

**Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen
und Gewaltwiderfahrnissen:
Was kann die psychiatrische Versorgung leisten?
Was sind Hindernisse für passende Angebote?**

**Frauenhauskoordinierung
Fachforum DIGITAL 03. und 04. September**

Dr. med. Katrin Körtner

Früher Beginn des Drogenkonsums, bereits in jungen Jahren psychische Beschwerden bei möglicher Traumafolgestörung mit Substanzkonsum als Selbstmedikation

Im suchtmedizinischen Hilfesystem bekannte Patientin, dennoch (gerade deswegen?) keine eingehende psychiatrische Diagnostik möglicher Komorbiditäten

Viele soziale Probleme, die sich durch Behandlung in Diamorphinambulanz besserten: Intensive psychosoziale und sozialpsychiatrische Betreuung in sicherer Umgebung mit täglichen Kontakten über einen langen Zeitraum

Partnergewalt (bei Frauen mit Sucht 30-90%) und Gewaltwiderfahrnissen in Kindheit und Jugend (mind. 50% der Frauen, die Partnergewalt erleben)

Im Verlauf der längeren Partnerschaften ersetzt schwere psychische die körperliche Gewalt.

Übt selbst Gewalt aus unter Alkoholeinfluß, vermutlich auch in damaliger Partnerschaft.

Bei gewaltbelasteten Familienstrukturen in Kindheit und Jugend führt Kontakt zur Altfamilie häufig zur Destabilisierung.

Verschiedenen Belastungsfaktoren führen zu vermehrtem Konsum, die fragliche Gewalt durch den Partner ist „eines von vielen Problemen“.

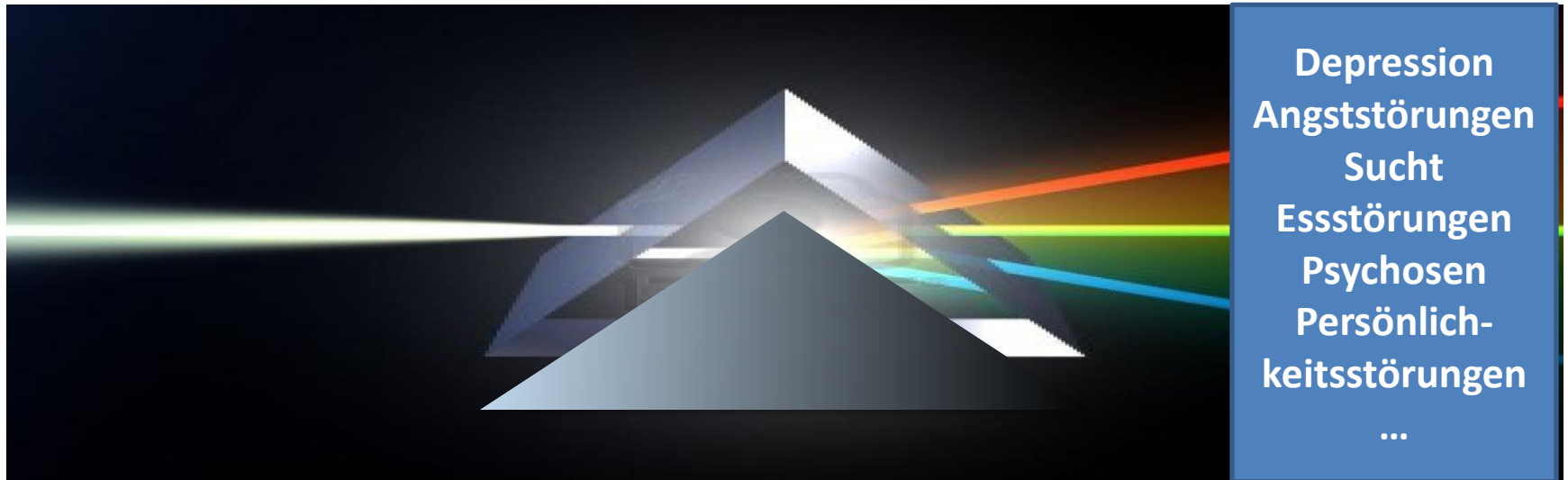
Patientin möchte keine stationäre Entzugsbehandlung, hat ggf. schlechte Erfahrungen gemacht, hat keine Alternativen zur Emotionsregulation.

Beziehung ist geprägt von bidirektionaler Gewalt, die bei Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen am häufigsten vorkommt (ca. 60% der Fälle mit sex., körperl., psych, Gewalt; ca 32% der Fälle mit sex., körperl. Gewalt)

Deutliche Beschwerden einer PTBS, die ihr teilweise bekannt sind, sich durch die aktuelle Gewalt in Partnerschaft aber deutlich verschlechtern haben.

Welche psychiatrischen Unterstützungsangebote wären sinnvoll?

Gewaltwiderfahrnisse finden sich bei vielen psychischen Erkrankungen, werden selten regelhaft erfasst



Insbes. bei Menschen mit stigmatisierten psychischen Erkrankungen (z.B. Sucht, Schizophrenie) werden Gewaltwiderfahrnisse im Krankheitsgeschehen nicht ausreichend beachtet, Beispiel Sucht:

50 bis 80% der Patienten in Behandlung haben Traumata erlebt (Frauen oft >90%),
20-50% leiden am Vollbild einer PTBS (Frauen 30-60%).

In >80% der Einrichtungen gibt es kein geeignetes Procedere zur Erfassung von Traumata und möglichen Folgen.

(Pietrek et al., 2013; Gielen et al., 2012 und 2014; Simpson und Miller, 2002; DeBoer et al., 2013; Gielen et al., 2014; Hebert et al., 2009; Hegarty et al., 2010; Kavemann et al., 2016)

**Menschen mit Gewaltwiderfahrnissen teilen
trotz unterschiedlicher Diagnosen (gemäß der Klasifikationssysteme)
viele Beschwerden...**

- Überwältigende Gefühlszustände
- Gefühlstaubheit
- „Nichtzugehörigkeit“
- Sinn- und Werteverlust
- Scham und Schuldgefühle, falsch gehandelt zu haben und/oder falsch zu sein (Selbstbezeichnung)
- Intensive, instabile, abhängiges, missbräuchliche Beziehungsmuster
- Schlechte Selbstfürsorge, Risikoverhalten
- Aggressive Impulsdurchbrüche
- Medizinisch nicht erklärbare Schmerzen, körperliche Symptome (somatoforme, psychosomatische Störungen)

**Menschen mit Gewaltwiderfahrnissen teilen
trotz unterschiedlicher Diagnosen (gemäß der Klasifikationssysteme)
viele Beschwerden...**

- Überwältig
- Gefühls
- „Nichtz
- Sinn- un
- Scham u
- falsch z
- Intensiv
- Schlech
- Aggress
- Medizin
- (somator

.....die zu großes Leid und
(Selbst)stigmatisierung beitragen
und erst im Zusammenhang
mit Gewaltwiderfahrnissen verstanden
werden können,
was häufig nicht im Fokus von
Diagnostik und Therapien steht!

/oder

ngsmuster

ptome

Was bietet die psychiatrische Versorgung an?

Entzugsbehandlungen

- sequentielles Vorgehen: zuerst Therapie der Abhängigkeit mit Abstinenzorientierung, Gruppentherapien bzgl. Sucht, selten Einzeltherapie
- keine Komorbiditätsdiagnostik
- Stationen mit deutlich mehr männlichen Patienten
- Selten Notfallaufnahme, v.a. nicht bei Entzug von illegalen Substanzen

Krisenintervention bei ausgeprägten psychischen Beschwerden (Suizidalität, Selbstverletzung, psychotische Beschwerden, Erregungszustände)

- Stationen der Akutaufnahme
- Fakultativ geschlossen
- Ggf. aggressive Patienten, Fixierungen
- Keine Einzelpsychotherapie verfügbar

Stationen zur Krisenintervention, Störungsspezifisch ausgerichtete Stationen

- Selten Notfallaufnahmen
- Ausreichende psychische Stabilität notwendig, Gruppentherapie
- Rasche Einzeltherapie nicht immer verfügbar

Was bietet die psychiatrische Versorgung an?

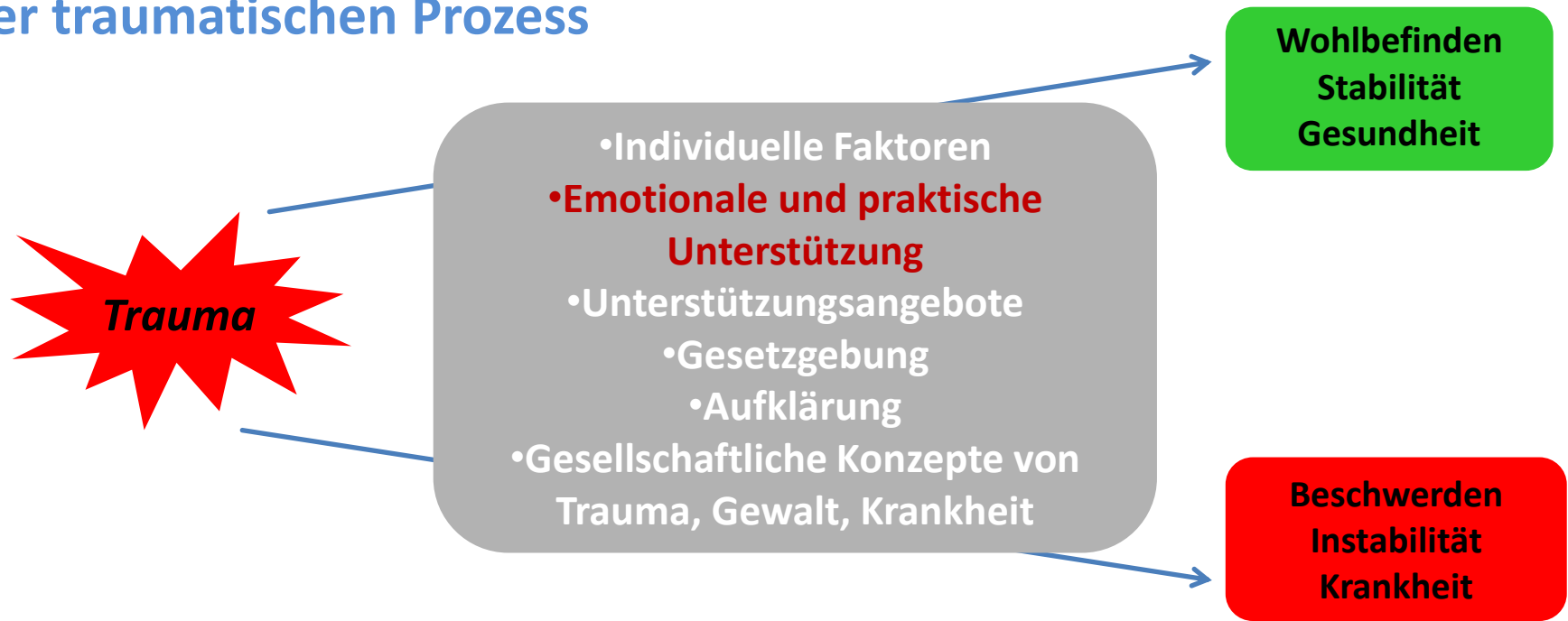
Störungsspezifische (Psycho)therapien

- Fokussieren auf dysfunktionale Gefühls-Denk-Verhaltensmuster: „Das, was nicht mehr funktioniert“
- Biologische Störanfälligkeit im Mittelpunkt, die in Interaktion mit der Umwelt, durch „Stressfaktoren“, zu Beschwerden und Krankheit führt
- Ermittlung und Beschreibung der „Stressoren“ und des Systems, in dem sich Betroffene bewegt, bleiben oft zu vage, werden zu wenig in die Therapie einbezogen.
- **Beschwerden bleiben als psychische Krankheit oft auf der Basis neurobiologischer Veränderungen im Individuum verortet!**

Aufklärung über das, was Gewalt ist und verursacht und **Normalisierung** der psychischen Probleme als eine **„normale Reaktion auf ein unnormales Ereignis“**.

Würdigung der **bisherigen Bewältigungsstrategien** und **individueller Ressourcen**, die trotz untragbarer Lebensbedingungen zum Überleben und der Suche nach Hilfe geführt haben.

Der traumatischen Prozess



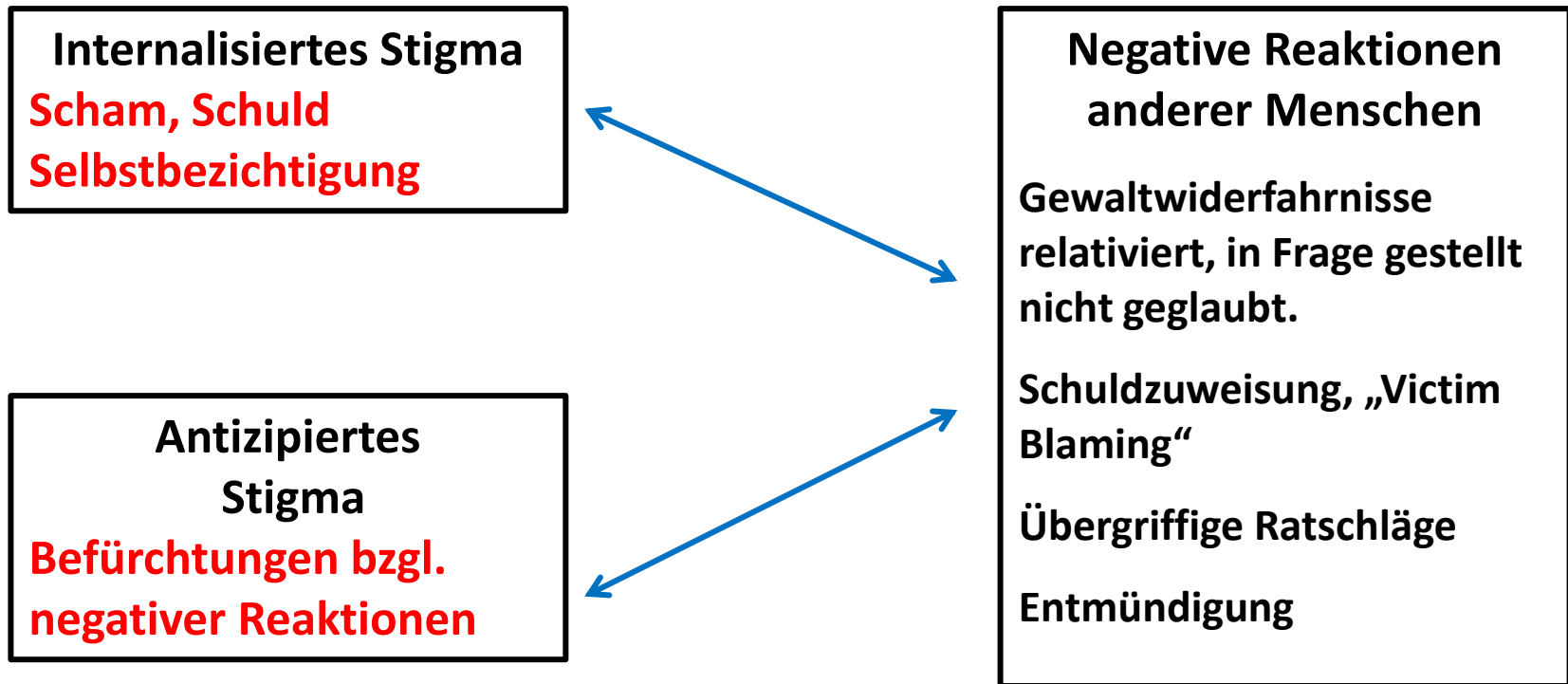
Bei der Entwicklung psychischer Beschwerden nach Traumatisierung wird oft vergessen, dass nicht nur traumatische Ereignis selbst, sondern der traumatische Prozess entscheidend ist.

Welche (Umgebungs)bedingungen in Zusammenhang mit der Traumatisierung -außer dem Ereignis selbst- tragen dazu bei, dass Betroffene entweder zur Stabilität zurückfinden oder anhaltende Beschwerden und Erkrankungen entwickeln?

Unbeachtet bleiben Stigmatisierungsprozesse

Gesellschaftliche, soziale Stigmatisierung

(Opferstereotypen, Victim Blaming, Relativierung von Gewalt in bestimmten Kontexten, negative Mediendarstellungen, wenig Präsenz der Thematik in Öffentlichkeit und Bildung, inadäquate Ressourcen für Schutz und Unterstützung etc.)



Welche Hilfestellungen brauchen Frauen mit (aktuellen) Gewaltwiderfahrnissen?

Betroffene sind häufig **mit praktischen Problemen** konfrontiert, die in der Therapie beachtet werden müssen, bei Mangel an emotionalen, sozialen Ressourcen sowie bei anhaltender Gewalt sogar im Fokus der Therapie stehen sollten.

Betroffene benötigen Unterstützung bei **Herstellung von Sicherheit...**

- **Sichere Wohnform**
- **Sicherheitsplan** bei anhaltenden oder sich wiederholenden Gewaltwiderfahrnissen
- Organisation von Kinderbetreuung, Unterstützung bei Ämtergängen
- Kontaktgestaltung und Umgang mit der Altfamilie, Freunden, Arbeitskollege
- Umgang mit Ambivalenz bzgl. Täter*in/ Kontaktgestaltung zu Täter*in
- Umgang mit Ambivalenz bzgl. Abstinenz von Alkohol/Drogen

Welche Hilfestellungen brauchen Frauen mit (aktuellen) Gewaltwiderfahrnissen?

- **Helfer*innen mit Zeit und Raum für interdisziplinären Wissens- und Erfahrungsaustausch**
- **Zusammenarbeit der sozialen Einrichtungen, Beratungsstellen, Behörden**
- **Planung der Begleitung über längere Zeiträume**

Wirkfaktoren der Behandlung/Betreuung von Frauen mit (Ex)Partnergewalt, PTBS (+Sucht) gemäß qualitativer Studien: **Was wünschen sich die Frauen?**

- Kontakt mit anderen Frauen, die ähnliches erlebt haben
- Verbesserung der Beziehung zu sich selbst (Selbstvertrauen, Selbstfürsorge, Selbsttröstung, Umgang mit Schuld) und zu anderen Menschen (Vertrauen fassen, Kontakte aufnehmen)
- Verstärkung positiver, angenehmer Aktivitäten
- **Verlässliche, in Krisen rasch verfügbare, ganzheitliche Betreuung mit Beziehungskontinuität!!!**

Was hilft? Klarheit über Folgendes....

- **Wie konzeptualisiere wir die aus Gewalterfahrungen resultierenden Probleme eines Betroffenen?**
- **Inwieweit sollen systemische Aspekte sowie Stigmatisierungsprozesse theoretisch und konsequent praktisch in psychiatrische Diagnostik und Therapie einbezogen werden?**
- **Wie lassen sich praktische soziale Probleme in eine psychiatrische Behandlung integrieren ohne zum „Randphänomen“ zu werden?**
- **Wie sollten effektive und dennoch niederschwellige psychiatrische Angebote gestaltet sein?**
- **Wie und in welchem Kontext können Betroffene langfristig psychosozial begleitet werden?**