

Traumafokussierte (Tf -) Therapie für gewaltbetroffene Frauen mit / ohne Kinder

Referentin: Dipl.-Psych. Archontula Karameros

Veranstaltung des Traumanetz / S.I.G.N.A.L am 14.12. 2021 - Online-Zoom Konferenz zum
Thema: Die Komplexität der traumatherapeutischen Psychotherapie gewaltbetroffener Frauen
mit und ohne Kinder

- **Traumafokussierte (Tf -) Therapie für gewaltbetroffene Frauen mit / ohne Kinder**



- **Gliederung:**

- **Teil 1)** Häusliche Gewalt – Partnerschaftsgewalt
- **Teil 2)** WHO-Leitlinien
- **Teil 3)** Partnerschaftsgewalt aus Sicht der Psychotraumatologie
- **Teil 4)** Traumafokussierte Behandlung der Partnerschaftsgewalt
 - - Fallvignette Frau F.
- **Teil 5)** Handlungsfeld und Netzwerk

Teil 1) Häusliche Gewalt – Partnerschaftsgewalt



- **Häusliche Gewalt:**

- Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt ([Istanbul-Konvention](#)). (Europarat 2011) – **Definition:**

- **Häusliche Gewalt** umfasst hauptsächlich **2 Arten von Gewalt**: die Gewalt zwischen Beziehungspartnern, zwischen derzeitigen oder ehemaligen Ehegatten und Partnern bzw. Partnerinnen und zum anderen die generationenübergreifende Gewalt in der Familie zwischen Eltern und Kind.

Häusliche Gewalt tritt mehrfach und vielschichtig auf:

- Partnerschaftsgewalt gegenüber Frauen
- Gewaltszenarien in der Familie
- Verschiedene Gewaltformen.

- **Mehrgenerationale häusliche Gewalt:**

Repräsentative Studie von Kindern und Jugendlichen in den USA (Finkelhor et al. 2009):

- 20% Gewalt in der Familie
- 16% Gewalt zwischen ihren Eltern
- In der Gruppe der 14 - 17-Jährigen 35% und 27%

Partnerschaftsgewalt unter erwachsenen Beziehungspartnern kann umfassen:

Physische Gewalt (z. B. Schlagen, Treten, Würgen, Essensentzug, Einsatz von Waffen)

Psychische Gewalt (z. B. Schlafentzug, permanente Beschimpfungen, Erniedrigungen, Anschreien, Drohungen bis zu Todesdrohungen)

Sexualisierte Gewalt (z. B. Zwang zu sexuellen Handlungen, Vergewaltigungen in einer Partnerschaft)

Soziale Gewalt (z. B. Einsperren, Kontaktverbote, sozial Isolieren)

Ökonomische Gewalt (z. B. Entzug von Sozialhilfe, Geld verweigern, Verbot der Erwerbstätigkeit) .

Statistiken zufolge sind Gewalttäter zu über 90% männlich;
ihre Ehefrauen und (Ex-)Partnerinnen sind die Opfer

• Gewaltprävalenzen:

- jede 3. Frau in Deutschland erleidet im Laufe ihres Erwachsenenlebens körperliche
- jede 7.- 8. sexuelle Gewalt
- in etwa der Hälfte der Fälle mehr als einmal (Schröttle & Müller 2004; Agentur für Grundrechte der Europäischen Union 2013).

• Auch während der **Corona-Pandemie** lassen sich hohe Gewaltprävalenzen feststellen: in der Zeit der Ausgangsbeschränkungen erlebten

- 3,1 % der Frauen in Deutschland körperliche Auseinandersetzungen mit einem Partner
- Besonders betroffen, wenn:

- die Frauen zu Hause in Quarantäne
- die Familie mit akuten finanziellen Sorgen
- einer der Partner*in war in Kurzarbeit oder verlor den Arbeitsplatz.

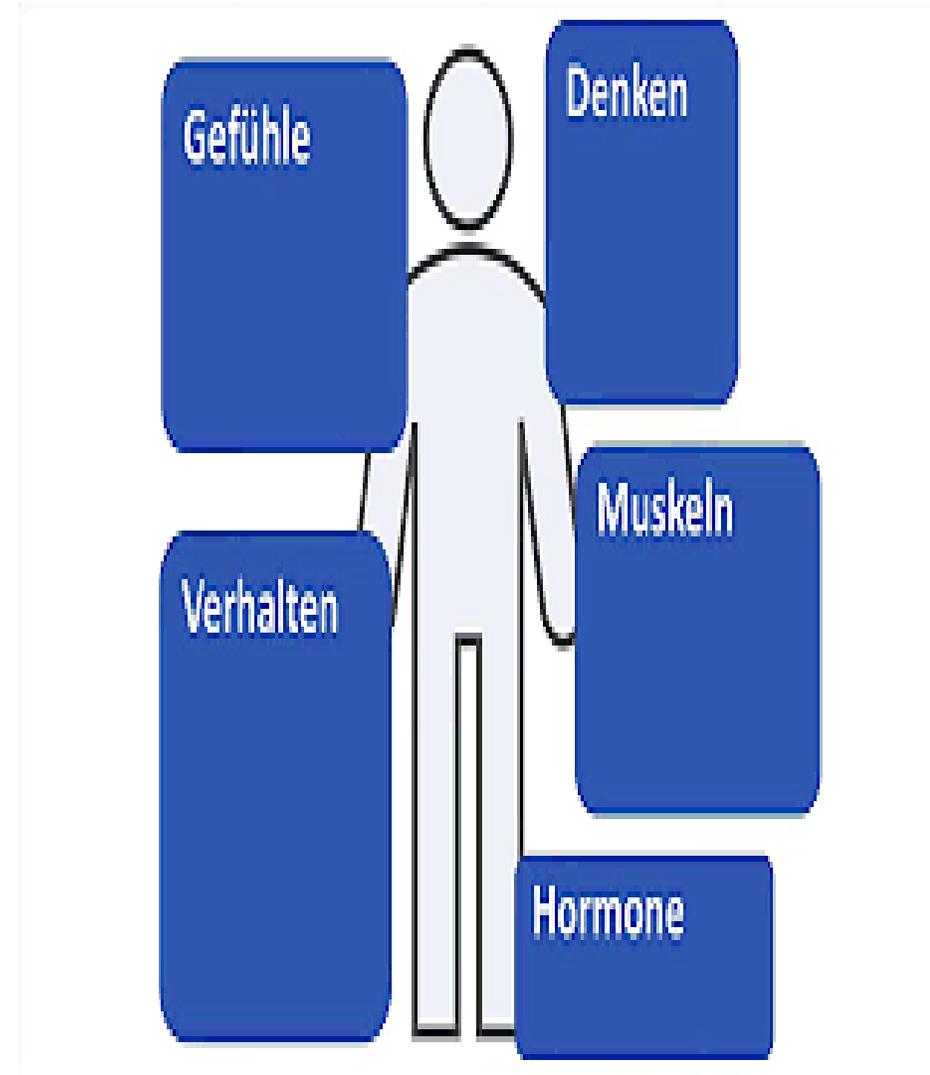
Teil 1) Häusliche Gewalt – Partnerschaftsgewalt



- Wenn es um häusliche Gewalt geht, denke viele Menschen an **körperliche Übergriffe** wie schlagen, schubsen usw., die zu Verletzungen führen und im schlimmsten Fall zum Tod führen können.
 - Doch gerade auch **psychische Gewalt** und **emotionale Gewalt** sind weit verbreitet.
 - Ständige Entwertungen, Herabsetzungen, Demütigungen und Einschüchterungen können schwere Folge für die psychische Gesundheit von Betroffenen haben (Spinazzola et al. 2014) und gelten *nicht als eine leichte Form von Gewalt*.
 - Zusätzlich kann es im häuslichen Umfeld auch zu sexuellen Übergriffen kommen oder zur Kontrolle von sozialen Kontakten und Finanzen und anderen Formen der Einschränkung des freien Willens bis hin zur Zwangsheirat.
- Eine Befragung von Patientinnen der Rettungsstelle an der Berliner Charité zeigte, dass mehr als 1/3 von ihnen nach dem 16. Lj. häusliche Gewalt hatte.
 - Bei 21,8% handelte es sich dabei um körperliche Gewalt,
 - 7,3% um sexuelle und bei
 - 30,7% um emotionale Gewalt.
 - $\frac{3}{4}$ der betroffenen Frauen waren häufigen oder mehrfachen Gewalthandlungen ausgesetzt.
 - 4,6 % der Befragten hatten zudem im vergangenen Jahr häusliche Gewalt erlitten.
 - 1,5% kamen wegen gewaltverursachter Verletzungen in die Erste Hilfe (Branzk et al. 2006)

Teil 1) Häusliche Gewalt – Partnerschaftsgewalt

- Dauerhafter Stress im Kontext von Partnerschaftsgewalt verursacht
- **Langzeitfolgen - Traumafolgestörungen:**
- anhaltende Veränderungen im Nerven-, Hormon- und Immunsystem,
- was schließlich zu chronisch kognitiven, emotionalen, sozialen und körperlichen Beeinträchtigungen führt.
- Dazu kommen in vielen Fällen gesundheitsschädigende Verhaltensweisen (Süchte, usw.), die zusätzlich zu den Problemen beitragen (Hughes et al. 2017).
- Dieselben **Langzeitfolgen** treten bei Erwachsenen mit interpersoneller Gewalt in der Kindheit oder auch bei erlebter Partnerschaftsgewalt auf.



Teil 1) Häusliche Gewalt – Partnerschaftsgewalt

-
- **Bei Kindern und Jugendlichen** äußern sich die Gewaltfolgen ebenfalls auf vielfältige Weise – ihre oft komplexen psychischen Beschwerdebilder lassen sich als **Traumaentwicklungsstörungen** verstehen.
- Das Störungsbild einer sich daraus entwickelnden **PTBS** bei Kindern (DSM-5) wird häufig verkannt und anderen Diagnosen zugeschrieben.
- Je nach Alter und Entwicklungsstand des Kindes stehen dabei jeweils andere Beschwerdebilder im Vordergrund (Bessel van der Kolk et al., 2019).
- **Entwicklungstraumatisierung** benennt die Folge von traumatischen Bindungserfahrungen durch kindlichen Missbrauch, häusliche Gewalt oder die Folge einer Unterbrechung der Bindung mit den primären Bezugspersonen.
- **Entwicklungstraumatisierung** tangiert die gesamte kindliche Entwicklung und führt aufgrund von dauerhaftem Stresserleben zu Problemen in der **Selbstregulation** auf mehreren Ebenen, und betreffen auch Schwierigkeiten mit der Emotionsregulation, der Aufmerksamkeit und der Konzentration. Betroffene Kinder haben interpersonell große Schwierigkeiten, mit sich und mit anderen Menschen klarzukommen.



Teil 2) WHO-Leitlinien (2013)



- **Die WHO (2013) erarbeitete Leitlinien für das Gesundheitswesen** zum Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen (Wieners & Winterholler 2016) und empfohlen, diese **Leitlinie zur Notfallversorgung auf allen Qualifizierungsebenen** umzusetzen:
- Die WHO (2013) empfiehlt, dass alle **medizinischen Fachkräfte** hinsichtlich eines gewaltsensiblen Umgangs **geschult werden sollten**, dieser Umgang umfasst aber auch zu respektieren, dass die Frau das Recht hat, ihren eigenen Weg zu finden, sich zu schützen und Sicherheit herzustellen.
- **Der Umgang mit den Folgen häuslicher Gewalt ist ein multiprofessioneller Auftrag**
- Folgen häuslicher Gewalt sind neben sichtbaren körperlichen Verletzungen häufig auch psychosomatische Beschwerden und psychische Symptome.
- Oft sind diese der einzige oder erste Hinweis auf häusliche Gewalt.
- **Routinemäßiges Fragen nach Gewalterfahrungen** wird bei psychischen Erkrankungen und in der Schwangerenvorsorge empfohlen
- **Dies erfordert eine gewaltsensible und traumainformierte Gesprächsführung.**
- in einem ärztlichen Gespräch (oder in einer psychotherapeutischen Sprechstunde, A.K) **Einfühlsame** und **ressourcenorientierte Fragen** können zu einer weitreichenden Begegnung werden und die Wege in das Hilfenetz bahnen (Schellong et al. 2018)

Gewaltinformiertheit signalisieren

- Informationen auslegen
- Gewalt als mögliche Ursache einer Gesundheitsbeeinträchtigung:
- Gibt es klinische Hinweise auf häusliche Gewalt?
- Verdachtsunabhängiges Nachfragen bei Schwangerschaft und psychischen Beschwerden
- **Ansprechen!**

Ersthilfe anbieten

- Kommunikation: vertraulich, empathisch, wertungsfrei, sicherheitsorientiert, ressourcenaktivierend
- Nicht auf detaillierte Enthüllung oder Trennung drängen....
- Zu häuslicher Gewalt und Gesundheit informieren
- Gerichtsfest dokumentieren (bei Bedarf an rechtsmedizinisches Angebot weitervermitteln Schutzbedürfnis abklären
- Informationen über verfügbare Angebote/Dienste geben
- **Folgetermin anbieten**

Zur spezifischen psychosozialen Beratung weiterleiten

- Bundesweites Hilfetelefon 08000116016
- Bei Bedarf Schutzeinrichtung (Frauenhaus)
- Gegebenenfalls Schutzplan
- Gegebenenfalls Angebote für mitbetroffene Kinder
- Gegebenenfalls Psychotherapie empfehlen

Koordinationsaufgaben bei der Bekämpfung häuslicher Gewalt

Primärprävention Gewaltprävention

- Aufklärung, Informationsvermittlung
- Hausbesuche (s. Kindeswohlgefährdung..)

Sekundärprävention Akutversorgung

- Akute Hilfe bei Gewaltbetroffenheit
- Akute Hilfe bei Gesundheitsproblemen
- Bei Alkohol und Substanzabhängigkeit
- Vermittlung in spezifische Angebote

Tertiärprävention Regelversorgung und Kooperation mit Hilfesystem

- Langzeithilfen bei Gesundheitsproblemen
- Traumaspezifische Psychotherapie
- Rehabilitation
- Unterstützung bei sozialen Belangen (Arbeit, Schulden, Recht)
- (nach: Garcia-Moreno et al. (2015))

Gewaltgeschehen



Teil 2) WHO-Leitlinien (2013)

- Screening - Angebote nutzen:
- **Betroffene suchen in erster Linie medizinische Hilfe** - bei Gesundheitsfachkräften (Hebammen, Pflegekräfte), in Facharzt-Praxen (Zahnärzt*innen, Gynäkolog*innen, Hausärzte, Kinderärzte, Kinderpsychiater*innen,)
- Das ist ein sehr wichtiger Eingangsbereich, da **soziale Unterstützung** als hochwichtiger protektiver Faktor gilt, damit Betroffene aus der Gewaltspirale aussteigen können.
- Nur eine von 10 Betroffenen, die Gewalt erlebt hatten, wurde danach befragt (Bradley et al. 2002; Hegarty & Taft 2001).



- Trotz Befunden, dass die Erkennung häuslicher Gewalt sich durch ein einfaches Screening deutlich verbessern lässt (O' Doherty et al. 2014), wird es in der Routineversorgung nur wenig eingesetzt.
- Außerdem erschweren Stigmata bei den Betroffenen, sich die notwendige Hilfe zu suchen und in Anspruch zu nehmen.
Zu den Stigmata gehören laut Quinn (2013) verinnerlichte, erwartete und kulturelle Stigmata.

Teil 2) Screening-Fragen:

Sinnvolle Screening-Fragen können vor oder zu Beginn einer Therapie (z.B.) in Anlehnung an Nyberg et al. (2008) lauten:

„Wurden Sie in den letzten 12 Monaten von jemandem geschlagen, getreten oder sonst irgendwie körperlich verletzt? Wenn ja, von wem?“

„Verspüren Sie in Ihrer jetzigen Beziehung Angst oder fühlen Sie sich bedroht?“

„Hat Ihr jetziger oder ein früherer Partner oder Partnerin Sie in den letzten 12 Monaten je zu Geschlechtsverkehr gezwungen?“

„Fürchten Sie im Moment einen ehemaligen Partner oder eine ehemalige Partnerin?!“

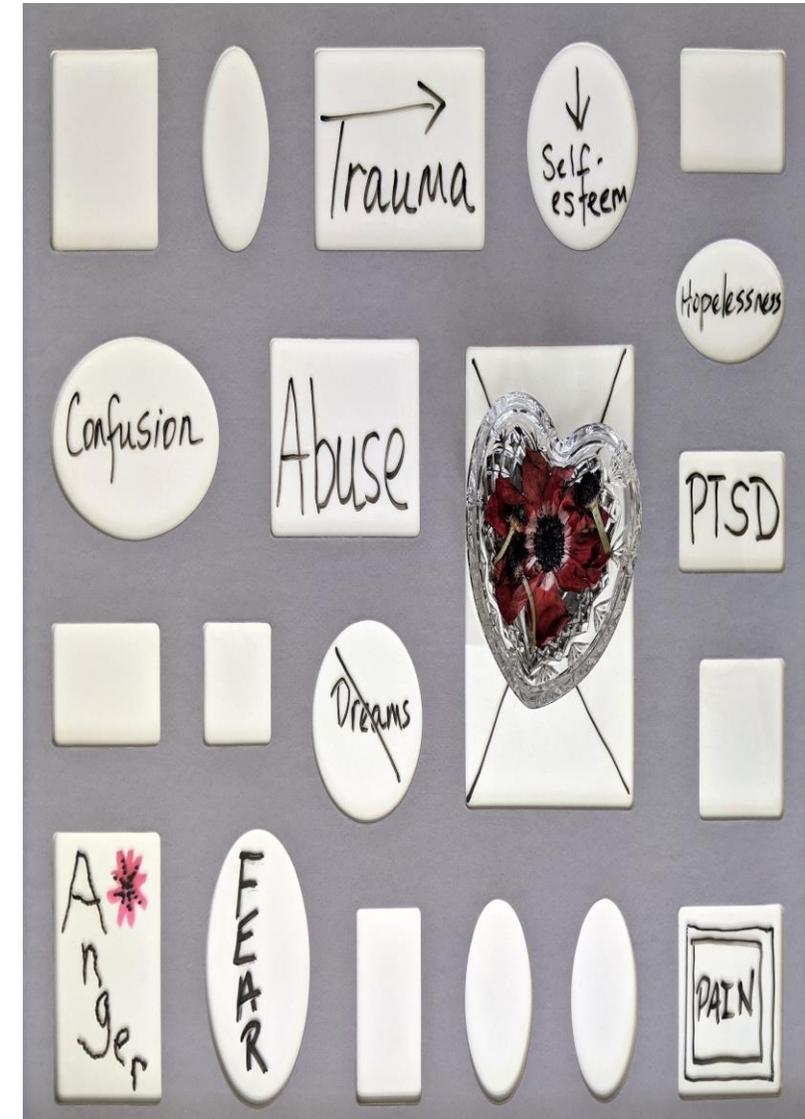
Teil 3) Partnerschaftsgewalt aus Sicht der Psychotraumatologie

• Psychische Beschwerden:

Viele der in der Forschungsliteratur (WHO 2013, 2018) beschriebenen psychischen Symptome und **Langzeitfolgen sind Ausdruck chronischer Traumafolgestörungen (ICD-11)** vor allem nach wiederholten und langanhaltenden Gewalterfahrungen in Partnerschaften – und daraus entwickeln sich häufig

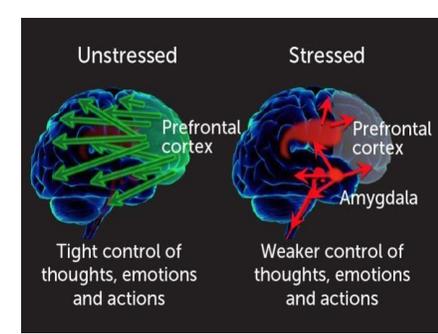
• Komplexe posttraumatische Belastungsstörungen (k-PTBS/ICD-11, tritt 2022 in Kraft):

- muskuloskeletale Verspannungen:
- hohe Anspannungen im Nacken, Schultern, Rücken, Beckenboden, Füßen)
- Schmerzen an verschiedensten Körperstellen,
- Dissoziative Beschwerden wie Derealisations- und Depersonalisationserleben, tranceartige Zustände, Erinnerungslücken
- Sensibilitäts - und Bewegungsstörungen
- Depressionen, Angst,- Zwangs- und Essstörungen,
- Suchterkrankungen oder andere psychische Probleme



Teil 3) Das Störungsbild Posttraumatische Belastungsstörung

- Bei einer PTBS wirken ein oder sich wiederholende traumatische Ereignisse nach Symptombereiche der PTBS (DeGPT-Website):



- **Wiedererleben (Intrusionen):**

das Wiedererleben stellt den Versuch des Gehirns dar, die im Hochstress des Traumas nur bruchstückhaft und unzusammenhängend gespeicherten Erlebnisinhalte zu verarbeiten. Es handelt sich um eine physiologische Reaktion des Körpers, in dem Bemühen, sich selbst zu heilen.

- **Vermeidung (Avoidance):**

- Schmerzhaft Gedanken an das Erlebte werden weggeschoben, Auslöser werden möglichst gemieden, und ebenso über das Erlebte zu sprechen. Manche Menschen erleben sich emotional "wie betäubt" und lassen negative Gefühle gar nicht erst an sich heran.

- **Ins Negative veränderte Gedanken und Stimmungslage:**

- gestörte negative Glaubenssätze (Ich bin schlecht); gestörtes Ausmaß an Selbstanklagen und andere anklagen; anhaltendes Erleben von Furcht, Scham, Horror, Schuld, Ärger; Verlust von Interessen und Vergnügungen; Unmöglichkeit positive Emotionen zu erleben; sich von der Umwelt abgetrennt erleben

- **Veränderung in der Erregbarkeit und Reaktivität:**

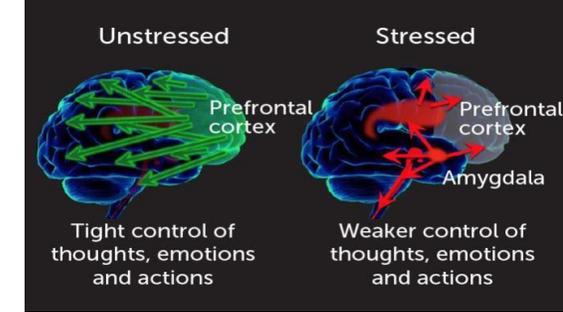
Beschwerden wie Nervosität und Unruhe, Konzentrationsstörungen, erhöhte Wachsamkeit, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit und Schlafstörungen. Das sympathische Nervensystem bleibt aktiviert und versetzt den Organismus in ständige Alarmbereitschaft.

Anbei: **Dissoziationen und emotionale Taubheit**

• **Teil 3) Die Komplexe PTBS (ICD-11)**

(DeGPT-Website)

- Dazu gehören die Symptombereiche einer PTBS und angesichts der besonders schweren oder wiederholten bzw. langanhaltenden Traumatisierungen kommen häufig hinzu:
- **Veränderungen der Emotionsregulation und Impulskontrolle:** Oft haben die Betroffenen erhebliche Schwierigkeiten im Umgang mit belastenden oder unangenehmen Gefühlen wie zum Beispiel Ärger, Wut oder Trauer.
- **Veränderungen in der Aufmerksamkeit und im Bewusstsein:** Komplex Traumatisierte berichten häufig von Bewusstseinsphänomenen wie dissoziativen Episoden, in denen sich ihr bewusstes Erleben von der Außenwelt zurückzieht, ausgeprägten Erinnerungslücken oder sogenanntem Derealisations- bzw. Depersonalisationserleben.
- **Veränderungen der Selbstwahrnehmung:** Viele Betroffene erleben sich selbst als hilflos und haben das Gefühl, nur wenig Einfluss auf den Verlauf ihres Lebens nehmen zu können.



• **Veränderungen in Beziehungen zu anderen:**

Aufgrund ihrer häufig äußerst belastenden Vorerfahrungen im zwischenmenschlichen Bereich haben komplex Traumatisierte oft große Schwierigkeiten, anderen Menschen zu vertrauen.

- **Somatisierung:** Betroffene leiden oftmals unter zahlreichen körperlichen Beschwerden, für die keine organische Erklärung gefunden werden kann.

• **Veränderungen von Lebenseinstellungen:**

- Viele komplex Traumatisierte tragen eine große Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit in sich und fühlen sich resigniert und desillusioniert.

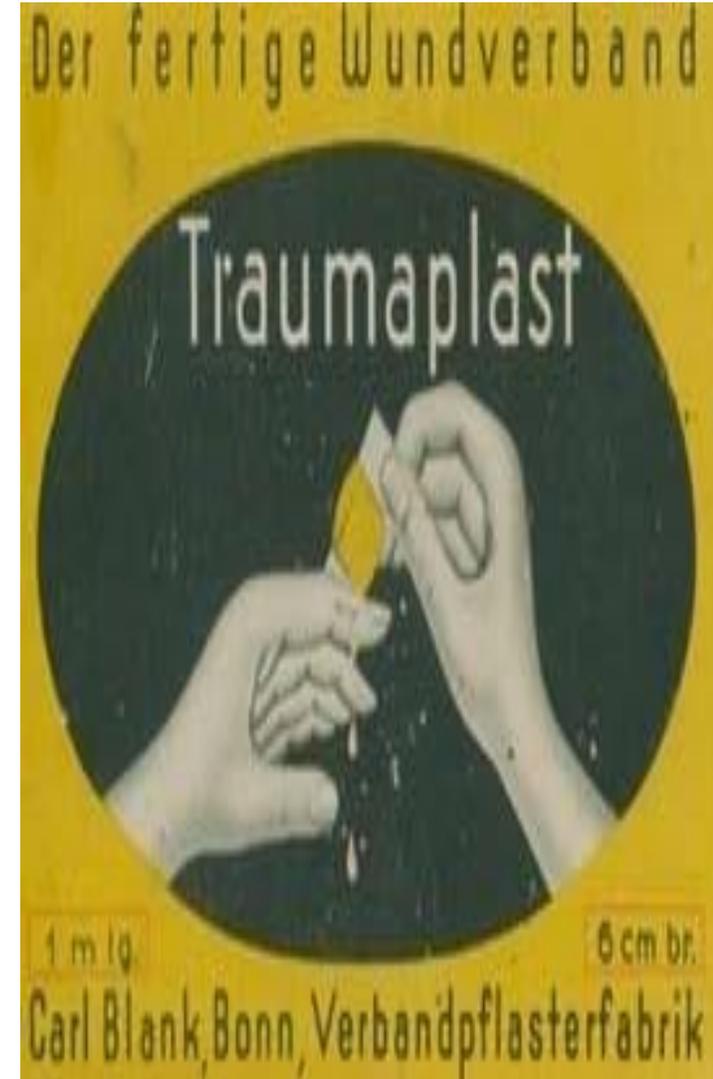
Teil 3) Partnerschaftsgewalt aus Sicht der Psychotraumatologie

- Da in der Routineversorgung häufig nicht traumafokussiert behandelt (Rosner et al. 2014) wird, ist davon auszugehen, dass Betroffene, sofern sie psychotherapeutische Hilfe bekommen, zu selten auch eine traumafokussierte Therapie wie EMDR oder traumafokussierte (Tf-)kognitive Verhaltenstherapie erhalten.
- Unbehandelte Symptome einer PTBS gehen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer Reviktimisierung einher, wodurch die PTBS-Symptomatik sich abermals verstärkt.

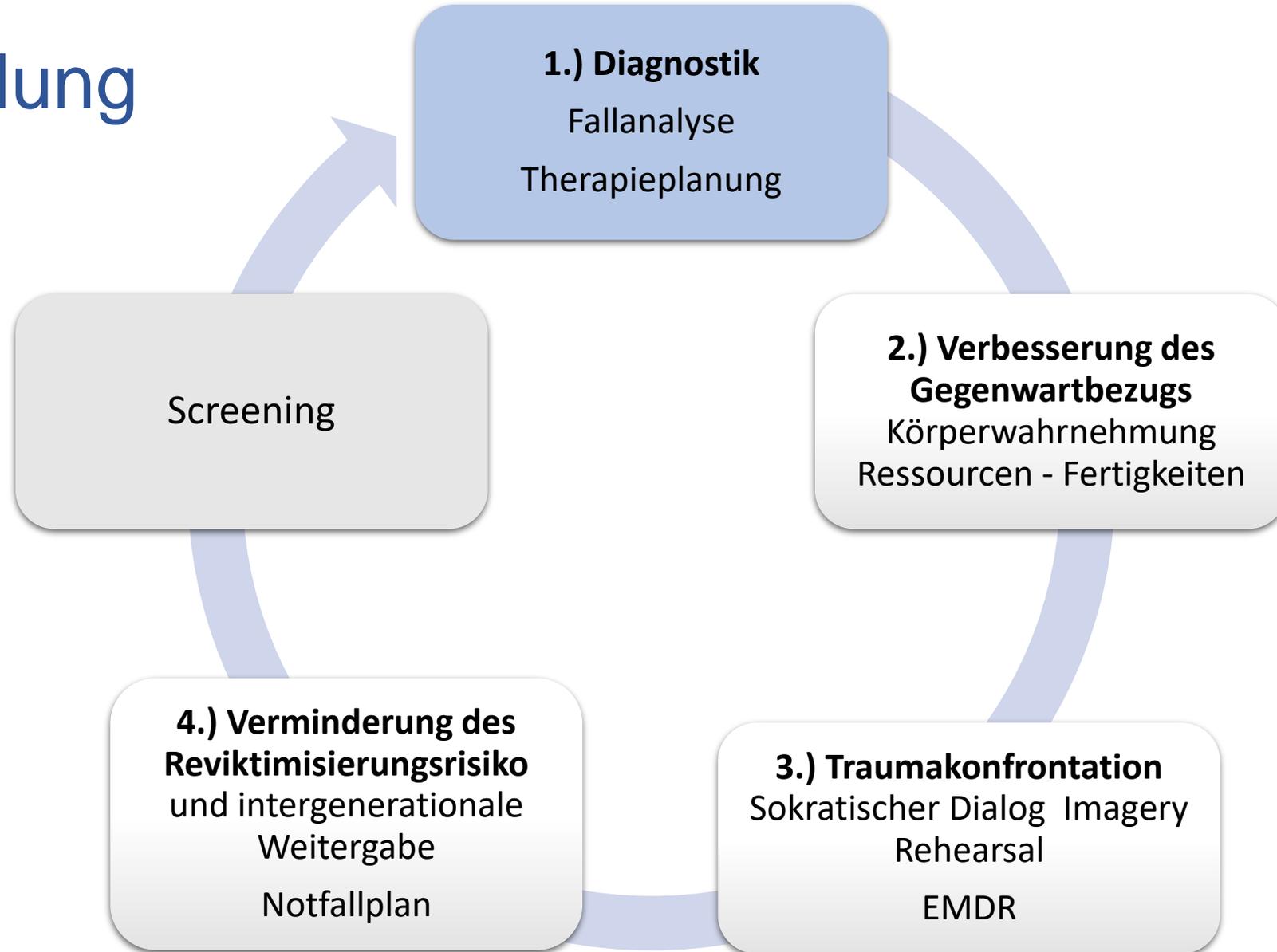


Teil 3) Partnerschaftsgewalt aus Sicht der Psychotraumatologie

- Die PTBS und die komplexe (k-) PTBS lassen sich durch eine Traumafokussierte (Tf-) Psychotherapie
- wirksam behandeln.
- Traumafokussierte Therapien bei k-PTBS wie:
- **Cognitive Processing Therapy** (CPT, Resnick 1993)
- **STAIR/NAT** (Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation) (Cloitre et al. 2009)
- **EMDR** (Shapiro 1995)
- Die Tf-Therapiephasen bei (k-) PTBS - nach häuslicher Gewalt:
- Verbesserung des Gegenwartbezugs
- Traumakonfrontation
- Anhaltende Verminderung des Reviktimisierungsrisikos



4.) Teil: Traumafokussierte psychotherapeutische Behandlung



- 4.) Teil: Traumafokussierte Behandlung
- der (k-) PTBS bei gewaltbetroffenen Frauen

- Behandlungsziele:

- Verminderung der Ambivalenz
- Verminderung der Reviktimisierung
- Verminderung der intergenerationalen Weitergabe



4.) Teil: Traumafokussierte Behandlungsziele



Diagnostik:

Bei **Anhalt auf häusliche Gewalt** erfolgt in der klinischen Diagnostik eine detaillierte Exploration der Gewalt (Traumanamnese)

Die Diagnose einer PTBS sollte über ein diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS; Margraf et al. 2017) abgesichert werden.

Für die Psychometrische Erfassung von Symptomen der **komplexen PTBS gemäß ICD-11** bietet sich der kostenlose und zeitökonomische International Trauma Questionnaire (ITQ; Cloitre et al. 2018) an

Eine erhöhte Prävalenz körperlicher Erkrankungen macht zudem häufig fachärztliche Abklärungen und Behandlungen notwendig.

Darüber hinaus sollten auch die Paardynamik, die Familiendynamik sowie die verfügbare soziale Unterstützung der Betroffenen erfasst werden.

ITQ

Seite 1

Instruktion: Im Folgenden sind Probleme und Beschwerden aufgelistet, die bei Menschen als Folgen von traumatischen oder belastenden Lebenserfahrungen auftreten. Bitte wählen Sie die Erfahrung aus, die Sie am meisten belastet und beantworten Sie die Fragen auf diese Erfahrung hin.

Belastende Lebenserfahrung _____

Wann fand dieses Erlebnis statt? (bitte eine der Möglichkeiten ankreuzen)

- a. vor weniger als 6 Monaten
- b. vor 6 bis 12 Monaten
- c. vor 1 bis 5 Jahren
- d. vor 5 bis 10 Jahren
- e. vor 10 bis 20 Jahren
- f. vor mehr als 20 Jahren

Bitte lesen Sie jede Aussage gründlich durch und kreuzen dann die Zahl auf der rechten Seite an, die angibt, wie sehr Sie dieses Problem im letzten Monat belastet hat.

	<i>Gar nicht</i>	<i>Ein bisschen</i>	<i>Mittelmäßig</i>	<i>Ziemlich</i>	<i>Sehr stark</i>
P1. Aufwühlende Träume, in denen Teile des Erlebnisses wieder passierten oder die einen klaren Bezug zu dem Erlebnis hatten.	0	1	2	3	4
P2. Intensive Bilder oder Erinnerungen haben, die manchmal auftauchen und bei denen Sie sich fühlen, als ob das Erlebnis jetzt und hier gerade noch einmal stattfindet.	0	1	2	3	4
P3. Vermeiden, dass etwas von Innen an das Erlebnis erinnert (zum Beispiel Gedanken, Gefühle oder Körperempfindungen).	0	1	2	3	4
P4. Vermeiden, dass etwas von Außen an das Erlebnis erinnert (zum Beispiel Menschen, Orte, Gespräche, Dinge, Tätigkeiten oder Situationen).	0	1	2	3	4
P5. Extrem wachsam sein, aufmerksam oder „auf der Hut“ sein.	0	1	2	3	4
P6. Sich kribbelig fühlen oder leicht erschreckbar sein.	0	1	2	3	4

Haben sich die oben genannten Probleme im letzten Monat:

P7. Auf Ihre Beziehungen zu anderen Menschen oder Ihre sozialen Kontakte ausgewirkt?	0	1	2	3	4
P8. Auf Ihre Arbeit oder Ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt?	0	1	2	3	4
P9. Auf irgendeinen anderen wichtigen Lebensbereich ausgewirkt, wie zum Beispiel Kindererziehung, Leistungen für Schule oder Universität oder sonstige wichtige Aktivitäten?	0	1	2	3	4

ITQ

Seite 2

Hier stehen Probleme oder Symptome, die bei Menschen auftreten können, die irgendwann einmal belastende oder traumatische Erlebnisse hatten. Die Aussagen beziehen sich darauf, wie Sie typischerweise fühlen, typischerweise über sich selbst denken und sich typischerweise mit anderen Menschen verhalten. Bitte geben Sie an, wie sehr jede der Aussagen auf Sie zutrifft.

Wie sehr trifft dies auf Sie zu?

Gar nicht

*Ein
bisschen*

*Mittel-
mäßig*

Ziemlich

Sehr stark

C1. Wenn ich aufgebracht bin, dauert es bei mir lange bis ich mich wieder beruhige.	0	1	2	3	4
C2. Ich fühle mich wie abgestumpft oder gefühlsmäßig taub.	0	1	2	3	4
C3. Ich fühle mich als Versager.	0	1	2	3	4
C4. Ich fühle mich wertlos.	0	1	2	3	4
C 5. Ich fühle mich wie weit entfernt oder abgeschnitten von anderen Menschen.	0	1	2	3	4
C6. Ich finde es schwierig anderen Menschen gefühlsmäßig nahe zu bleiben.	0	1	2	3	4

Haben die oben genannten Probleme aus den Bereichen Gefühle, Einstellungen zu sich selbst und zu Beziehungen im letzten Monat:

C7. Bedenken oder Sorgen bezüglich Ihrer Beziehungen zu anderen Menschen oder Ihren sozialen Kontakten erzeugt?	0	1	2	3	4
C8. Sich auf Ihre Arbeit oder Ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt?	0	1	2	3	4
C9. Sich auf irgendeinen anderen wichtigen Bereich Ihres Lebens ausgewirkt, wie zum Beispiel Kindererziehung, Leistungen für Schule oder Universität oder sonstige wichtige Aktivitäten?	0	1	2	3	4

4. Teil: Traumafokussierte Therapie für gewaltbetroffene Frauen

- **Fallvignette Frau F.**



4. Teil) Traumafokussierte Therapie für gewaltbetroffene Frauen

- Fallvignette Frau F.

- 45-jährige Klientin, Herkunftsland Thailand, Mutter 2er Kinder (Tochter 15 Jahre, Sohn 11 Jahre), war bis 2015 Geschäftsinhaberin
- Kam 2017 (bis 2019; 60 Therapiesitzungen) in die Tf-Therapie nach einem 3-monatigen Aufenthalt im Frauenhaus
- Der Ehemann (50-jährig, Herkunftsland Thailand, beging in 2017 Selbstmord, war von Beruf Musiker und ein bekannter Cellist); er beging 1 Monat nach der Flucht der Klientin Selbstmord – er litt seit 7 Jahren unter einer gemischt manisch-depressiven schizoaffektiven Störung mit zunehmend wahnhaften Zügen.
- Die Ehepartner waren 20 Jahre miteinander verheiratet gewesen, davon 12 Jahre insgesamt glücklich.

Jahrelange Beteuerungen des Ehemanns, er werde sich ändern oder er werde sich medikamentös einstellen und behandeln lassen

Mehrfach erfolglose Versuche, soziale Unterstützung in der Community zu erhalten

Ablehnung, Drohungen und Beschuldigungen durch die Familie des verstorbenen Ehemanns

Veruntreuung, Erniedrigungen, Anschreien, Drohungen bis zu Todesdrohungen, schubsen, Klientin für verrückt erklären, Kinder bedrohen und als Druckmittel einsetzen

4. Teil) Traumafokussierte Therapie für gewaltbetroffene Frauen

– Fallvignette Frau F. / 1. Diagnostik

Diagnostik der komplexen Traumafolgestörungen

- **Depression**



- **PTBS**

- Intrusionen
- Vermeidungsverhalten
- Emotionale Taubheit
- Übererregung



- **k-PTBS**



Problembereiche

- **Selbstwertdefizite**
- erlernte Hilflosigkeit
- Verlust – (traumatische) Trauer
- _____
- **Nachhallerinnerungen**
- Dissoziationen
- Schlafstörungen
- Hyperwachsamkeit
- Alpträume
- Traumabezogene Überzeugungen
- Scham und Schuldgefühle
- Misstrauen
- _____
- **Veränderung der Selbstwahrnehmung**
- Veränderung der Lebenseinstellung

4. Teil) Traumafokussierte Behandlung (k-) PTBS (ICD-11)



4. Teil) Traumafokussierte Therapie für gewaltbetroffene Frauen Verbesserung des Gegenwartsbezugs - Selbstwirksamkeitserfahrungen stärken

Ressourcen und Selbstwirksamkeitserfahrungen stärken, um dadurch ein situationsadäquates und selbstfürsorgliches Verhalten bei gewaltbetroffenen Frauen zu unterstützen.

Körperwahrnehmung schulen, um die Wahrnehmung von Grenzen und einen positiveren Bezug zum eigenen Körper zu erreichen.

Fertigkeitenvermittlung:

Bei schweren Störungen der Emotionsregulation oder ausgeprägter dissoziativer Komorbidität kann zudem auf die Manuale von Bohus und Wolf-Arehult, Cloitre und Boon zurückgegriffen werden...



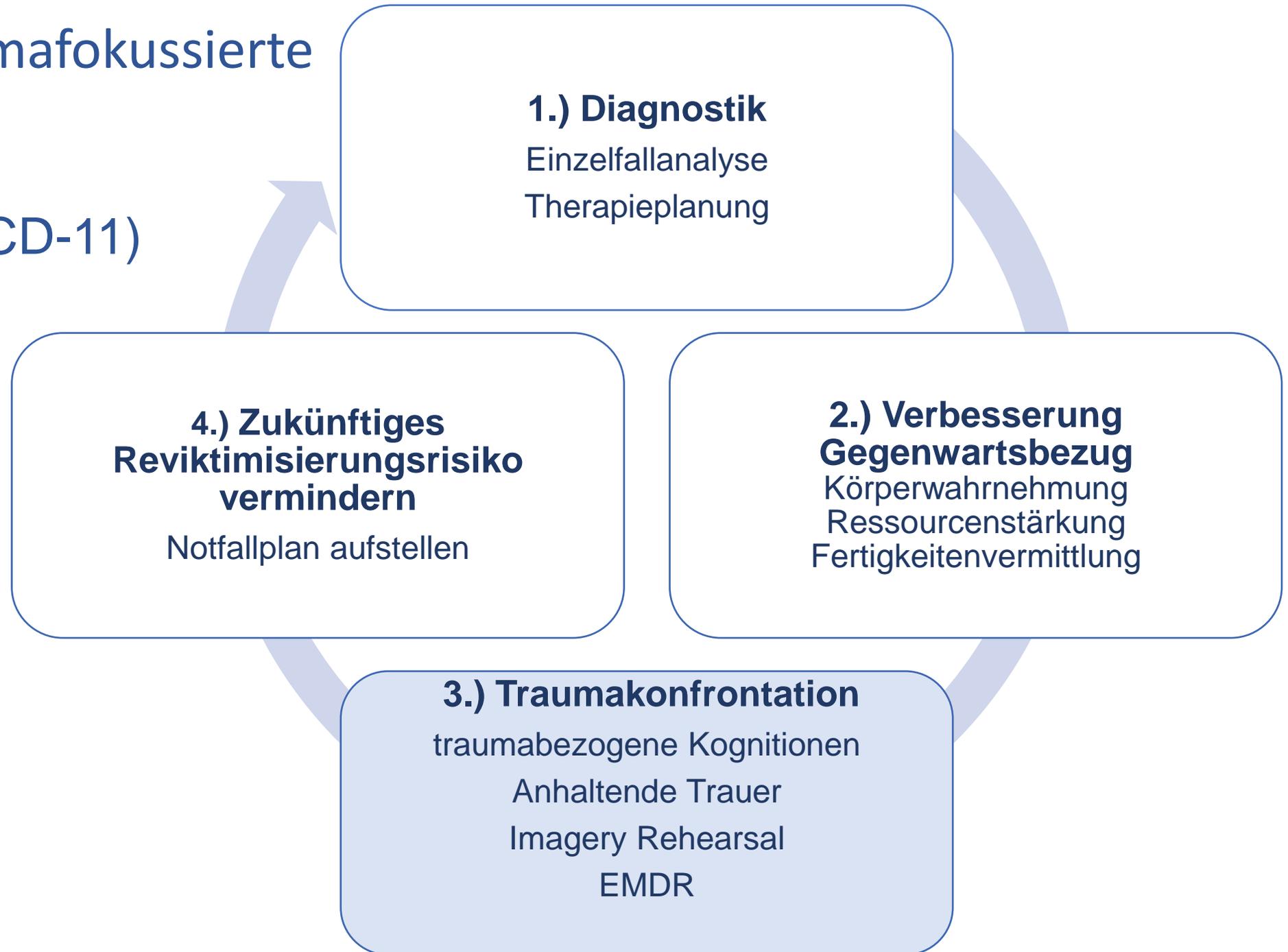
Fallvignette Frau F.

Verbesserung des Gegenwartbezugs

- **Ressourcen - Selbstwirksamkeitserfahrungen:**
 - Besuche im Buddhistischen Tempel
 - Eine große Beerdigung managen
 - Finanzielle Belange klären
 - Soziale Kontakte neu sortieren
 - Umzug in eine neue Wohnung
 - **Körperwahrnehmung**
 - z.B. Achtsamkeitspraxis (zzgl. Achtsamkeitsgruppe)
 - **Fertigkeitenvermittlung**
 - z.B. Dissoziationsstopps
 - („Klopfen“, „Chili“ usw.)



4. Teil) Traumafokussierte
Behandlung
(k-) PTBS (ICD-11)





4. Teil) Traumakonfrontation

- Inhalte der Traumakonfrontation:

- Es wird an den kognitiven Verzerrungen hinsichtlich Themen wie Schuld und Verantwortung, Scham und Selbstwert sowie Sicherheit und Vertrauen gearbeitet (Kubany et al. 2008).
- Häufig ist es erst durch eine Distanzierung von Schuldüberzeugungen möglich, sich mit der dahinterliegenden posttraumatischen Erfahrung von Ohnmacht und Hilflosigkeit („Ich kann nichts tun.“) auseinanderzusetzen.

4. Teil) Traumakonfrontation

Methoden zur Bearbeitung der traumatischen Erfahrungen (Selbsthilfebuch von Kubany et al., 2008).



- **Fallvignette Frau F.**
- **Kognitive Techniken: z.B. „Sokratischer Dialog“:**
- Verzernte Wahrnehmungen der Klientin „Ich hätte früher gehen müssen.“ gehörten in der Tf-Therapie zu den wiederkehrenden automatischen Schuldkognitionen der Klientin.
- Mit Hilfe der kognitiven Methode des „Sokratischen Dialogs“ wurde sie befragt, wie oft der zunehmend gewalttätige Ehemann sie und die Kinder beleidigt und bedroht hat und wie oft er Besserung gelobt hat, nur um dann wieder zu drohen.
- Analog wurde auch mit einer anderen Schuldkognition gearbeitet: „Ich habe nicht genug für meinen Mann getan.“ Das sokratische Befragen bezog sich hier darauf, wie sie denn Ihren Mann zur Medikation hätte bewegen können, wenn er sich Ihr immer wieder entzogen hat.
- Auch die Hinterfragung der Soll- und Muss-Mythen war nützlich: „Die Familie gehört zusammen, egal was geschieht“
- Der „Sokratische Dialog“ verhalf der Klientin zu der Erkenntnis, dass der Ehemann sich vermutlich nicht geändert hätte und dass sie auch nicht mehr Einfluss auf ihn hat nehmen können.
- Bewältigungsgedanken der Klientin:
- „Ich habe mein Bestes versucht, mehr konnte ich nicht tun“.
- Damals war ich hilflos, aber heute kann ich mich wehren und für mich sorgen“.

Kubany – aus: Selbsthilfebuch (2008) – Thema: **Verarbeitung der Schuldgefühle**

Analyse des (vermeintlichen) Fehlverhaltens / Beispiel einer Protokollvorlage:

Haben Sie und wenn ja zu welchem Ausmaß gegen eigene Werte verstoßen?

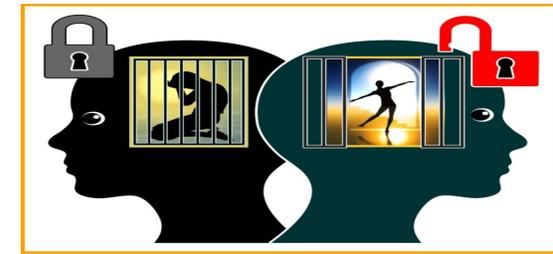
- 1.) Haben Sie absichtlich die negativen Ergebnisse bzw. Konsequenzen verursacht, die mit dem Ereignis in Verbindung stehen? Ja/Nein:
- 2.) Wussten Sie, dass es zu diesem Ergebnis kommen würde, als Sie sich dazu entschlossen, das zu tun, was Sie taten? Ja/Nein:
- 3.) Falls alle möglichen Vorgehensweisen negative Konsequenzen hatten, haben Sie das am „wenigsten schlimme Vorgehen“ gewählt? Ja/Nein:
- 4.) Nun bewerten Sie noch, ob Sie gegen Ihre Werte verstoßen haben: Haben Sie etwas falsch gemacht? (Haben Sie mit dem, was Sie taten gegen persönliche Standards und Werte von richtig oder falsch verstoßen?)
- A) Was ich getan habe, war in keiner Weise falsch
- B) Was ich getan habe, war etwas falsch
- C) Was ich getan habe, war mittelmäßig falsch
- D) Was ich getan habe, war größtenteils falsch
- E) Was ich getan habe, war vollkommen falsch.
- **Was haben Sie aus der Analyse dieser Schuldfrage gelernt:** _____
- _____

4.) Teil: Traumafokussierte Behandlung Traumakonfrontation durch Körperarbeit Umgang mit Dissoziationen und emotionaler Taubheit

- **Dissoziationen und emotionale Taubheit** – sind die Folge von gelernter Machtlosigkeit und chronischem Stress: Frauen zeigen in einer gewalttätigen Beziehung eine überwiegend verminderte Problemlöseorientierung.
- Betroffene halten angesichts der Gefahrenlage („Trigger“) vielmehr **„still“** und **„erstarren“**. Sie kollabieren im Körper und verharren in einem dissoziativen **„shut down“** - Zustand, um die Folgen von schmerzlichen Situationen zu minimieren, die von ihnen als **unlösbar** wahrgenommen werden.
- **Fallvignette Frau F.:**
- Hier erwies sich die **Tf-Körperarbeit**
- - mit Hilfe der Achtsamkeitspraxis und mit der Methode des Somatic Experiencing -
- - als sehr hilfreich, im Hier und Jetzt anzukommen, und den Körper wieder als eine lebendige Ressource - die zu normalen situativen Kampf- und Fluchtreaktionen befähigt ist - für sich erfahrbar zu machen.

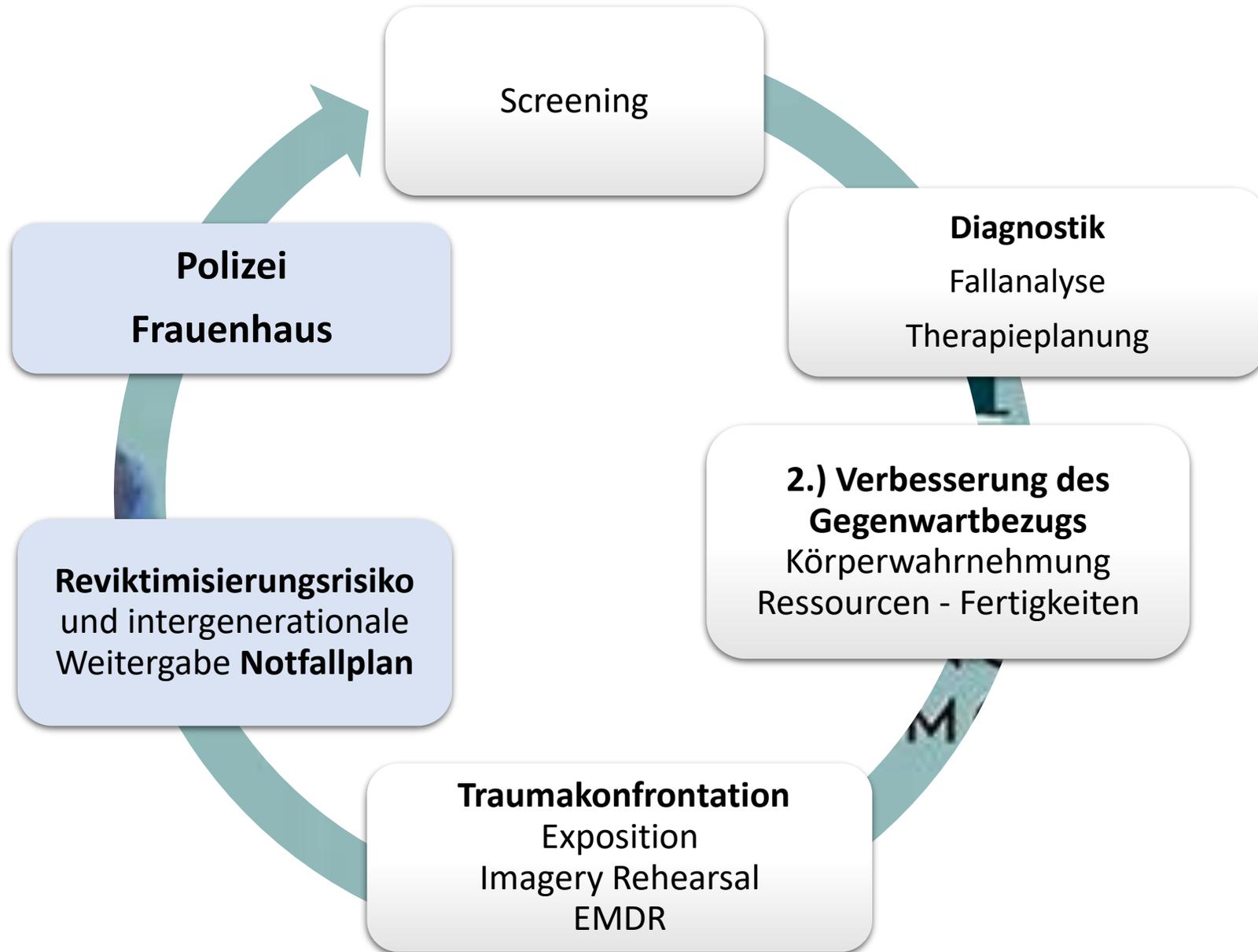


4. Teil) Traumakonfrontation Traumakonfrontationsmethode



- Fallvignette Frau F.
- **Frau F.:** die Bearbeitung ihrer traumatischen Erinnerungen konnte außerdem durch die Anwendung z.B. der **EMDR-Methode** nicht nur die Entwicklung günstigerer Bewertungen unterstützen, sondern ihr gleichzeitig auch traumabezogene Gefühle wie die erlebte Ohnmacht und Hilflosigkeit zugänglich machen.
- Sie konnte ihre Erfahrungen von Ohnmacht und Ausgeliefertsein immer besser in der Vergangenheit verorten und so auch die Trauer um den Verlust verarbeiten und mehr Selbstfürsorge und Mitgefühl mit sich erleben.
- Es gelang ihr zunehmend adäquate Gefühle der Wut und dem Ärger zuzulassen und auszudrücken: „**Das habe ich nicht verdient**“
- Gegen Ende der Therapie begann sie sich erfolgreich als Künstlerin zu betätigen.

4. Teil) Traumafokussierte Behandlung



Teil 4) Ergänzung zur Traumakonfrontation

Anhaltende Gewalt und Täterkontakt

- Komplizierend kann anhaltende Gewalt während der Therapie sein, und den Therapieerfolg beeinträchtigen
- Auch beim Therapeuten kann starke Ohnmacht ausgelöst werden. 
- Täterkontakt stellt aber keine Kontraindikation für eine traumafokussierte Psychotherapie dar (Kubany 2008)
- Ergänzend zur Traumakonfrontation sollte daran gearbeitet werden, dass Betroffene potenzielle Täter rechtzeitig erkennen.
- Eine traumafokussierte Psychotherapie sollte das Reviktimisierungsrisiko gezielt einbeziehen.
- Hinweis auf ein Reviktimisierungsrisiko sind u.a. posttraumatische Kognitionen, wie z.B. : „Ich kann meinem Urteil nicht vertrauen“.



- **Teamsupervision** ist in der Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen mit / ohne Kinder dringend zu empfehlen!

Teil 4) Ergänzung zur Traumakonfrontation

Verminderung des Reviktimisierungsrisikos

- Reale Anzeichen einer sich akut zuspitzenden Gefährdung können eskalierende Gewalt, ausgeprägte Eifersucht des Täter*in, Schläge während der Schwangerschaft, Bedrohung mit einer Waffe oder die Sorge der Betroffenen sein, dass ihr Partner*in sie töten könnte.
- Entscheiden sich gewaltbetroffene Frauen für eine Trennung, sollte beachtet werden, dass Fragen der Sicherheit dann erneut hohe Bedeutung erlangen, da etwa das Risiko eines Mordes im Verlauf einer Trennung zunimmt.

Schutz-/Notfallplan



- Neben der Erarbeitung einer realistischen Gefahreneinschätzung, individuellen Frühwarnzeichen von Gewalt und Deeskalationsstrategien, sollten auch Kontakte zu Unterstützungsangeboten wie der **Polizei**, dem **Weißem Ring** oder dem lokalen **Frauenhaus** oder auf einer **stationären Krisenstation** ermittelt werden.
- Gemeinsam sollte ein **Notfallplan** erarbeitet werden, auf den bei akuter Gefahr zurückgegriffen werden kann:
 - welche persönliche Dokumente und Gegenstände bei einer Flucht nicht vergessen werden dürfen,
 - wie der Schutz von Kindern sichergestellt und durch wen Unterstützung rasch aktiviert werden kann.

Teil 5) Handlungsfeld und Netzverbund

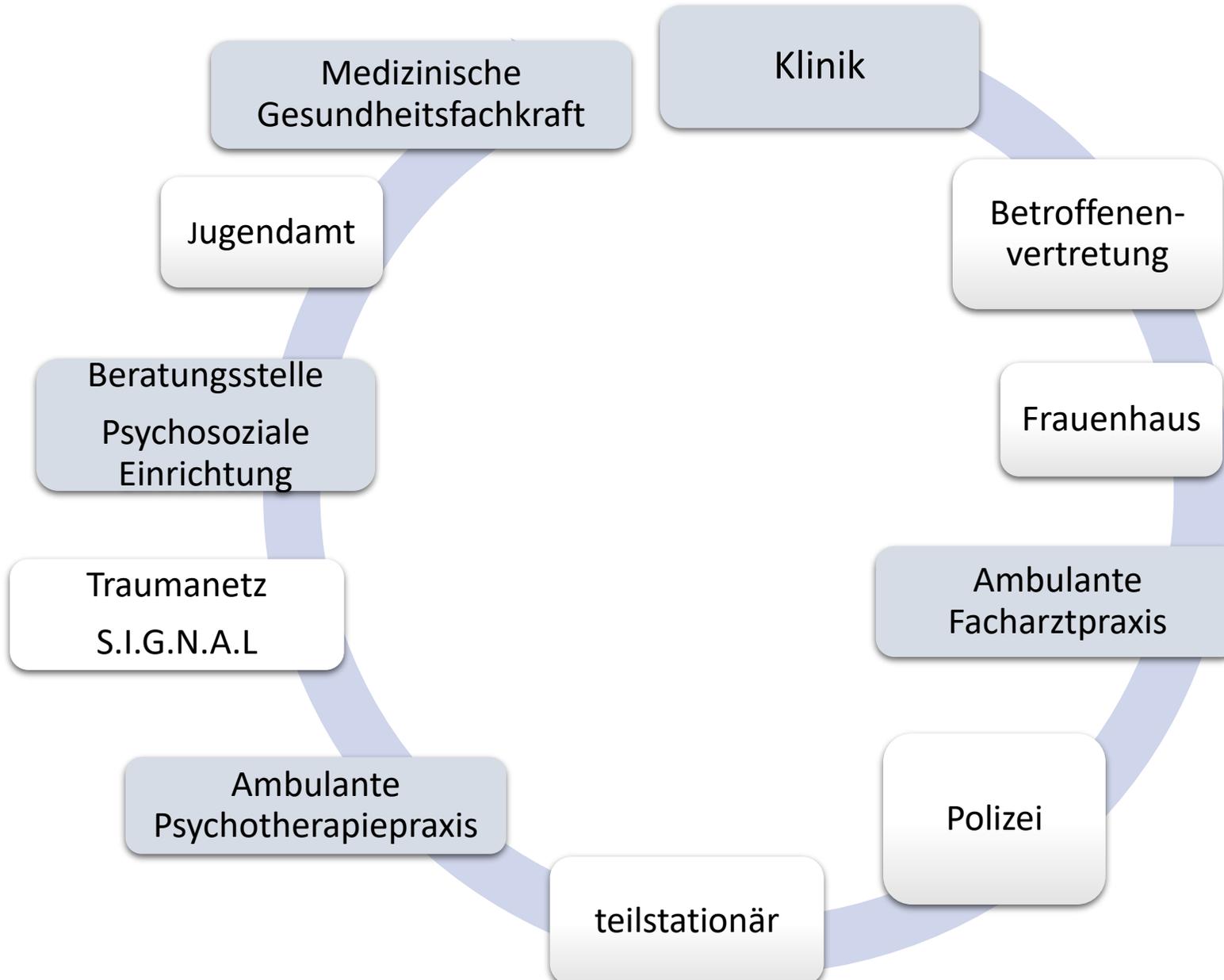


- Ergebnisse aus den Befragungen der teilnehmenden Gesundheitsfachkräfte (Schellong 2017):
- Hilfestellung in der Weitervermittlung in die Tf-Psychotherapie gehörte zu den am häufigsten genannten Wünschen,
- In die Behandlungskette bei Folgestörungen von häuslicher Gewalt gehört eine gute Vernetzung (auch) mit der psychotherapeutischen Versorgung.
- Spezifische Behandlungsverbände könnten die Vermittlung zu Krisen - oder Traumaambulanzen und in Angebote der psychotherapeutischen Versorgung erheblich erleichtern.

• Zusammenfassung - Ausblick:

- Die Datenlage bestätigt den Nutzen eines Netzverbunds in der multidisziplinären Versorgung.
- Die Aufmerksamkeit sollte sich vermehrt auf die intergenerationale Weitergabe häuslicher Gewalt bei betroffenen Kindern und Jugendlichen und ihre Entwicklungstraumatisierungen richten.
- Multiprofessionelle Schulungen, Austauschmöglichkeiten und Fortbildungsangebote - mit verschiedenen Ansprechpartner*innen und Einrichtungen (Polizei, Frauenhäuser oder Gewaltschutzzentren, u.a.m.) -
- fördern das Verständnis für gewaltbetroffene Frauen mit / ohne Kinder,
- erleichtern die Bereitstellung vorhandener Ressourcen der Behandler*innengruppen, und
- tragen zu einer Verbesserung der Versorgung bei gewaltbetroffenen Frauen mit / ohne Kinder bei.

Teil 5) Handlungsfeld und Netzverbund



- **...Qualitätszirkel?**
- **...Netz-AG ?**

Häusliche Gewalt – Partnerschaftsgewalt gegen Frauen - eine gesamtgesellschaftliche und politische Aufgabe!



Traumafokussierte Therapie für gewaltbetroffene Frauen – in (außerhalb) der Psychotherapiepraxis



- Vielen Dank für Ihre
- Aufmerksamkeit !

- Kontakt:
- AKarameros@t-online.de
- www.psychotherapie-karameros.de

Literaturhinweise:

- Bessel van der Kolk. Verkörperter Schrecken. Traumaspuren im Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann. Paderborn: Probst 2016 (3. Auflage)
- Büttner M. (Hrsg.). Handbuch häusliche Gewalt. Stuttgart: Schattauer Verlag 2020
- Kubany E.S., McCraig M.A., Laconsay J.R. Das Trauma häuslicher Gewalt überwinden. Ein Selbsthilfebuch für Frauen. Göttingen: Hogrefe Verlag 2015