auf die detaillierte Schilderung der Durchführung des Verfahrens wird in diesem Rahmen verzichtet. Entsprechende qualifizierte Weiterbildungsangebote werden z. B. durch das EMDR-Institut Deutschland vorgehalten.

Nach Abschluss der Phase der Traumabearbeitung erfolgt die Phase der Reintegration, in der die Betroffenen versuchen, sich trotz der erlittenen traumatischen Lebenserfahrung wieder neu im Leben und dem sozialen Umfeld zu verankern.

Insgesamt erfordert die Behandlung von Traumatisierten neben Kenntnis spezieller traumaspezifischer Psychotherapietechniken die Ausrichtung und Planung der Behandlung an einem der psychotherapeutischen Hauptverfahren, eine multiprofessionelle Kooperation und eine sehr genaue Differentialdiagnostik vor Beginn der Behandlung, um sowohl Fehler in der Zuordnung von Symptomen zu vermeiden als auch bei den Betroffenen, in Abhängigkeit von ihrer jeweiligen Belastbarkeit, die belastenden traumaspezifischen Psychotherapietechniken verantwortlich und differenziert anzuwenden. Dies alles steht im Interesse einer effizienten und möglichst kurzen Behandlungsdauer der Betroffenen, die Opfer einer Gewalttat geworden sind.

Zur Person

Dr. med. Olaf Bär, Facharzt für Neurologie,
Leiter der Trauma-Ambulanz der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster
Arbeitsschwerpunkt: Akut-Traumatisierung
Forschungsschwerpunkt: Traumatisierung im beruflichen Kontext

Anschrift des Autors:

Dr. med. Olaf Bär

Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Universitätsklinikum Münster

Domagkstr. 22

48129 Münster

Tel.: 0251 – 83 52902

psychosomatik@mednet.uni-muenster.de

Die Zeit heilt nicht alle Wunden...

Workshop mit Dipl. Päd. Gabriele Wentzek und Dipl. Psych. Stefan Uhlenbrock

Das Gewaltschutzgesetz hat zum Ziel, häusliche Gewalt zu verhindern. In der Mehrheit der Fälle ist die gewaltausübende Seite die männliche und die sich unterordnende Seite die weibliche.

Die Auswirkungen von Gewalt auf Kinder sind in doppelter Hinsicht ein Tabu. Sie sind entweder selbst direktes Opfer von gewalttätigem Verhalten oder Jungen und Mädchen sind Opfer, indem sie zu 90 % Zeugen von gewalttätigen Auseinandersetzungen ihrer Eltern sind und damit chronisch traumatisiert werden und sie sind Teil des Gewaltsystems weil sie sich dazu verhalten müssen.

Durch die Traumaforschung ist aber auch ins Blickfeld gekommen, dass Menschen, die Zeuge von Gewalttaten werden, selber traumatisiert werden können, mindestens müssen sie sich mit dieser traumatischen Erfahrung auseinandersetzen.

Wenn also Kinder in einer Familie aufwachsen, in der Gewalt stattfindet, gegen sie selbst, aber auch zwischen den Eltern, sind sie in mehrfacher Hinsicht Opfer von Gewalt.

Von Gewalt gegen Kinder wird im Allgemeinen gesprochen, wenn Kinder körperlich misshandelt werden.

Solchen Kindern zu helfen, bedeutet Jugendhilfe zu leisten, weil diese Kinder mehrfach bedroht sind von seelischer Erkrankung, es bedeutet Gesundheitsvorsorge, weil die Traumatisierung psychische und somatische Störungen hervorruft und es bedeutet Gewaltprävention, weil man inzwischen weiß, dass 60 % der Gewalttäter in ihrer Kindheit selbst Opfer von Gewalt waren.

Gewalt wird über Generationen weitergegeben. Besonders Mütter, die als Kind Opfer waren, werden auch selbst Gewalt in der Erziehung anwenden, weil sie in Stresssituationen keine alternativen Verhaltensmodelle zur Verfügung haben. Wenn Eltern in

gewalttätige Auseinandersetzungen verstrickt sind, wachsen Kinder in einer Atmosphäre von Gewalt und Demütigung auf. Der Verlust elterlicher Sicherheit und Kompetenz ist auf mehreren Ebenen zu beschreiben. Das bedeutet, dass die Herausbildung der Geschlechtsidentität durch die Partnergewalt geprägt wird. Jungen werden in der Regel, um die traumatische Ohnmachtserfahrung nie wieder zu erleben, selbst Gewalt und Erpressung anwenden als Strategie um ihre Ziele durchzusetzen, so wie sie es beim Vater gesehen haben.

Mädchen wiederholen als Ehepartner häufig das Partnerschaftsmuster ihrer Eltern und werden wiederum Opfer bei gleichzeitiger Gewaltanwendung gegenüber ihren eigenen Kindern.

Jungen dient diese Identifizierung mit dem Vater als Selbstwertstabilisierung, da die weibliche Seite abgewertet werden kann.

Mädchen übernehmen die Definition der guten, weiblichen Identität, indem sie ihren Selbstwert definieren, als jemand der bereit ist, für den Erhalt der Familie Opfer zu bringen.

Die ambivalenten Gefühle (Identifikation und Hass gegenüber Vater, Mitleid und Enttäuschung gegenüber der Mutter) verhindern ein stabiles, positives Ich-Konzept in ihrer Geschlechtsrolle. Die Kinder können kein stabiles Selbstwertgefühl aufbauen. Dieses wiederum ist Voraussetzung um Frustrationstoleranz zu entwickeln. ▶

- Darüber hinaus werden die Kinder häufig vernachlässigt, weil die Mutter in Folge der Misshandlungsfolgen nur eingeschränkt in der Lage ist, die kindlichen Bedürfnisse angemessen zu befriedigen.
- Sie werden überfordert, weil sie die Mutter unterstützen und trösten müssen, wenn sie dekompenziert.
 - Sie sind von Armut und Benachteiligung bedroht, weil häufig mit Gewalt auch Alkoholmissbrauch einhergeht.
 - Sie erlernen Lösungsstrategien wonach sich der Stärkere durchsetzt, der Schwächere sich unterordnet und für ihn lügt.
 - Sie lernen Verletzungen zu verleugnen und in der Öffentlichkeit geheim zu halten (in der Schule und beim Arzt werden Verletzungen durch Gewalt als Unfälle getarnt).
 - Sie sind bedroht durch Verlust der Eltern (Androhung von Trennung, Suizid und Mord) und in der Folge selbst oft an das Gewaltstabilisierende System angepasst.
 - Kinder werden manchmal zum Instrument der Erpressung (Mutter darf erst wieder in den Kontakt mit den Kindern, wenn sie tut was er will).
 - Durch die Stresssymptome in Folge der psychischen Traumatisierung kommt es bei den Kindern zu Lern- und Leistungsstörungen weil aus hirnpfysiologischen Gründen die Aufnahme neuer Lernerfahrungen blockiert, aufgrund von Stresssymptomen. Schulprobleme sind die Folge.
 - Die Einbettung in soziale, freundschaftliche Bindungen wird erschwert, weil keine Freunde nach Hause gebracht werden können. Die Eskalationen des Vaters sind für die Kinder beschämend. Sie werden verheimlicht.
 - Da der Stress zu Schlafstörungen und psychischen Einfrieren führt, ist selbst verletzendes Verhalten (Ritzen, Schneiden, Brennen) häufig ein Selbstheilungsversuch: Lieber körperliche Schmerzen spüren und den seelischen Schmerz in den Hintergrund treten lassen.
 - Eine Lösung aus dieser Spirale zu entkommen, bedeutet, dass in Gewaltfamilien zu einem ganz frühen Zeitpunkt Interventionen entwickelt werden müssen, die bewirken, dass
 - Kinder aus den Gewaltsituationen entfernt werden.
 - sie therapeutische Behandlung bekommen, wenn Posttraumatische Belastungsstörungen vorliegen,
 - sie Gruppenangebote erhalten, in denen sie Ich-stärkende Erfahrungen machen können und alternative Konfliktlösungsmodelle erlernen.
 - sie motiviert werden, sich frühzeitig Hilfe zu suchen, wenn sie eigene familiäre Krisen zu bewältigen haben. Sonst besteht die Gefahr der Wiederholung oder der Betäubung durch Suchtmittel.

Zur Person

Gabriele Wentzek, Aprob. Kinder- und Jugendpsychotherapeutin, Supervision, Traumtherapeutin, Systemische Therapie und Paarberatung, allgemeine Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung.

Angestellt tätig in Evangelischen Beratungsstellen für Erziehungs-Ehe-Familien- und Schwangerenberatung.

Freiberufliche Tätigkeit in Supervision, beraterischer Weiterbildung und Verbandsarbeit EKFUL.

Stefan Uhlenbrock, Aprob. Psychologischer Psychotherapeut, Traumtherapeut, systemische Therapie und Paarberatung.

Angestellt tätig in Evangelischer Beratungsstelle für Erziehungs-Ehe-Familien- und Schwangerenberatung.

Freiberufliche Tätigkeit in Konsiliardienst für ein Allgemein Krankenhaus und in beraterischer Weiterbildung und Supervision.

Psychodynamische – imaginative Traumatherapie (PITT) nach Dr. Luise Reddemann

Workshop mit Dipl. Psych. Susanne Behling

In dem Workshop wurde zunächst das Konzept der psychodynamisch-imaginativen Traumatherapie (PITT) nach Luise Reddemann vorgestellt.

Frau Dr. Luise Reddemann entwickelte ihr Konzept aus einem feministischen Ansatz und den Erfahrungen aus der Arbeit mit Frauen, die sexualisierte Gewalt erfahren hatten. Ihr Ansatz ist ressourcenorientiert und psychodynamisch.

Bei der Ressourcenorientierung werden die „gesunden“ inneren Anteile gestärkt, die Selbstfürsorge angeregt und die Abwehr als Lösungsansatz gewürdigt und genutzt. Um Betroffenen mit ihren Ressourcen in Verbindung zu bringen, sind Fragen hilfreich wie z. B. „Wie haben Sie es geschafft, das zu überstehen?“, „Was hat Ihnen geholfen?“, „Wann war es besser?“.

Dem psychodynamischen Ansatz liegt das Konzept der Übertragung und Gegenübertragung zugrunde. In der Traumatherapie wird die Übertragung und Gegenübertragung zwar beachtet, aber nicht bearbeitet. Übertragungsbedingte Wahrnehmungsverzerrungen werden benannt und geklärt. Ein wesentlicher Punkt dabei ist das Verständnis der Traumaabwehr. Die Abwehrmechanismen wie z. B. Spaltung, Dissoziation werden gezielt bei der Arbeit mit Imaginationen genutzt. Imaginative Techniken stellen ein wesentliches Element der psychodynamisch imaginativen Traumatherapie nach Luise Reddemann dar. Imaginationen ermöglichen Abstand durch Aufmerksamkeitsfokussierung. Sie ermöglichen einen Zugang zu „vergessenen“ guten Erfahrungen, die gegenüber der bedrohlichen Traumaerfahrung in die Waagschale geworfen werden können.

Es wurden Grundübungen zur Fokussierung und Distanzierung wie z.B. Sicherer Ort, Tresor, Innere Helfer, Gegenbilder, Achtsamkeit beschrieben. Des Weiteren wurde das Konzept der Psycho-

therapie auf der inneren Bühne erläutert. Die Arbeit mit dem „Inneren Kind“ wurde vorgestellt und an Beispielen erklärt.

Wesentlich dabei ist, dass es eine kontrollierte Regression gibt.

Die Patienten lernen, innere verletzte Anteile zu versorgen. In der therapeutischen Beziehung geht man von der Hypothese aus, dass zwei Erwachsene (Therapeut und Patient) sich um das innere verletzte Kind kümmern. Am Ende des Theorieteiles wurden kurz die drei Phasen der Traumatherapie vorgestellt:

Stabilisierung, Traumabearbeitung und Trauer und Neuorientierung.

Im praktischen Teil des Workshops wurden zentrale Imaginationsübungen mit den Teilnehmerinnen durchgeführt und besprochen. Achtsamkeitsübung und Innerer sicherer Ort. Die „Dissoziations-Stoppübung“ wurde mit einer Teilnehmerin demonstriert und in Kleingruppen geübt. Nach der Kleingruppenarbeit fand hierzu ein Erfahrungsaustausch im Plenum statt.

Die Teilnehmer bewerteten das Konzept von Luise Reddemann für ihre berufliche Praxis als relevant. Die praktischen Übungen wurden als sehr hilfreich wahrgenommen.

Zur Person

Susanne Behling, Dipl. Psychologin, Psychoanalytikerin (DGPT), eigene Praxis, Leiterin der Frauenberatungsstelle Dortmund, Fachtherapeutin/Supervisorin des Deutschen Instituts für Psychotraumatologie (DIPT) und des Westfälischen Instituts für Psychotraumatologie (WIPT) und EMDR Supervisorin EMDRIA

Psychohygiene für (profess.) Hilfeleistende von Gewaltopfern – wie sich Helfende trotzdem wohl fühlen können

Workshop mit Dr. med. Ursula Klär-Beinker

Vorbemerkung: Professionelle Helfer von Gewaltopfer tragen ein vielfach erhöhtes Risiko, an bestimmten psychischen Krankheiten zu erkranken, deren Verursachung im sog. Sekundären traumatischen Streß, d.h. in der ständigen indirekten Konfrontation mit Gewalt bzw. in der direkten Konfrontation mit den Folgen der Gewalt bei den ihnen anvertrauten Menschen zu sehen ist. Dieses Risiko erfordert spezielle präventive Maßnahmen oder, im Erkrankungsfall, spezielle therapeutische Behandlungen.

1. Darlegung der speziellen Arbeitsbedingungen

der prof. Helfer von Gewaltopfern:

Die an die Helfer herangetragenen Anforderungen sind nicht vorhersehbar, nicht emotional verstehbar im Sinne von „Sinnstiftend“, nicht strukturiert oder kontrollierbar. Von den Helfern wird zudem erwartet, dass sie sich empathisch in die emotionale Situation des Opfers einfühlen, gleichzeitig aber auch genügend emotionale Distanz wahren bzw. einem „Überspringen“ der Opferemotionen (insbesondere von Ohnmachtsgefühlen, Angst und Wut) genügend Abwehr entgensetzen. Dieses ständige Ausbalancieren erfordert von den Helfern ein hohes Maß an Resilienz. Durch die direkten oder indirekten Konfrontationen mit den Auswirkungen von Gewalt droht dem professionellen Helfer der Verlust seines Bezugsrahmens, im Wesentlichen bestehend aus seinem Identitätsgefühl und seinem Selbstverständnis, seiner Weltsicht, seinem Wertesystem, seinen Gefühlen von Sinn und Hoffnung und von Verbundenheit mit einem Höheren Selbst oder einer Höheren Macht, also seinen spirituellen Überzeugungen usw.

2. Begriffsdefinitionen:

Unter **Gegenübertragung** wird die emotionale Reaktion des Helfers auf das Opfer bzw. den Patienten verstanden, die ihren Ursprung haben können in den eigenen (traumatischen) Vorerfahrungen d.H., den unbewussten neurotischen Reaktionen d.H., den gegenwärtigen oder vergangenen Belastungen im Leben d.H. oder im Handeln oder Verhalten des Opfers bzw. Patienten selbst.

Unter **Burnout** wird die langsame Entwicklung eines Zustandes von emotionaler, körperlicher und geistiger Erschöpfung durch ein lang andauerndes Verweilen in berufsbedingt emotional belastenden Situationen verstanden.

Unter **Sekundärem Traumatischem Stress (STS)** verstehen wir das plötzliche Auftreten eines Gefühls von Hilflosigkeit, Verwirrung, Desorientierung oder des Gefühls, von niemandem unterstützt zu werden usw. Oft liegen diesen Symptomen keine unmittelbar erkennbaren Ursachen zugrunde.

Unter **Mitgefühlerschöpfung** oder **Mitgefühlsstress** wird ein akuter oder chronischer Zustand verstanden, der durch die ständige Konfrontation mit Trauma erzeugenden Tatsachen entsteht, wobei oft von diesen Tatsachen eine unerklärliche und oft unwiderstehliche Anziehungskraft ausgeht, eine Art von emotionaler Betäubung der Widerstandskraft. ▶

- ▶ 3. **Resilienz- und Schutzfaktoren des Helfers:** Die **Resilienz**, also die psychische Widerstandskraft wird (von Antonovsky) definiert als eine innere Kohärenz von Faktoren, die bewirken, dass die Anforderungen aus der äußeren wie auch aus der inneren Welt als **vorhersagbar, strukturiert und verstehbar** angesehen werden, dass sie mit den vorhandenen Ressourcen gemeistert werden können und dass die Anforderungen als Herausforderungen verstanden werden, für die es sich lohnt, sich zu engagieren. Hierzu kommen noch weitere **Schutzfaktoren** wie wahrgenommene **Selbst-Wirksamkeit, Unterstützung** aus dem sozialen Umfeld, die Fähigkeit zu kompensieren, das Erkennen und Benennen können der eigenen Gefühle, das Unterscheiden können zwischen den eigenen Bedürfnissen, Gefühlen, Identitätsmerkmalen usw. von denen des Opfers bzw. Patienten, das Erfüllen eigener psychischer Bedürfnisse, das geistige Bewältigen könne der Situation usw.
4. Prophylaktische Maßnahmen: Diese setzen sich zusammen aus den persönlichen Resilienz und Schutzfaktoren des Helfers und seinen Arbeitsplatzressourcen. Hierzu gehören:
- ausreichend Zeit und Raum
 - Fachwissen und notwendiges Material, um innere und äußere Sicherheit herzustellen.
 - Möglichkeit zur körperlichen Entlastung, Bewegung, Pausen
 - Möglichst breites Anforderungsspektrum von Seiten der Patienten/Klienten
 - Kollegiale Unterstützung, Supervision usw.
5. Vorstellen von körpertherapeutischen Wohlfühlübungen (Atemübungen) und von heilsamen Imaginationsübungen (Beobachterübung, Tresor-Übung und Screentechnik als Distanzierungsübungen).

Zur Person

Dr. med. Ursula Klär-Beinker, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin

Seit 2000 Oberärztin in der Klinik für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin des Ev. Johanneskrankenhauses Bielefeld
Schwerpunkt Psychotraumatologie,

unter der Leitung von Frau Priv. Doz. Dr. med. Ursula Gast



Teilnehmerliste der Fachtagung

1. Alberts, Jelka, Frauenberatungsstelle Hagen, Bahnhofstr. 41, 58095 Hagen
2. Bär, Anette Dr., Busestr. 64, 28213 Bremen
3. Bär, Olaf, Dr. med., Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Dogmagkstraße 22, 48149 Münster
4. Behling, Susanne, Psychotherapie, Psychoanalyse, Beurhausstr. 85, 44137 Dortmund
5. Benthaus-Reiss, Claudia, FB Jugend und Soziales, Stadt Hagen,
6. Beyerle, Klaus, FB Jugend und Soziales, EB, Stadt Hagen, Joh.-Friedr.-Oberlin-Str. 11, 58099 Hagen
7. Biskoping, Susanne, Mainastr. 7, 78464 Konstanz
8. Bohne, Sabine, CAHRV, Universität Osnabrück, Kolpingstr. 7, 49069 Osnabrück
9. Bortz, Klaus, FB Jugend und Soziales, Stadt Hagen
10. Boschmann, Alexandra, Frauen helfen Frauen, Kronprinzenstr. 26, 44135 Dortmund
11. Breig, Ingrid, Frauenberatungsstelle, Albrechtstr. 3, 42655 Solingen
12. Bücken, Cornelia, Frauenberatungsstelle, Bahnhofstr. 41, 58095 Hagen
13. Burke, Birgit, Frauenhaus, Tellstr. 6, 44143 Dortmund
14. Cordts, Uwe, FB Jugend und Soziales, EB, Stadt Hagen
15. Ebeling, Dierk, FB Jugend und Soziales, EB, Stadt Hagen
16. Eggert, Sonja, Frauenhaus Arnsberg, Postfach 5213, 59802 Arnsberg
17. Ehm, Sabine, Frauen helfen Frauen e.V., Friedrichstr. 24, 57462 Olpe
18. Eisenreich, Maria, Psych. Dienste der St. Solingen, Wupperstr. 80, 42651 Solingen
19. Engel, Petra Katharina, Beratungsstelle für Kinder, Jugendl. und Familien, Ludwigstr. 14, 44649 Herne
20. Gehlhoff, Christa Dr. med., Fachärztin Kinderheilkunde, Am Rahmen 17, 58313 Herdecke
21. Gerz, Eva, Frauenberatungsstelle Hagen, Bahnhofstr. 41, 58095 Hagen
22. Giernalczyk, Ulrike, Psychologische Praxis, Viktoriastr. 3, 58095 Hagen
23. Goldbach, Silke, Frauenhaus Olpe, Postfach 1325, 57443 Olpe
24. Hafer-Gerlach, Georgia, FB Jugend und Soziales, Stadt Hagen
25. Hahne, Monika, Frauenhaus Arnsberg, Postfach 5213, 59802 Arnsberg
26. Herrig, Ulrike, Frauenberatungsstelle, Springstr. 6, 45657 Recklinghausen
27. Heydn, Britta, Evang. Beratungsstelle, Buscheystr. 33, 58089 Hagen
28. Hoffmann, Julia, Wedinghauserstr. 3, 59821 Arnsberg
29. Hoffmann, Ursula, Frauenberatungsstelle, Brückenplatz 4, 59821 Arnsberg
30. Ingenhag, Doris, Frauenberatungsstelle, Kaiserstr. 20, 41061 Mönchengladbach
31. Janssen, Anna, Frauenzentrum Viersen, Gladbacherstr. 25, 41747 Viersen

32. Kettenborn, Stefanie, Frauen helfen Frauen, Kronprinzenstr. 26, 44135 Dortmund
33. Kissel, Brigitte, Distel e.V., Frauenberatungsstelle, Rosastr. 37, 45130 Essen
34. Kluthke-Schröder, Cornelia, Fachbereich Jugend und Soziales, Stadt Hagen, Hohenlimburger Str. 8, 58769 Nachrodt-Wiblingwerde
35. Knipp, Dagmar, Frauenberatungsstelle Lilith, Fürstenbergstr. 41, 33102 Paderborn
36. Köhler-Neubert, Sabine, Fachbereich Jugend und Soziale, Stadt Hagen
37. Klär-Beinker, Ursula, Dr. med., Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin,
Graf-von-Galen-Str. 58, 33619 Bielefeld
38. Lambertz, Brigitta, Diakonisches Werk, Bahnhofstr. 25, 58840 Plettenberg
39. Lehmann, Heike, FH Hagen, Sunderlohstr. 6, 58091 Hagen
40. Lehmann, Sabine, FIFAP Münster, Spiekerhof 31, 48143 Münster
41. Maßmeier, Elke, FB Jugend und Soziales, Stadt Hagen
42. Markus, Bernd, Polizei, Hoheleye 3, 58093 Hagen
43. Meinken, Gabi, FB Jugend und Soziales, Stadt Hagen
44. Meitza, Sabine, Tagesklinik Schwerte, Kleppingstr. 21, 58239 Schwerte
45. Metzger, Lothar, Fachbereich Jugend und Soziales, Stadt Hagen
46. Meyer, Doris, Ev. Kinderdorf Weißenstein, Leopoldstr. 52, 58089 Hagen
47. Mollenkott, Gabriele, Staatsanwaltschaft, Lenzmannstr. 16–22, 58095 Hagen
48. Müller-Kuna, Linda, Frauenberatungsstelle Hagen, Bahnhofstr. 41, 58095 Hagen
49. Pfeifer, Anette, Frauenberatungsstelle, Friedrichstr. 24, 57462 Olpe
50. Pflüger-Härtel, Margitta, Käthe-Kollwitz-Kolleg, Mühlenbergstr. 21, 58119 Hagen
51. Pockardt, Sabine, FB Jugend und Soziales, Stadt Hagen
52. Pützmann, Ruth, Frauenberatungsstelle, Kaiserstr. 20, 41061 Mönchengladbach
53. Puhl, Simone, EN-Kreis, Gleichstellungsstelle, Hauptstr. 92, 58332 Schwelm
54. Reckermann, Birgit, Frauen helfen Frauen, Schützenstr. 43, 58511 Lüdenscheid
55. Reinshagen, Jörg, FB Jugend und Soziales, Stadt Hagen,
56. Ronda, Helga, Familienberatungsstelle Jülich, Römerstr. 10, 52429 Jülich
57. Rudolph, Heike, Staatsanwaltschaft, Lenzmannstr. 16–22, 58095 Hagen
58. Rüschenpöhler, Juliane, Frauenberatungsstelle Lilith, Fürstenbergstr. 41, 33102 Paderborn
59. Schaefer, Micaela, Frauenberatungsstelle Lilith, Fürstenbergstr. 41, 33102 Paderborn
60. Schäfer, Petra, Frauenberatungsstelle, Kaiserstr. 20, 41061 Mönchengladbach
62. Schaper, Iris, Kinderschutzbund, Riegestr. 19, 58091 Hagen

63. Scharfen, Sabine, FB Jugend und Soziales, EB, Stadt Hagen, Joh.-Friedr.-Oberlin-Str. 11, 58099 Hagen
64. Schlack, Marina, FB Jugend und Soziales, Stadt Hagen
65. Schlänger, Josef, Zeitraum, Buscheyst. 33, 58093 Hagen
66. Schlünder, Andrea, Frauenhaus Hagen, Postfach 5210, 58102 Hagen
67. Schubert, Amelie, FB Jugend und Soziales, EB, Stadt Hagen
68. Schulz-Kaymer, Sybille, Erziehungsberatungsstelle, Bahnhofstr. 51, 45525 Hattingen
69. Schumacher, Meinolf, FB Jugend und Soziales, Stadt Hagen
70. Steinkamp, Martin, FB Jugend und Soziales, Stadt Hagen
71. Stieglitz, Bernd, FB Jugend und Soziales, Stadt Hagen
72. Stolte, Andrea, Frauen helfen Frauen EN, Luisenstr. 4, 58452 Witten
73. Timmerbeul-Tappert, Iris, FB Jugend und Soziales, Stadt Hagen, Stadt Hagen
74. Uhlenbrock, Stefan, Psychologische Beratungsstelle, Jägerstr. 5, 58239 Schwerte
75. Versteeg-Schulte, Gerhild, FB Jugend und Soziales, Stadt Hagen
76. Vierhaus, Anna, Gleichstellungsstelle, Stadt Hagen
77. Wagner, Jana, Ruhralle 40, 44139 Dortmund
78. Weck, Cordula, Psych. Dienste der Stadt Solingen, Wupperstr. 80, 42651 Solingen
79. Weindorf, Susanne, Jugendamt Bochum, Friedrich-Ebertst 7-9, 44866 Bochum
80. Wentzek, Gabriele, Psychologische Beratungsstelle, Jägerstr. 5, 58239 Schwerte
81. Weskamm, Renate, Frauen helfen Frauen, Schützenstr. 43, 58511 Lüdenscheid
82. Winkelkotte, Gabriele, Jugendamt Castrop-Rauxel, Lohweg 70, 44579 Castrop-Rauxel
83. Wolniewicz, Eva, Stadt Castrop-Rauxel, Europaplatz 1, 44575 Castrop-Rauxel
84. Wozigny, Monika, Bewährungshilfe Schwerte, Hüsingstr. 9, 58239 Schwerte
85. Welp, Claudia, Stadt Münster Frauenbüro, Klemensstr. 10, 48143 Münster

 **STADT HAGEN**

**FRAUEN
GLEICHSTELLUNGS
STELLE**

Die Fachtagung wurde gefördert durch



MINISTERIUM FÜR
GESUNDHEIT, SOZIALES,
FRAUEN UND FAMILIE
DES LANDES NRW

NRW.

„Runder Tisch gegen Häusliche Gewalt“, Hagen