



Frauenhaus-
koordinierung e.V.

Handreichung

Unterstützung gewaltbetroffener Frauen
mit psychischen Beeinträchtigungen



www.frauenhauskoordinierung.de

Impressum

Die Handreichung Unterstützung gewaltbetroffener Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen wurde in der Arbeitsgruppe von FHK Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen in den Jahren 2012 bis 2015 erstellt. Beteiligt waren:

- Petra Antoniewski (Fachberatungsstelle gegen sexualisierte Gewalt, Frauen helfen Frauen e.V. Rostock)
- Sarah Clasen (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.)
- Christa Frauenberger (Arbeiterwohlfahrt Landesverband Berlin e.V.)
- Birgit Gaile (AWO-Frauenhaus Augsburg)
- Heike Herold (Frauenhauskoordinierung e.V.)
- Sylvia Belinda Müller (Dresdner Interventions- und Koordinierungsstelle, Frauenschutzhaus Dresden e.V.)
- Dr. Katharina Ratzke (Diakonie Deutschland)
- Sandra Schleicher (Frauenhauskoordinierung e.V.)
- Dr. Silke Schwarz (Frauenhaus Cocon Berlin)
- Johanna Thie (Diakonie Deutschland)
- Christine Trenz (Frauenhaus Duisburg gGmbH) und
- Claudia Lissewski († 2013, Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.)

Frauenhauskoordinierung e.V. vereint die Wohlfahrtsverbände Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband, Paritätischer Gesamtverband e. V., Sozialdienst katholischer Frauen Gesamtverein e. V./Deutscher Caritasverband e. V. sowie einzelne Träger von Frauenhäusern und Fachberatungsstellen.

Frauenhauskoordinierung e. V. koordiniert, vernetzt und unterstützt das umfassende Hilfe- und Unterstützungssystem, fördert die fachliche Zusammenarbeit und bündelt die Praxiserfahrungen, um sie in politische Entscheidungsprozesse sowie in fachpolitische Diskurse zu transportieren.

Hrsg.:

Frauenhauskoordinierung e.V.
10117 Berlin, Tucholskystr. 11
Tel.: 030/92122083 | Fax: 030/680 772 37
E-Mail: info@frauenhauskoordinierung.de
www.frauenhauskoordinierung.de

Verantwortlich im Sinne des Presserechts: Heike Herold

Redaktion: Heike Herold, Frauenhauskoordinierung e. V.

Gestaltung: Christine Maier, Berlin

Berlin, September 2015

Frauenhauskoordinierung wird gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)



Das Layout und der Druck wurden realisiert mit freundlicher Unterstützung von Driving Queens e.V.



Inhalt

1. Einführung	2
2. Psychische Beeinträchtigungen und das Versorgungssystem	8
2.1 Überblick über psychische Beeinträchtigungen	8
2.2 Die Regelversorgung bei psychischen Erkrankungen	20
2.3 Das System der Suchtkrankenhilfe	23
2.4 Die Selbsthilfe	25
3. Möglichkeiten und Grenzen des Hilfesystems für gewaltbetroffene Frauen	27
3.1 Frauenhäuser	28
3.2 Fachberatungsstellen bei Gewalt gegen Frauen	30
3.3 Fachberatungsstellen gegen sexualisierte Gewalt	32
3.4 Interventionsstellen	34
4. Herausforderungen in der Praxis	37
4.1 Herausforderungen in der Unterstützung betroffener Frauen	38
4.1.1 Selbstverletzung und Suizidalität	40
4.1.2 Konfliktreiches Verhalten gegenüber Anderen	43
4.1.3 Riskanter Konsum von Alkohol und Drogen	44
4.1.4 Das Gefühl „verfolgt zu werden“	46
4.1.5 „Eigensinn“	49
4.1.6 Lähmende Hilflosigkeit und zerreibende Ambivalenzen	51
4.2 Auswirkungen auf die mitbetroffenen Kinder	53
5. Ausblick	59
6. Anhang	60

1. Einführung

Von Heike Herold, Frauenhauskoordinierung e.V.

Frauenhauskoordinierung e.V. (FHK) hat bereits 2011 gemeinsam mit dem Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe e.V. (bff) und Weibernetz e.V. einen Leitfaden für den Erstkontakt mit gewaltbetroffenen Frauen mit Behinderung herausgegeben, der mit großem Interesse von der Fachpraxis aufgenommen wurde. Dieser enthält auch einen Abschnitt: „Das ist wichtig für Frauen mit psychischen Erkrankungen und/oder Psychiatrieerfahrungen“. Es wurde aber schnell deutlich, dass die Frage der Unterstützung gewaltbetroffener Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen eine intensivere Befassung braucht, als sie im Rahmen dieses Leitfadens möglich war.

Gleichzeitig verdeutlichen die Mitarbeiterinnen der Frauenhäuser¹ und Fachberatungsstellen², dass die Unterstützung von gewaltbetroffenen Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen sie an die Grenzen der Einrichtungen und der Mitarbeiterinnen bringt. Hier braucht die Praxis eine besondere Unterstützung, um auch diese Frauen adäquat zu beraten und ihnen geschützte Unterkünfte zu bieten. Die Frauenhauskoordinierung hat auf dem 29. Werkstattgespräch 2011 mit Praktikerinnen eine erste Problemsammlung erstellt, die den dringenden Handlungsbedarf verdeutlichte.

Auch der Bericht der Bundesregierung zur Situation der Frauenhäuser, der Fachberatungsstellen und anderer Unterstützungsangebote für gewaltbetroffene Frauen und deren Kinder 2012 problematisiert den Zugang zum und die Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen mit psychischen Belastungen im Hilfesystem. Hier gibt es deutliche Versorgungslücken.

Wir freuen uns, dass es gelungen ist, diese Handreichung der FHK für die Praxis des Hilfesystems zu erstellen. Insbesondere danken wir den Expertinnen in der Arbeits-

¹ Die Bezeichnung Frauenhaus umfasst die Frauenhäuser und Frauenschutzwohnungen.

² Unter Fachberatungsstelle sind Frauenberatungsstellen, Frauennotrufe bei sexualisierter Gewalt und Interventionsstellen bei häuslicher Gewalt gefasst.

gruppe, welche die Texte erstellten und fachlich bearbeiteten: Petra Antoniewski (Fachberatungsstelle gegen sexualisierte Gewalt, Frauen helfen Frauen e.V. Rostock), Sarah Clasen (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.), Christa Frauenberger (Arbeiterwohlfahrt Landesverband Berlin e.V.), Birgit Gaile (AWO-Frauenhaus Augsburg), Heike Herold (Frauenhauskoordinierung e.V.), Sylvia Belinda Müller (Dresdner Interventions- und Koordinierungsstelle, Frauenschutzhaus Dresden e.V.), Dr. Katharina Ratzke (Diakonie Deutschland), Sandra Schleicher (Frauenhauskoordinierung e.V.), Dr. Silke Schwarz (Frauenhaus Cocon Berlin), Johanna Thie (Diakonie Deutschland), Christine Trenz (Frauenhaus Duisburg gGmbH). An dieser Stelle möchten wir an unsere Kollegin Claudia Lissewski erinnern, die 2013 plötzlich verstorben ist. Mit dieser Handreichung haben wir die von ihr begonnene Arbeit weitergeführt. Die Belange gewaltbetroffener Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen lagen ihr besonders am Herzen.

Dem Frauen-Golf-Club Driving Queens möchten wir ganz besonders für ihre großzügige Spende danken, die uns die Gestaltung und den Druck der Handreichung ermöglichte. Die Erstellung der Handreichung wurde durch die Förderung der Geschäftsstelle der FHK durch das BMFSFJ möglich. Auch dafür unser Dank.

Unser Anliegen

Ziel dieser Handreichung ist es, die Handlungssicherheit der Mitarbeiterinnen von Frauenhäusern und Fachberatungsstellen mit Empfehlungen und praktischen Hinweisen zu stärken. Neben einführenden Informationen zu psychischen Beeinträchtigten bei gewaltbetroffenen Frauen werden Probleme im Beratungsalltag beschrieben und Empfehlungen für die Praxis gegeben. Darüber hinaus bietet der Text Informationen zu Zugangswegen zu anderen Hilfesystemen und Hinweise zu Kooperationspartnern/-innen. Neben einer Reihe von Best-Practice-Modellen finden die Leser/-innen verschiedene Arbeitshilfen.

Wünschenswert ist es, wenn mit der Handreichung bisher vorhandene Zugangsschwellen für betroffene Frauen abgesenkt werden und die Unterstützungsleistungen verbessert werden können. Darüber hinaus soll die Handreichung auch Impulse für die Weiterentwicklung der Konzepte der Frauenhäuser und Fachberatungsstellen geben. Frauenhauskoordinierung möchte mit dieser Handreichung für die Praxis zur Sensibilisierung für die schwierige Situation und den Unterstützungsbedarf von gewaltbetroffenen Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen beitragen.

Dennoch hat diese Handreichung deutliche Grenzen: Sie kann nur einen ersten Einstieg in ein vielschichtiges Thema bieten, das sehr kontrovers diskutiert wird. Die Empfehlungen für die Praxis verstehen sich nicht als Patentrezepte und die Leser/-innen müssen kritisch prüfen, ob sie im jeweiligen Frauenhaus (FH) oder der Fachberatungsstelle sinnvoll angewendet werden können. Die Mitarbeiterinnen betonen, dass die Situation jeder Frau und deren Unterstützungsmöglichkeiten im Hilfesystem bei Gewalt sehr differenziert betrachtet werden muss. Das Spektrum reicht von Frauen mit zeitweiligen leichten Symptomen, Frauen mit diagnostizierten psychischen Erkrankungen, Frauen in medizinischer Behandlung, Frauen mit und ohne Krankheitseinsicht, Frauen mit Suchtproblemen unterschiedlicher Ausprägung, Frauen in schweren psychischen Krisen bis hin zu Suizidalität. Dennoch soll nicht unbeachtet bleiben, dass psychische Krisen in der Regel vorübergehend sind und nur phasenweise auftreten.

Handreichung als Unterstützung der Praxis

Diese Handreichung wurde in erster Linie für die Fachpraxis in Frauenhäusern, Frauenberatungsstellen, Frauennotrufen und Interventionsstellen konzipiert. Sie richtet sich aber auch an Interessierte in den Wohlfahrtsverbänden und anderen Hilfebereichen, die Kontakt zu gewaltbetroffenen Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen haben, wie dem psychiatrischen Versorgungssystem, dem Gesundheitswesen, der Kinder- und Jugendhilfe und weiteren Arbeitsfeldern.

Grundpositionen

Frauenhauskoordinierung geht in dieser Handreichung von folgenden Grundpositionen aus:

Alle gewaltbetroffenen Frauen und deren Kinder haben einen Anspruch auf Zugang zu Schutz und adäquater Hilfe. Psychische Beeinträchtigungen sind ein zusätzlicher Aspekt, der bei der Unterstützung der Frauen berücksichtigt werden muss.

Psychische Beeinträchtigungen sind Dimensionen des menschlichen Daseins und „Teil menschlicher Vielfalt“. Das spiegelt sich bereits in der Unterstützungspraxis von Frauenhäusern und Fachberatungsstellen wider: Es werden gewaltbetroffene Frauen aus unterschiedlichen sozialen Schichten und kulturellen Kontexten unterstützt, Frauen verschiedenen Alters, mit unterschiedlicher sexueller Orientierung, mit und ohne Kinder, mit und ohne Behinderung oder Beeinträchtigung. Viele der unterstützten Frauen haben psychische Beeinträchtigungen, die unterschiedlich ausgeprägt und unterschiedlich stark verfestigt sind.

Es ist wichtig für das Hilfesystem, bei Gewalt gegen Frauen die eigenen Möglichkeiten und Grenzen zu sehen: Frauenhäuser und Fachberatungsstellen unterstützen die Frauen und Kinder bei der Sicherung von Schutz, bei der Überwindung der Gewalterfahrungen und beim Aufbau gewaltfreier Lebensperspektiven durch Beratung, Begleitung und Beziehungsangebote. Für die Behandlung und Diagnostik psychischer Beeinträchtigung ist aber eine entsprechende Ausbildung erforderlich. Diese Leistungen werden von den Akteuren/-innen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem erbracht und für sie gelten andere gesetzliche Grundlagen, wie z.B. das Sozialgesetzbuch V (SGB V).

Die interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung der verschiedenen Akteure/-innen im Hilfesystem für gewaltbetroffene Frauen, im psychiatrischen-psychotherapeutischen Versorgungssystem, dem Gesundheitswesen oder in Behörden ist unabdingbar, um diese Frauen und ihre Kinder wirkungsvoll zu unterstützen.

Begriffsklärungen:

■ Psychische Beeinträchtigungen

In dieser Handreichung wird in Anlehnung an den Teilhabebericht der Bundesregierung 2013 der Begriff der „psychischen Beeinträchtigung“³ verwendet. Die psychischen Beeinträchtigungen umfassen alle Formen von psychischen Störungen und Erkrankungen⁴, dazu zählen auch die Suchterkrankungen.

■ Gewalt gegen Frauen

In Übereinstimmung mit der Istanbul-Konvention des Europarates 2011 wird Gewalt gegen Frauen „als eine Menschenrechtsverletzung und eine Form der Diskriminierung der Frau verstanden und bezeichnet alle Handlungen geschlechtsspezifischer Gewalt, die zu körperlichen, sexuellen, psychischen oder wirtschaftlichen Schäden oder Leiden bei Frauen führen oder führen können, einschließlich der Androhung solcher Handlungen, der Nötigung oder der willkürlichen Freiheitsentziehung, sei es im öffentlichen oder privaten Leben.“ Dabei „bezeichnet der Begriff ‘geschlechtsspezifische Gewalt gegen Frauen’ Gewalt, die gegen eine Frau gerichtet ist, weil sie eine Frau ist, oder die Frauen unverhältnismäßig stark betrifft.“⁵

■ Gewalterfahrung und psychische Beeinträchtigungen

Viele Frauen in Deutschland erleben Gewalt in Partnerschaften, aber auch im öffentlichen Raum und in Institutionen.⁶ In besonders hohem Maße erfahren Frauen mit

Behinderungen unterschiedliche Formen geschlechtsspezifischer Gewalt.⁷ Ausgeübt wird die Gewalt überwiegend von Männern in Partnerschaften, in Familien, am Arbeitsplatz und im öffentlichen Raum.

Partnerschaftsgewalt hat außerdem gravierende Auswirkungen auf die Kinder, die in diesen Familien heranwachsen.

Gewalterleben hat so erhebliche Folgen für die Gesundheit von Frauen, dass die Weltgesundheitsorganisation sie als „Globales Gesundheitsproblem von epidemischem Ausmaß“ bezeichnet.⁸ Die Gesundheitsfolgen manifestieren sich in Verletzungsfolgen, somatischen und psychosomatischen Folgen, psychischen Beschwerden, in gesundheitsgefährdenden Überlebens- und Bewältigungsstrategien und in Auswirkungen auf die reproduktive Gesundheit. In der internationalen Forschung ist ein deutlicher Zusammenhang von Gewalterleben und psychischen Beschwerden belegt.

Als psychische Folgen von Gewalt gegen Frauen werden besonders genannt: Depressionen, Stresssymptome, Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Essstörungen und Suizidalität.⁹ Dies betrifft sowohl das Gewalterleben in der Kindheit als auch im Erwachsenenleben.

3 Im Teilhabebericht wird unterschieden zwischen Beeinträchtigungen und Behinderungen. Beeinträchtigungen sind Einschränkungen auf Grund von Besonderheiten von Körperfunktionen oder Körperstrukturen. Behinderungen liegen dann vor, wenn auf der Grundlage der Beeinträchtigung und durch ungünstige Umweltfaktoren die Teilhabe dauerhaft eingeschränkt ist. Vergleiche: Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen (2013), S. 7, in: <https://www.bmas.de>

4 Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen (2013), S. 381, (s.o.)

5 Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt und erläuternder Bericht (2011), Artikel 3, unter: <http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/convention-violence/convention>

6 „Mindestens jede vierte Frau im Alter von 16 bis 85 Jahren, die in einer

Partnerschaft gelebt hat“, hat, körperliche oder – zum Teil zusätzlich – sexuelle Übergriffe durch einen Beziehungspartner ein- oder mehrmals erlebt. 42 % aller befragten Frauen gaben an, Formen von psychischer Gewalt erlebt zu haben, wie systematische Abwertung, Demütigung, Ausgrenzung, Verleumdung, schwere Beleidigung, Drohung und Psychoterror. Partnerschaftsgewalt trifft vor allem Frauen; sie sind zu über 90% die Opfer der Misshandlungen. Aber auch Männer sind erheblich in ihrem Leben von Gewalt betroffen. Die Gewalterfahrung von Frauen und Männer unterscheiden sich deutlich hinsichtlich der Orte der Gewalterfahrung, der Opfer-Täter-Konstellationen, der Schweregrade und des Bedrohungspotentials. (Vgl. Schröttle, Dr. Monika; Müller, Prof. Dr. Ursula (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland; in: BMFSFJ). 2014: 35% der Frauen in Deutschland haben körperliche und /oder sexuelle Gewalt erlebt (EU 32%), in Partnerschaft haben 20% der Frauen körperliche Gewalt (EU: 20%), 8% sexuelle Gewalt (EU 7%), 50% psychische Gewalt (EU 43%) erlebt (vgl. FRA (2014): Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung)

7 Schröttle, Dr. Monika; Hornberg, Prof. Dr. Claudia et al (2012): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit und Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland, in: BMFSFJ

8 WHO (2013): Responding to intimate partner violence and sexual violence against women, unter: <http://apps.who.int/>

9 Schröttle, Dr. Monika et al (2008): Gesundheitliche Folgen von Gewalt, in: RKI Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 42

■ Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen im Hilfesystem bei Gewalt

Die Fachpraxis stellt seit mehreren Jahren eine Zunahme der Anzahl von gewaltbetroffenen Frauen mit zusätzlichen Belastungen fest. In diesen Fällen spricht man auch von „Multiproblemlagen“. Immer mehr Frauen leiden zusätzlich zur Gewalterfahrung unter multiplen Belastungen, wie etwa Armut, Schulden, gesundheitlichen Einschränkungen, Suchtproblemen und unterschiedlich schweren psychischen Beeinträchtigungen.

Psychische Beeinträchtigungen sind, genau wie Suchtprobleme, bekannte Folgen von Gewalt gegen Frauen. Die Gewalterfahrung ist für die Frauen, aber auch für ihre Kinder eine hohe psychische Belastung. Besonders wenn diese psychische Belastung über einen langen Zeitraum andauert und zusätzliche Belastungen hinzukommen, führt sie oft zu psychischen Beeinträchtigungen.

In den Frauenhäusern suchen seit jeher auch Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen unterschiedlicher Ausprägung Schutz und Unterstützung. Häufig sind psychische Beeinträchtigungen, Diagnosen und problematische Verhaltensweisen bei der Aufnahme nicht bekannt und werden erst später sichtbar. Das Zusammenleben im Frauenhaus mit Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen kann für die anderen Frauen und für die Kinder eine zusätzliche Belastung darstellen. Die räumlichen Gegebenheiten in Frauenhäusern sind selten geeignet für die Aufnahme von Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen. Häufig müssen sich Frauen Zimmer teilen und für die Kinder gibt es keine eigenen Räume. Wichtige Teile des Lebens im Frauenhaus finden in Gemeinschaftsräumen statt. Der Mangel an Privatsphäre und das beengte Zusammenleben mehrerer Frauen und deren Kinder führen zu zusätzlichen Belastungen für alle Beteiligten: die Frauen selbst, ihre Kinder, andere Frauen und deren Kinder im Frauenhaus und nicht zuletzt die für Mitarbeiterinnen. Gerade in akuten Phasen kann die Kommunikation mit Frauen mit einer psychischen Beeinträchtigung darüber hinaus besonders schwierig sein. Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen können polarisieren und die Mitarbeiterinnen in Frauenhäusern und Fachberatungsstellen an

ihre Grenzen bringen. Die Kommunikation mit diesen Frauen erfordert einen hohen Zeiteinsatz und bindet erhebliche Ressourcen. Eigene Krankheitsvorstellung oder die Ablehnung von Behandlung können zu Beratungs- und Beziehungsabbrüchen führen. Die Beraterinnen müssen mit ihren eigenen Ambivalenzen umgehen: Mit ihrer Abwehr einerseits und dem Bedürfnis, diese besonders belasteten Frauen zu unterstützen andererseits. Bringen diese Frauen Kinder mit ins Frauenhaus, stehen die Mitarbeiterinnen im Kinderbereich vor besonderen Herausforderungen bezüglich der Unterstützung und des Kinderschutzes.

Die meisten Frauenhäuser sind mit ihren personellen Ressourcen und den räumlichen Gegebenheiten für Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen nicht geeignet. Diese Frauen haben häufig einen höheren und anderen Unterstützungsbedarf und binden damit einen großen Teil der Arbeitszeit der Mitarbeiterinnen. Außerdem fehlen den Mitarbeiterinnen im Frauenhaus oft sozial-psychiatrische Zusatzausbildungen und damit die erforderliche Qualifikation im Umgang mit diesen Frauen. Fehlende Personalressourcen für die Nacht- und Wochenendzeiten setzen hier zusätzliche Grenzen. So können Krisensituationen zu diesen Zeiten nicht aufgefangen werden.

Diese Situation führt dazu, dass hochbelastete Frauen nicht aufgenommen werden. Viele Frauenhäuser versuchen dann, die betroffenen Frauen weiter zu vermitteln. Diese Versuche scheitern aber oft an den Defiziten der Versorgung dieser Frauen im psychiatrisch-psychotherapeutischen System. Es besteht die Gefahr, dass diese gewaltbetroffenen Frauen nicht versorgt werden, in ihrer von Gewalt geprägten Situation und in prekären Wohnverhältnissen bleiben und ihre Erkrankungen sich chronifizieren.

Fachberatungsstellen werden durch viele gewaltbetroffene Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen aufgesucht und sie werden dort unterstützt. Die Beraterinnen sind mit ihnen konfrontiert und sehen sich auch als geeignete¹⁰, bzw. als spezialisierte Beratungsstellen dafür.

¹⁰ Bericht der Bundesregierung zur Situation der Frauenhäuser, Fachberatungsstellen und anderer Unterstützungsangebote für gewaltbetroffene Frauen und deren Kinder (2012), S. 85

Das gilt insbesondere für Fachberatungsstellen zu sexualisierter Gewalt. Doch auch in den Fachberatungsstellen ist eine adäquate Versorgung mit den vorhandenen Personalressourcen nicht möglich: Lange Wartezeiten auf Erstberatungstermine und große Zeiträume zwischen Beratungsterminen sind gerade für Frauen mit einer psychischen Beeinträchtigung schwierige Hürden. Hinzu kommt, dass betroffene Frauen häufig lange auf ambulante Therapien und traumaspezifische stationäre Angebote warten müssen. In diesem Bereich gibt es zu wenig Angebote. Viele Fachberatungsstellen versuchen diese Zeiten mit Beratungsangeboten zu überbrücken.

Die Unterstützung gewaltbetroffener Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen erfordert bessere strukturelle Rahmenbedingungen in Frauenhäusern und Fachberatungsstellen. Das betrifft insbesondere die ohnehin schon zu geringe Ausstattung mit Personal.

■ **Psychische Beeinträchtigungen als Stigma**

Gewalterleben ist in unserer Gesellschaft nach wie vor ein persönliches soziales Stigma, auch wenn das Thema Gewalt gegen Frauen schrittweise enttabuisiert wird. Psychische Beeinträchtigungen sind ein zusätzliches Stigma und häufig mit der Angst der Gesellschaft vor psychischen Erkrankungen verbunden. Aufgrund dieser Stigmatisierung haben betroffene Frauen u.a. oft große Befürchtungen bezüglich der Sorge- und Umgangsregelungen für ihre Kinder. Außerdem führt die Angst vor Stigmatisierung dazu, dass viele Frauen erforderliche Behandlungen nicht annehmen oder abbrechen. Negative Erfahrungen mit psychiatrischen Einrichtungen verstärken diese Situation noch.

Bei gewaltbetroffenen Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen kann also von einer multiplen Stigmatisierung ausgegangen werden. Die Unterstützung im Hilfesystem muss dieser doppelten Stigmatisierung Rechnung tragen. Die gesellschaftlichen Vorbehalte gegenüber Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind auch in Frauenhäusern und Fachberatungsstellen zu finden und diese Einrichtungen müssen sich damit auseinandersetzen.

Institutionen in anderen Bereichen haben bereits mehr Erfahrung im Umgang mit Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Dazu gehören u.a. die frauenspezifische Wohnungslosenhilfe oder Angebote der Gemeindepsychiatrie. Frauenhäuser und Fachberatungsstellen können vom positiven Umgang mit Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in anderen Bereichen lernen und so Entlastung im Alltag erfahren.

■ **Zugänge zu anderen Hilfesystemen**

Medizinische Versorgung in Krankenhäusern und Arztpraxen wird sowohl von gewaltbetroffenen Frauen als auch von Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen aus unterschiedlichen Gründen in hohem Maße in Anspruch genommen. Anlass sind u.a. Verletzungen nach Gewalt, psychosomatischen und psychischen Folgeerkrankungen oder Vorsorgeuntersuchungen für sich oder die Kinder. Ärzten/-innen und anderem medizinischen Fachpersonal wird von Patienten/-innen ein hohes Maß an Vertrauen entgegengebracht. Diese Berufsgruppen haben häufige Berührungspunkte mit gewaltbetroffenen Frauen und mit Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen.

Gleichzeitig ist aber bei vielen niedergelassenen Mediziner/-innen und Ärzten/-innen in Kliniken eine nur unzureichende Sensibilität für die Gewaltsituationen und die psychische Belastungen vorhanden. Gewalt wird zu selten als Ursache von Verletzungen und Erkrankungen erfragt und berücksichtigt. Problematisch ist, dass Gewalt gegen Frauen und deren gesundheitliche Folgen nach wie vor kein verpflichtendes Thema in der Aus- und Weiterbildung für Ärzte/-innen, Psychologen/-innen, Therapeuten/-innen und Gesundheitsfachkräfte ist. Hinzu kommt meist eine fehlende Kenntnis des Hilfenetzes für gewaltbetroffene Frauen und deren Kinder. Dies führt dazu, dass die Weitervermittlung durch das Gesundheitssystem ins Hilfesystem nicht gut gewährleistet ist. Bemühungen im Rahmen interdisziplinärer Kooperationen haben hier in den vergangenen Jahren nur punktuelle Verbesserungen erbracht.

Die Weitervermittlung in eine geeignete traumaspezifische psychiatrische bzw. psychotherapeutische Versorgung

scheitert daran, dass der Zusammenhang von Gewalterfahrungen und psychischen Folgen zu selten erkannt wird und dass geeignete Angebote für diese Frauen fehlen.

■ Zugang zum psychiatrischen und psychotherapeutischen System

Der Zugang von gewaltbetroffenen Frauen zum psychiatrischen und psychotherapeutischen System ist immer dort gut, wo es spezifische Angebote für traumatisierte Frauen in Kliniken gibt, wo es kurze Wartezeiten und eine gute Kooperation mit Frauenhäusern und Fachberatungsstellen gibt. In den meisten Regionen gestaltet sich der Zugang zum psychiatrischen und psychotherapeutischen System aber schwierig.

Die Mitarbeiterinnen der Frauenhäuser und Fachberatungsstellen verweisen für die ambulante Versorgung der Frauen auf folgende Defizite:

Auf Termine bei Fachärzten/-innen für Psychiatrie oder Neurologie gibt es lange Wartezeiten, gerade für gewaltbetroffene Frauen in Krisen ist das kaum zumutbar. Auf Plätze in ambulanten Psychotherapien und in Tageskliniken müssen betroffene Frauen lange Wartezeiten in Kauf nehmen. Die Wartezeiten sind regional unterschiedlich, können aber gerade in ländlichen Regionen deutlich länger als ein Jahr sein.

In vielen ländlichen Regionen ist die ambulante psychotherapeutische Versorgung generell unzureichend, neben den langen Wartezeiten kommen hier auch weite Fahrwege zu Therapeuten/-innen hinzu. Therapeuten/-innen mit Spezialisierungen zu Traumafolgen sind in der Regel nur in Großstädten und Ballungszentren zu finden und es gibt zu wenig geschlechtssensible Angebote.

Wegen der fehlenden ambulanten Therapieangebote wird gewaltbetroffenen Frauen häufig empfohlen, sich stationär behandeln zu lassen und im Anschluss eine ambulante Nachbetreuung der Klinik in Anspruch zu nehmen. Aber auch hier ist festzustellen, dass es zu wenige geschlechtsspezifische, gewaltspezifische und traumaspezifische Angebote der Kliniken gibt. Als schwierig berichten die Beraterinnen, dass in den meisten Kliniken der Schutz der

Frauen vor weiterer Gewalt nicht gesichert ist. So haben sowohl Täter/-innen aus dem familiären Umfeld Zugang zu den Frauen, aber auch der Schutz vor anderen Patienten/-innen ist nicht gesichert. Zusätzlich wird in vielen Kliniken mit gemischt-geschlechtlichen Therapiegruppen gearbeitet, die für die Frauen die Gefahr einer erneuten Traumatisierung bergen. Diese Probleme in der stationären Versorgung bewirken auch, dass Beratungsstellen zurückhaltend mit der Empfehlung eines Klinikaufenthaltes sind.

Die stationäre Behandlung von Frauen mit Kindern scheidet häufig an fehlenden Mutter-Kind-Angeboten. Die Fachberatungsstellen stehen häufig vor dem Problem, die Frauen in der Krise zu begleiten, bis ein Platz in der Klinik frei ist. Nach dem Aufenthalt in der Psychiatrie fehlen betreute spezifische Wohnangebote, so kommt es häufig dazu, dass psychiatrische Kliniken die Frauen nach dem Aufenthalt bei ihnen in Frauenhäuser vermitteln.

Zusätzliche Hürden müssen betroffene Frauen bei der Finanzierung von Therapien überwinden. Die Krankenkassen bezahlen vorrangig Kurzzeittherapien, die Finanzierung von häufig erforderlichen ambulanten Langzeittherapien gestaltet sich schwieriger. Auch die Möglichkeit der Finanzierung über das Opferentschädigungsgesetz ist mit hohen Zugangshürden verbunden. So ist in der Praxis z.B. oft eine Strafanzeige erforderlich und die psychische Beeinträchtigung muss als Folge der Straftat nachgewiesen werden. Eine solche Kausalität ist oft nur schwer zu belegen. Für Frauen ohne ausreichende Deutschkenntnisse fehlen Therapieangebote in der Muttersprache sowie Dolmetscher/-innen und die Finanzierung ihrer Leistung. Frauen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus und geflüchtete Frauen haben keinen Anspruch auf therapeutische Angebote. Für sie wird lediglich Akutversorgung übernommen. Für die durch die Gewalt zum Teil traumatisierten Kinder gibt es kaum therapeutische Angebote.

Zur Verbesserung dieser Situation ist eine gute regionale Netzwerkarbeit von Gesundheitswesen, öffentlichem Gesundheitsdienst, insbesondere sozialpsychiatrischem Dienst, Psychiatrie, Jugendhilfe, Wohnungslosenhilfe, Hilfesystem für gewaltbetroffene Frauen und weiteren Akteuren/-innen erforderlich.

2. Psychische Beeinträchtigungen und das Versorgungssystem

2.1 Überblick über psychische Beeinträchtigungen

Von Dr. Katharina Ratzke, Diakonie Deutschland e.V.

P psychische Störungen bzw. Beeinträchtigungen wie Depression oder „Burn-out“ erfahren zurzeit eine große mediale Aufmerksamkeit. Es gibt zahlreiche, oft dramatisierende Berichterstattungen über die Zunahme psychischer Erkrankungen.

In Deutschland ist, wie in allen Industriegesellschaften, von einem sogenannten Morbiditätswandel von den somatischen hin zu den psychischen und chronischen Erkrankungen auszugehen, der alle Altersgruppen betrifft. Die Bedeutung seelischer Gesundheit bzw. seelischer Erkrankungen zeigt sich u.a. darin, dass mehr als 10 Prozent der Ausgaben im Gesundheitswesen für die Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen aufgewendet werden. Die Arbeitsunfähigkeitstage, wie auch die Erwerbsunfähigkeiten und Frühberentungen aufgrund psychiatrischer Diagnosen nehmen seit Jahren kontinuierlich zu.

Die Wahrscheinlichkeit, an einer seelischen Störung zu erkranken, ist größer als allgemein angenommen wird. Etwa jeder dritte – nach anderen Studien auch jeder zweite – Mensch in der Bundesrepublik erkrankt einmal in seinem Leben an einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung. Frauen sind dabei in fast allen Alters- und Störungsgruppen signifikant häufiger betroffen als Männer.¹¹ Gleichzeitig erhalten Frauen drei- bis viermal mehr Psychopharmaka als Männer.¹²

Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) erkranken pro Jahr circa 9 Prozent der Menschen in Deutschland an einer psychischen Störung. Der Anteil an lang andauernden, schwer verlaufenden und weitreichenden Erkrankungen liegt bei unter 5 Prozent. Aufgrund der aktuellen

Studienlage kann jedoch nicht eindeutig festgestellt werden, ob es in den letzten Jahren – wie vielfach behauptet – tatsächlich vermehrt psychische Störungen gibt oder ob eher von einer höheren Sensibilität und einem veränderten Problembewusstsein in Bezug auf diese Erkrankungen auszugehen ist. In jedem Fall werden psychische Störungen heutzutage mehr und früher diagnostiziert und mehr Menschen mit psychischen Störungen wenden sich an das Gesundheitssystem, um sich behandeln zu lassen.

Psychische Störungen korrelieren noch stärker als somatische Krankheiten mit sozial und ökonomisch schwierigen Lebenslagen. Als Ursachen für psychische Erkrankungen gelten u.a. soziale Determinanten wie die Schichtzugehörigkeit, also soziale Ungleichheiten. Derartige strukturelle Gewaltfaktoren haben Auswirkungen auf die individuellen Gesundheitschancen. Die persönliche Erfahrung von Gewalt, sei es körperliche, seelische oder sexualisierte Gewalt, ist als Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen zu verstehen. Es ist davon auszugehen, dass gewaltbetroffene Frauen in Belastungssituationen gravierende psychische Symptome erleben und psychische Krisen oder Störungen bei den Klientinnen und Bewohnerinnen von Frauenberatungsstellen und Frauenhäusern weit verbreitet sind.

Menschen mit Migrationshintergrund erkranken in Deutschland deutlich häufiger an psychischen Störungen als der Bevölkerungsdurchschnitt. Grund ist, dass sie häufiger Erfahrungen machen, die das Erkrankungsrisiko erhöhen: Sie sind häufiger von Vertreibung, sozialer Isolation, ungesichertem Aufenthaltsstatus, Armut, Heimweh, Sprachproblemen, Arbeitslosigkeit, schlechter Bildung und Wohnverhältnissen in sozialen Brennpunkten betroffen. Menschen mit einem Migrationshintergrund haben außerdem ein erhöhtes Risiko für bestimmte Störungen, wie akute oder posttraumatische Belastungsstörungen.

11 Vgl. Die „AG Psychiatrie der AOLG“ weist in ihrem „Bericht für die GMK 2012“ für Frauen einen Anteil von 37% und für Männer von 24% aus.

12 Vgl. Barmer GEK (2012): Arzneimittelreport

Frauen mit Migrationshintergrund sind besonders gefährdet, eine psychische Erkrankung zu entwickeln. So ist die Suizidrate unter jungen türkischen Frauen in Deutschland doppelt so hoch wie im Durchschnitt ihrer Altersgruppe. Ebenfalls erhöht ist die Suizidrate von Menschen aus den Staaten der ehemaligen UdSSR in Deutschland. Sie haben außerdem ein höheres Risiko für Alkoholabhängigkeit.¹³

Stigmatisierung aufgrund psychiatrischer Diagnosen und Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen

Trotz der oben beschriebenen Bedeutungszunahme psychischer Erkrankungen und der medialen Berichterstattung ist die Tabuisierung und Stigmatisierung seelischen Leidens im Alltag nach wie vor weit verbreitet. Das gilt auch für die Gruppe gewaltbetroffener Frauen.

Dies hängt vor allem mit Stigmatisierungsprozessen aufgrund individueller und struktureller Diskriminierung und damit korrespondierender Selbststigmatisierung zusammen. Die gesellschaftlichen Vorbehalte und Vorurteile über psychische Störungen übertragen sich auf die Menschen, die mit diesen Diagnosen leben. Sie laufen Gefahr, ihre Arbeit zu verlieren oder nicht eingestellt zu werden, wenn sie sich bewerben. Sie laufen außerdem Gefahr, soziale Beziehungen zu verlieren und isoliert zu werden. Viele Menschen ziehen sich aufgrund eigener Unsicherheiten und Ängste im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen zurück. Mütter haben außerdem, zu Recht, oft große Angst davor, dass ihnen das Sorgerecht für ihre Kinder entzogen werden könnte, wenn dem Jugendamt bekannt wird, dass sie an einer psychischen Störung leiden.¹⁴ Nach wie vor ist das gesellschaftliche Stereotyp weit verbreitet, Menschen mit psychischen Erkrankungen seien „gefährlicher“ als die sogenannte Normalbevölkerung. Aufgrund dieser vermuteten Gefährlichkeit reagie-

ren andere häufig mit Angst, Ärger und Rückzug anstatt mit Mitgefühl oder Solidarität. Betroffene begegnen auch häufig dem Vorurteil, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen über zu wenig Selbstdisziplin verfügten und selbst „schuld“ an ihrer Lage seien.

Besonders problematisch sind Prozesse der Selbststigmatisierung, die oft mit gravierenden negativen Auswirkungen für die Menschen mit psychischen Erkrankungen einhergehen. Diese übernehmen bzw. teilen oft die gesellschaftlichen Stereotype über psychische Erkrankungen und antizipieren die gesellschaftliche Ablehnung und die bestehenden Vorbehalte. Betroffene ziehen sich zurück und vermeiden es, über ihre Probleme, Schwierigkeiten und Symptome zu reden.

Psychosoziale oder psychiatrische Beratungs- und Behandlungsangebote werden vor diesem Hintergrund oft erst sehr spät oder gar nicht in Anspruch genommen. Aber auch unzureichende und fehlende Informationen über die bestehenden Unterstützungsangebote tragen dazu bei, dass Hilfe zu spät gesucht wird. Dies kann dazu führen, dass Menschen erst in sehr krisenhaften, akuten Krankheitsphasen mit dem Gesundheitssystem in Berührung kommen. Diese Zurückhaltung wiederum kann das Risiko erhöhen, dass es im Rahmen der anschließenden Behandlung zu Zwangsmaßnahmen kommt, was das Vertrauen in das Gesundheitssystem nachhaltig erschüttern kann. Immerhin 10 Prozent aller Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie werden mit Zwangsmaßnahmen konfrontiert und sind damit (re-)traumatisierenden Erfahrungen ausgesetzt. Was dies für Frauen bedeutet, die in ihrem Leben vielfach Opfer von Gewalt waren, lässt sich unschwer erahnen.

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind in Deutschland struktureller Diskriminierung ausgesetzt. Als strukturelle Diskriminierung werden Ungleichgewichte und Ungerechtigkeiten in sozialen Strukturen und bei politischen Entscheidungen sowie bei gesetzlichen Regelungen bezeichnet. Im Bereich der Krankenversorgung zeigt sich die Benachteiligung bei der Verteilung finanzieller Mittel. So werden bestimmte Leistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen trotz gesetzlicher Ansprüche kaum umgesetzt. Studien haben gezeigt, dass psychisch

¹³ Vgl. Hauptstadtsymposium der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema: „Psychisch krank durch Migration? Perspektiven der Migrationspsychiatrie in Deutschland“ (2012)

¹⁴ Bei fast jedem dritten Entzug des Sorgerechts aufgrund einer Kindeswohlgefährdung spielt eine psychische Erkrankung der Eltern bzw. eines Elternteiles eine erhebliche Rolle.

kranke Menschen im somatischen Krankenhaus weniger gut gepflegt werden. Eine repräsentative Befragung in der deutschen Bevölkerung Anfang dieses Jahrhunderts hat ergeben, dass sich die Mehrheit dafür aussprach, finanzielle Mittel für die Behandlung wie auch für Forschungsaktivitäten eher bei psychischen Erkrankungen als bei somatischen Erkrankungen zu kürzen.¹⁵

Die Tatsache, dass psychische Erkrankungen in vielen Frauenhäusern ein Ausschlusskriterium für die Aufnahme sind, stellt ebenfalls eine Form der strukturellen Stigmatisierung und der Ausgrenzung dar und spiegelt die oben beschriebenen Prozesse beziehungsweise deren Wechselwirkungen wider. Dabei spielen sowohl äußere Rahmenbedingungen wie Leistungsbeschreibungen und Finanzierungsvorgaben eine Rolle als auch Unsicherheiten bzw. Nichtwissen bei den Mitarbeiterinnen.

Psychiatrische Diagnosen sind soziale Konstrukte. Sie können dazu führen, psychische Erkrankungen allein als individuelles, persönliches Schicksal zu deuten und die sozialen Entstehungsbedingungen systematisch auszublenden. Kritiker/-innen des Gesundheitssystems bzw. des psychiatrischen Systems betonen das Risiko, dass die Betroffenen in eine „passive“ Patientinnenrolle gedrängt werden oder geraten und Selbstheilungskräfte, Selbstbestimmungsmöglichkeiten sowie die Ressourcen der Betroffenen unterschätzt, unterminiert und/oder negiert werden.

Diese Risiken sind angesichts der Dominanz biologistischer Krankheitsmodelle im psychiatrischen Hilfesystem nicht ganz von der Hand zu weisen.

Es darf auch nicht außer Acht gelassen werden, dass Menschen mit einer psychiatrischen Vorgeschichte Gefahr laufen, dass eine Verschlechterung ihres Befindens zu schnell auf die diagnostizierte Störung zurück geführt wird und die sozialen Entstehungsbedingungen und die persönliche Lebensgeschichte nicht ausreichend berücksichtigt werden.

Dennoch gilt, dass dem aktuellen biopsychosozialen Erklärungsmodell psychischer Erkrankungen durch entsprechende multidimensionale und multiprofessionelle Behandlungen mehr Rechnung getragen werden sollte und dies auch zunehmend geschieht. Auch die ICF als Konzept der funktionalen Gesundheit¹⁶, das vor allem im Bereich der Rehabilitation seine Anwendung findet, lenkt den Blick auf die Betrachtung des gesamten Lebenshintergrundes.

Diese Perspektiven werden aktuell durch Recovery- und Empowermentansätze im sozialpsychiatrischen Bereich unterstützt und betont. Wenn auch bei schweren psychischen Erkrankungen sinnverstehende psychotherapeutische Zugänge gewählt werden, unterstützt dies die aktive Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie und mit Fragen nach einem guten und gelingenden Leben.

Diagnosen sind jedoch nicht nur kritisch zu sehen. Viele Menschen mit psychischen Erkrankungen und auch ihr Umfeld berichten, dass die Diagnose einer psychischen Störung sie auch entlastet, Sicherheit geschaffen und neue Handlungsoptionen aufgezeigt hat. Darüber hinaus sei an dieser Stelle nachdrücklich darauf hingewiesen, dass psychische Störungen gut behandelbare Erkrankungen sind. Voraussetzung ist eine sorgfältige Diagnostik. Ein frühzeitiger Behandlungsbeginn kann seelisches Leiden oft vermindern.

Angesichts der enormen psychischen und emotionalen Belastungen, denen Frauen mit Gewalterfahrungen ausgesetzt sind, müssen vor allem auch präventive Angebote einen größeren Stellenwert erhalten. Ebenso wichtig ist die Förderung der seelischen Gesundheit in den Systemen und Bereichen, in denen Frauen Unterstützung finden.

¹⁶ Die ICF ist die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO. Im Gegensatz zum bio-medizinischen Modell (ICD) wird im bio-psycho-sozialen Modell (ICF) der Zustand der funktionalen Gesundheit einer Person als das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen der Person mit einem Gesundheitsproblem (ICD) und ihren Kontextfaktoren aufgefasst. Eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit ist das Ergebnis der negativen Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person und ihrer Kontextfaktoren.

¹⁵ Vgl. Angermeyer, Matthias (2004): Stigmatisierung psychisch Kranker in der Gesellschaft, in: Psychiatrische Praxis, 52, Bd. 31

Seelische Gesundheit, abweichendes Verhalten und das Verletzlichkeits-Stress-Modell

Psychische Krankheiten oder Störungen¹⁷ beeinflussen nachhaltig das Erleben, Befinden und Verhalten und können die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen (soziales Umfeld) erheblich beeinträchtigen.

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen werden sich selbst und anderen in akuten, tiefgreifenden seelischen Ausnahmesituationen oft fremd und lösen mit ihrem Anders-Sein vielfach Unverständnis aus. Die Symptome psychischer Erkrankungen sind aber oft nur extreme Ausprägungen von Erlebens- und Verhaltensweisen, die jede und jeder aus dem eigenen Leben kennt. Wir alle kennen das Gefühl, aus dem Gleichgewicht geraten zu sein und die Balance zu verlieren, zu zweifeln und zu verzweifeln sowie Gefühle von Sinnlosigkeit und Leere. Gesundheit und Krankheit sind nicht als Gegensätze zu verstehen, sondern als ein Kontinuum an Ausdrucksmöglichkeiten menschlichen Seins.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert psychische Gesundheit als „Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen“.¹⁸

Man könnte auch sagen, es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit. Die psychische Gesundheit ist wiederum eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass Menschen sich mit ihren Potentialen und Begabungen einbringen und selbstbestimmt am Leben in der Gesellschaft teilnehmen bzw. teilhaben.

¹⁷ In der psychiatrischen Diagnostik wird inzwischen nicht mehr von Krankheiten sondern von Störungen gesprochen, da der Begriff Krankheit als zu stigmatisierend erlebt werden kann. Da jedoch auch viele Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sich durch den Krankheitsbegriff in ihrem seelischen Leid(en) eher wahrgenommen fühlen, werden Störung und Krankheit im Folgenden synonym verwendet.

¹⁸ WHO (2014): Fact Sheet N° 220, unter: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>; vgl. DGPPN (2009) Keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit, Information der DGPPN

Die Entscheidung, wann eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung vorliegt und wann nicht, ist schwierig und immer nur im konkreten Einzelfall zu treffen. Dies hängt u.a. damit zusammen, dass sich psychische Störungen oft über einen längeren Zeitraum mit zunächst kaum merklichen Veränderungen entwickeln, Krankheitsbilder ineinander übergehen können und einzelne Symptome nicht klar abgrenzbar sind. Da sich psychisches Leiden sehr unterschiedlich ausdrücken kann, können häufig verschiedene Störungen gleichzeitig diagnostiziert werden. Und da psychiatrische Diagnosen aufgrund von beobachteten bzw. berichteten Verhaltens- und Befindlichkeitsänderungen erstellt werden, sind sie auch immer subjektiven Einschätzungen und Bewertungen unterworfen.

Was eine Gesellschaft darüber hinaus als abweichendes, krankhaftes oder delinquentes Verhalten definiert und was noch toleriert wird, unterliegt ebenfalls Veränderungen und kann auch je nach Regionen und bestimmten kulturellen Milieus variieren.

Dennoch gilt, dass häufige, intensive und lang andauernde Veränderungen im Erleben, Befinden und Verhalten die Vermutung nahe legen, dass eine psychische Störung vorliegt. Die Verhaltensänderungen können sich beispielsweise in sozialem Rückzug, Resignation, Erschöpfung, einer geringeren Arbeitsleistung, Gereiztheit und/oder in aggressivem Verhalten zeigen, das sich gegen sich selbst oder andere wenden kann. Körperliche Schmerzen ohne eindeutige körperliche Ursachen und riskantes Konsumverhalten können ebenfalls mit einer vorliegenden psychischen Erkrankung in Verbindung gebracht werden.

An folgenden Fragen¹⁹ können sich Mitarbeiterinnen aus Frauenhäusern und Frauenberatungsstellen orientieren, um einzuschätzen, ob gegebenenfalls eine psychische Störung vorliegt und sie externe Hilfen einholen oder einbeziehen sollten. Die Einschätzung sollte sich allerdings nicht auf Situationen direkt im Anschluss an Gewalterfahrung beziehen:

¹⁹ Vgl. Piontek, Rosemarie (2009): Mut zur Veränderung: Methoden und Möglichkeiten der Psychotherapie. Die meisten Fragen werden in dem Buch aufgelistet, um zu klären, ob eine Psychotherapie indiziert ist.

- Fühlt sich die Frau anders als sonst und hat den Eindruck, sich selbst nicht mehr zu kennen? Fällt die Veränderung auch anderen deutlich auf?
- Gibt es eine Erklärung für diese Veränderung? Reicht diese aus, um Dauer und Heftigkeit der Beschwerden zu begründen?
- Kann die betreffende Frau ihren Alltag nur noch mit Mühe verrichten?
- Macht sie sich immer Sorgen und hat viel Angst?
- Leidet sie unter körperlichen Beschwerden und/oder schläft schlecht?
- Verhält sie sich oft aggressiv, gereizt oder sehr intolerant?
- Ist sie oft krankgeschrieben?
- Werden Suizidgedanken geäußert oder ist der Frau alles egal?
- Äußert die Frau Verfolgungs- und Wahnideen und verhält sich extrem misstrauisch?
- Berichtet sie von großen Erinnerungslücken?
- Gibt es Menschen, mit denen die Frau über ihre Probleme sprechen kann bzw. helfen ihr diese Gespräche noch?

Wie oben bereits erwähnt, gilt in der Psychiatrie gegenwärtig ein biopsychosoziales Erklärungsmodell für psychische Störungen. Dabei besteht Konsens darüber, dass psychische Erkrankungen meist mehr als eine Ursache haben und Folge komplexer Wechselwirkungsprozesse zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren sind.²⁰

Multifaktorielle Störungsmodelle wie das Verletzlichkeits-Stress-Modell oder auch Vulnerabilitäts-Stress-Modell bzw. Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell werden zur Erklärung der meisten psychischen Erkrankungen herangezogen. Mit Verletzlichkeit oder Vulnerabilität ist die Neigung bzw. Disposition gemeint, an einer psychischen Störung zu erkranken. Positiv gewendet ließe sich auch von einer besonderen Sensibilität oder Feinfühligkeit sprechen. Diese Verletzlichkeit kann biologische oder psychosoziale Ursachen haben, die wiederum angeboren sein können oder aber im Verlauf des Lebens erworben worden sind. Diese Neigung oder Disposition eines Menschen allein reicht jedoch für die Entstehung/Entwicklung einer psychischen Störung nicht aus. Erst im Zusammenspiel mit sogenannten Stressfaktoren kann aus einer krisenhaften Situation eine psychische Störung werden. Stressfaktoren können kritische Lebensereignisse bzw. Stressbelastungen sein. Erlebten Gewalterfahrungen kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Doch auch hier ist nicht von einem einfachen Ursache-Wirkungsmechanismus auszugehen. An dieser Stelle kommen Schutz- oder Resilienzfaktoren bzw. Bewältigungsstrategien ins Spiel, die es Menschen ermöglichen, auch akute Krisen zu durchleben, ohne zu erkranken.

„Manche Menschen sind anfälliger für psychische Erkrankungen als andere, sie haben eine höhere Erkrankungs-bereitschaft und sind vulnerabler oder verletzlicher. Dabei ist die Art der Vulnerabilität von Mensch zu Mensch verschieden. Unterschiedliche psychische Störungen, wie z.B. Depressionen, Erkrankungen aus dem schizo-phrenen Formenkreis, Zwangsstörungen, schizoaffektive Störungen oder verschiedene Persönlichkeitsstörungen sind durch störungsspezifische Verletzlichkeiten mit verursacht [...]. Manche Menschen reagieren bei Überschreiten ihrer kritischen Grenze mit psychischen Erkrankungen [...]. Andere Menschen zeigen dagegen keine Erkrankungs-bereitschaft für eine psychische Erkrankung, sondern reagieren auf fortdauernde Belastung eher mit körperlichen Symptomen[...]“²¹

²⁰ Die weiteren Ausführungen beziehen sich vor allem auf das Buch von Hammer, Matthias und Plöchl, Irmgard (2012): Irre verständlich: Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen, Seiten 15 ff.

²¹ S. 16 ff., a.a.O.

Überblick über psychische Störungen

Die internationale Klassifikation psychischer Störungen, die ICD-10-Liste, enthält klinisch-diagnostische Leitlinien, nach denen psychische Krankheiten kategorisiert werden. Die ICD-10-Liste wurde von der WHO erarbeitet und ist in Deutschland verbindlich vorgeschrieben.

Es werden folgende sogenannte psychische und Verhaltensstörungen unterschieden:

- F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F2 Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F3 Affektive Störungen
- F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren
- F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F7 Intelligenzminderung
- F8 Entwicklungsstörungen
- F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störung.

Generell gilt, dass alle genannten psychischen Störungen in sehr unterschiedlichen Schweregraden auftreten können und allein die Diagnose relativ wenig über den jeweiligen Verlauf, Schwere und Dauer der Erkrankung aussagt.

Im Folgenden sollen die Alkoholabhängigkeit sowie die Medikamentenabhängigkeit (F1), schizophrene Erkrankungen (F2), Depression und bipolare Störungen (F3), Angststörungen, Anpassungsstörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen (F4), Essstörungen (F5) und die Borderline-Störung (F6) ausführlicher beschrieben werden.²²

■ Alkoholabhängigkeit

In Deutschland trinken etwa 9,5 Millionen Menschen Alkohol in gesundheitlich riskanter Form, circa 1,3 Millionen Menschen gelten als alkoholabhängig und über 73.000 Menschen sterben pro Jahr an den Folgen ihres Alkoholmissbrauchs.²³ Die Zahl der alkoholabhängigen Männer ist doppelt so hoch wie die der betroffenen Frauen.

Eine Alkoholabhängigkeit entwickelt sich schleichend und oft über einen längeren Zeitraum.

Folgende Faktoren können aus riskanten Trinkgewohnheiten eine Abhängigkeitserkrankung werden lassen:

- Toleranzentwicklung, d.h. es müssen immer größere Mengen getrunken werden, um eine angenehme Wirkung zu erleben.
- Körperliche Symptome als Entzugserscheinungen wie Zittern, Schweißausbrüche oder innere Unruhe.
- Psychische Symptome, die die Motivation erhöhen, wieder bzw. weiter Alkohol zu trinken sowie psychosoziale Faktoren wie ein soziales Umfeld, in dem viel Alkohol getrunken wird bzw. Unsicherheiten in sozialen Situationen, die durch Alkohol kompensiert werden.

²² Die folgenden Ausführungen sind eine Zusammenfassung der Texte, die auf der Homepage der Bundespsychotherapeutenkammer unter der Rubrik psychische Krankheiten zu finden sind. Vgl. www.bptk.de/patienten/psychische-krankheiten/. Dort finden sich auch Hinweise auf Fachliteratur und Ratgeber. Die weiteren Ausführungen beziehen sich vor allem auf das Buch von Matthias Hammer und Irmgard Plöbl (2012): *Irre verständlich: Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen*, 2. Auflage, Seiten 15 ff. sowie die Broschüre des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker: *Psychisch krank im Job. Was tun?*

²³ Vgl. Drogen- und Suchtbericht (2012)

Von Abhängigkeit wird gesprochen, wenn auf Alkohol nicht mehr verzichtet werden kann, ohne dass unangenehme körperliche oder seelische Zustände auftreten, oder immer wieder so viel Alkohol getrunken wird, dass man sich oder anderen dadurch schadet.

Weitere Symptome sind das starke Verlangen oder der Zwang, Alkohol zu konsumieren, eine verminderte Fähigkeit, Anfang, Ende oder Menge des Konsums zu kontrollieren sowie die Vernachlässigung anderer Interessen oder Hobbies.

Kompetente Ansprechpartner bei Abhängigkeitserkrankungen sind Suchtberatungsstellen, die das örtliche Suchthilfesystem gut kennen und bei dessen Inanspruchnahme beraten können.

Die Therapie der Alkoholabhängigkeit beginnt mit der Entzugsbehandlung, d.h. mit der Entgiftung, die stationär oder ambulant, jedoch immer unter ärztliche Aufsicht erfolgt. Zu empfehlen ist der sogenannte qualifizierte Entzug, der neben dem körperlichen Entzug auch psychotherapeutische Aspekte umfasst.

Im Anschluss besteht die Möglichkeit der Entwöhnungsbehandlung, die psychotherapeutische und sozialtherapeutische Behandlungskonzepte kombiniert, um eine dauerhafte Abstinenz zu ermöglichen. Auch diese Behandlungsform wird sowohl ambulant als auch stationär angeboten und kann bis zu einigen Monaten dauern. Um spätere „Rückfälle“ möglichst zu vermeiden, bietet sich nach der Entwöhnung die sogenannte Nachsorge an, die im Rahmen einer Selbsthilfegruppe oder aber durch eine psychotherapeutische Weiterbehandlung erfolgen kann.

■ **Medikamentenabhängigkeit**

Abhängigkeit und riskanter Konsum von Medikamenten sind in Deutschland weit verbreitet. Schätzungen gehen von 1,4 bis 1,9 Millionen Menschen mit Medikamentenabhängigkeit aus.²⁴ Bei weiteren 1,7 Millionen Menschen besteht das Risiko, dass sie eine Medikamentenabhängigkeit

entwickeln. Die Verschreibung von Medikamenten wird hauptsächlich durch Alter, Geschlecht und Gesundheit beeinflusst. Problematischer Medikamentengebrauch betrifft vor allem ältere Menschen und mehr Frauen als Männer. Vier bis fünf Prozent aller häufig verordneten Arzneimittel haben ein Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. Dies gilt insbesondere für Schlaf- und Beruhigungsmittel (Benzodiazepine), die schon nach kurzer Anwendungsdauer und bereits bei geringer Dosis zu einer Abhängigkeit führen können.

Die Medikamentenabhängigkeit bleibt oft über lange Zeiträume unentdeckt und ermöglicht ein „Funktionieren“ im Alltag. Die weiter oben für die Alkoholabhängigkeit beschriebenen Symptome und Verhaltensweisen gelten für die Abhängigkeit von allen bekannten psychotropen Substanzen und damit auch für die Abhängigkeit von psychoaktiven Medikamenten. Von einem missbräuchlichen Konsum wird gesprochen, wenn die Einnahme in höherer Dosis bzw. über einen längeren Zeitraum als angemessen oder verordnet erfolgt, nicht der Behandlung einer Erkrankung dient, sondern aufgrund der als positiv erlebten psychotropen Wirkung erfolgt, bzw. wenn die Einnahme nicht mehr kontrolliert werden kann.

Die Therapieempfehlungen für die Abhängigkeit von Alkohol lassen sich auf die Medikamentenabhängigkeit übertragen.

■ **„Schizophrene“ Erkrankungen**

Die sogenannte Schizophrenie zählt zu den Psychosen. Da die wörtliche Übersetzung „Spaltungsirresein“ sowohl stigmatisierend ist als auch immer wieder zu Missverständnissen geführt hat (als handele es sich bei Menschen mit dieser Störung um gespaltene Persönlichkeiten), wird der Begriff nicht nur von den Betroffenen sehr kritisch gesehen und eher die Bezeichnung Psychose bevorzugt. Den psychotischen Erkrankungen gemeinsam ist das Leben in zwei unterschiedlichen Wahrnehmungswelten bzw. Wirklichkeiten, von denen die eine weitestgehend mit der Wirklichkeit der sozialen Umgebung übereinstimmt, während die andere die persönliche Wahrnehmung der Betroffenen ist, die oft seltsam, fremd und beängstigend anmutet.

²⁴ Vgl. Drogen- und Suchtbericht (2012)

Etwa ein Prozent der Bevölkerung (weltweit) erkrankt im Laufe ihres Lebens an einer Psychose, wobei das Verhältnis der Geschlechter ausgeglichen ist. Insgesamt erkranken Männer jedoch früher als Frauen. Oft sind junge Menschen in sich verändernden Lebenssituationen betroffen, wie am Beginn einer Ausbildung, am Ende des Studiums oder bei der postnatalen Psychose nach der Geburt eines Kindes. Auch während der Schwangerschaft kann es zu einer psychotischen Erkrankung kommen.

Psychosen beginnen oft schleichend, wobei die ersten Anzeichen vielfach über Jahre auftreten und nicht als Ausdruck einer Erkrankung wahrgenommen werden. Frühe Anzeichen können Nervosität, Unruhe, Reizbarkeit, Konzentrationsschwäche, Schlafstörungen, gedrückte Stimmung, Grübeln oder das Vernachlässigen der äußeren Erscheinung sein.

In akuten Phasen wird zwischen Negativ- und Positivsymptomen unterschieden: Bei den Negativsymptomen kommt es zu einem Aktivitätsverlust in bestimmten Bereichen wie Antriebsarmut, Niedergeschlagenheit oder Abschwächung aller Gefühlsempfindungen. Bei den Positivsymptomen kommen zusätzliche Merkmale hinzu. Dazu gehören Wahnwahrnehmungen und -vorstellungen, Denkstörungen, verbunden mit dem Gefühl, andere könnten die eigenen Gedanken lesen, sowie optische und akustische Halluzinationen.

Der Übergang in eine Psychose ist fließend und reicht von einer besonderen Wachheit und Offenheit gegenüber inneren und äußeren Impulsen über eine erhöhte Ablenkbarkeit bis hin zur Psychose. Psychosen können leicht, schwer, akut oder schleichend verlaufen. Sie können ausheilen, in einer einmaligen Episode verlaufen oder chronisch werden. Die Diagnose allein lässt keine Rückschlüsse über den Verlauf oder die Schwere der Erkrankung zu.

Wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen ist auch bei den Psychosen von multifaktoriellen Entstehungsbedingungen auszugehen, die durch das Zusammen- und Wechselspiel genetischer, biologischer, psychischer und weiterer Risikofaktoren geprägt sind. Aus diesem Grund setzt sich auch die Therapie aus mehreren Bausteinen

zusammen. Neben der medikamentösen Therapie spielen Psychotherapie und Psychoedukation eine wichtige Rolle, die eine aktive Auseinandersetzung mit den eigenen Erkrankungen fördern. Gerade bei einer Psychose ist ein sinnverstehender Zugang besonders wichtig.

■ Depressionen

Depressive Störungen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen und gehen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einher, an weiteren Störungen, beispielsweise einer Angststörung zu erkranken. Darüber hinaus besteht bei depressiven Störungen eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass es nicht bei einer Krankheitsepisode bleibt. Depressionen gehören zu den sogenannten affektiven Störungen, die vor allem Veränderungen von Gefühlen und Stimmungen umfassen.

In Deutschland sterben über 10.000 Menschen pro Jahr durch Suizid, der in vielen Fällen im Rahmen einer depressiven Erkrankung verübt wird.

Die Hauptsymptome einer depressiven Störung sind eine gedrückte und niedergeschlagene Stimmung, der Verlust von Interessen sowie der Fähigkeit, Freude zu empfinden. Ein weiteres Merkmal ist eine ausgeprägte Antriebslosigkeit. Der Alltag kann kaum oder gar nicht mehr bewältigt werden. Rasche Ermüdung und Erschöpfung sowie reduzierte Aktivitäten sind weitere Hauptsymptome. Für die Diagnosestellung müssen diese Hauptsymptome und weitere depressive Symptome mindestens zwei Wochen lang fortwährend vorhanden sein. Weitere Symptome, die allerdings nicht immer vorhanden sein müssen, sind: Schuldgefühle, Gefühle der Wertlosigkeit, Schwermut, Reizbarkeit, Leere, verminderte Aufmerksamkeit und Konzentration, Unentschlossenheit, negative Zukunftsgedanken, Grübeln, Selbstzweifel und Suizidgedanken. Als körperlich-vegetative Beschwerden können Schlafstörungen, Appetitlosigkeit und Gewichtsabnahme, innere Unruhe und diverse Schmerzen ohne körperliche Ursachen auftreten. Manche depressive Menschen sprechen und bewegen sich langsamer als sonst und bei schweren Depressionen können auch psychotische Symptome, wie

Wahnvorstellungen, Halluzinationen oder körperliche Starrheit auftreten.

Die Schwere einer Depression hängt von der Anzahl und Intensität der einzelnen depressiven Symptome ab. Nicht jede Depression muss sofort psychotherapeutisch oder mit Medikamenten behandelt werden, dies empfiehlt sich erst, wenn nach 2-3 Wochen keine Besserung auftritt. Bei leichten depressiven Störungen ist eine Psychotherapie einer medikamentösen Behandlung vorzuziehen. Bei mittelschweren depressiven Störungen gelten Psychotherapie oder eine Psychopharmakotherapie als gleichwertige Behandlungsalternativen und sollten beide angeboten werden. Bei schweren und chronisch verlaufenden depressiven Erkrankungen ist eine Kombination aus Psychotherapie und medikamentöser Behandlung erforderlich.

■ **Bipolare Störungen** (manisch-depressive Erkrankungen)

Eine besondere Form der affektiven Störung ist die bipolare Störung, die auch unter der früheren Bezeichnung manisch-depressive Erkrankung bekannt ist. Menschen mit einer bipolaren Störung bewegen sich zwischen den beiden Polen Trübsinn und Niedergeschlagenheit einerseits und emotionalen, euphorischen Hochphasen andererseits. Die psychische Dynamik der Störung bewegt sich zwischen den Extremen der Selbstentwertung und Selbstüberschätzung. Eine umgangssprachliche Beschreibung findet sich in dem Satz „Himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt“.

Die Häufigkeit bipolarer Erkrankung lässt sich nicht genau angeben. Dies hängt u.a. damit zusammen, dass Menschen mit dieser Erkrankung oft in einer depressiven Phase nach Hilfe und Unterstützung suchen und sie dann vielfach als (unipolar) depressiv diagnostiziert werden. Es ist davon auszugehen, dass circa 4 Prozent der Bevölkerung einmal oder öfter im Laufe ihres Lebens an einer bipolaren Störung erkranken.

Zwischen den manischen und depressiven Phasen gibt es fast immer Phasen ohne Beschwerden und Sympto-

me. Um eine Manie zu diagnostizieren, müssen drei der folgenden Symptome erfüllt sein: Vermindertes Schlafbedürfnis, Steigerung der Aktivität, Rededrang, gesteigertes Selbstwertgefühl oder Größenideen, eingeschränktes Urteilsvermögen, Gedankenrasen oder Ideenflucht und/oder psychotische Symptome.

Bei bipolaren Störungen empfiehlt sich ebenfalls eine Kombination aus der Gabe von Psychopharmaka und Psychotherapie. Ein geregelter Tagesablauf mit gleichmäßigen Rhythmen, ausreichendem Schlaf und ausgewogenen Anforderungen können darüber hinaus dabei helfen, nicht in die Manie zu geraten.

■ **Angststörungen**

Angststörungen gehören zu den sogenannten neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen. Die Gruppe der Angststörungen gehört zu den häufigsten psychischen Störungen und betrifft circa 10 bis 14 Prozent der Bevölkerung. Jede/-r Vierte erkrankt im Laufe ihres/seines Lebens zu irgendeinem Zeitpunkt daran. Bei Frauen ist es die am häufigsten diagnostizierte psychische Störung, bei Männern die zweithäufigste. Meist liegt noch eine weitere psychische Erkrankung, insbesondere Depression vor. Es werden Phobie, Panikstörung und die generalisierte Angststörung voneinander unterschieden. Phobie meint eine objektiv nicht gerechtfertigte Angst vor Objekten bzw. bestimmten Merkmalen einer Situation (öffentliche Plätze oder Verkehrsmittel). Panikstörungen zeichnen sich durch spontan auftretende, wiederkehrende ausgeprägte Angstanfälle aus, die von starken körperlichen Symptomen wie Herzrasen, Schwitzen und Schwindel begleitet werden. Menschen mit einer generalisierten Angststörung befinden sich ständig in einer ängstlichen Stimmung und befürchten, dass etwas Schlimmes passieren könnte. Sie grübeln über alltägliche Dinge nach und machen sich ständig Sorgen.

Hinsichtlich der möglichen Ursachen wird darauf hingewiesen, dass circa 80 Prozent der Erkrankten kurz vor dem ersten Auftreten einer Angststörung ein belastendes Lebensereignis, wie den Tod oder eine schwere Erkrankung

nahestehender Personen oder eine Trennung zu bewältigen hatten.

Bei Angststörungen sind Psychotherapien indiziert, zum Teil werden Antidepressiva eingesetzt. Die Gabe von angstlösenden Mitteln oder Beruhigungsmitteln ist aufgrund des Suchtpotentials kontraindiziert.

■ **Anpassungsstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen**

Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) und Anpassungsstörungen zählen zu den Störungen, die eine Reaktion auf ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis oder eine besondere Veränderung im Leben darstellen, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt hat.

Die PTBS entsteht als verzögerte Reaktion auf extrem belastende Ereignisse wie Katastrophen oder die Erfahrung, ein Opfer von Folterungen, Vergewaltigung oder anderer Gewalterfahrungen zu sein. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen oder in Träumen, verbunden mit einem andauernden Gefühl von Betäubtsein, emotionaler Gleichgültigkeit bzw. Teilnahmslosigkeit sowie das Vermeiden von Tätigkeiten oder Situationen, die an das Trauma erinnern könnten. Als typisch gelten ein Gefühl der Übererregtheit mit gesteigerter Aufmerksamkeit und eine erhöhte Schreckhaftigkeit. Als weitere Symptome können Schlaflosigkeit, Ängste und Depressionen bis hin zu Suizidgedanken sowie Drogen- oder Alkoholmissbrauch hinzukommen. Eher selten sind akute Ausbrüche von Angst, Panik oder Aggressionen, die durch die Erinnerung und das Wiedererleben des Traumas oder der ursprünglichen Reaktion darauf ausgelöst werden können. Die Störung selbst folgt dem belastenden Ereignis erst nach einigen Wochen bis hin zu mehreren Monaten.

Bei den sogenannten Anpassungsstörungen, die im Allgemeinen innerhalb eines Monats nach der Belastung bzw. der Lebensveränderung beginnen und oft nicht länger als ein halbes Jahr andauern, handelt es sich um Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Be-

einträchtigung mit erheblichen Auswirkungen auf das „Funktionieren“ im Alltag. Die Störungen treten während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung, wie Tod eines Angehörigen, einer Trennung oder Emigration bzw. Flucht oder angesichts einer drohenden oder bereits eingetretenen schweren körperlichen Krankheit auf.

Die Symptome sind sehr unterschiedlich und umfassen depressive Stimmung, Angst, Besorgnis, das Gefühl, unmöglich zurechtzukommen und/oder eine Einschränkung bei der Bewältigung der Alltagsroutinen. Die Betroffenen haben oft das Gefühl, als ständen sie kurz vor einem Gewaltausbruch oder einem dramatischen Verhalten. Dazu kommt es aber nur selten.

■ **Essstörungen**

Essstörungen sind im Vergleich zu Depressionen oder Angststörungen seltenere, aber häufig schwere psychische Erkrankungen. Essstörungen gelten oft als moderne Frauenkrankheiten, da Frauen in westlichen Gesellschaften ein besonders hohes Risiko tragen, daran zu erkranken (Frauen erkranken 12-mal so häufig wie Männer an Magersucht oder Bulimie). Generell wird von einer Essstörung gesprochen, wenn Betroffene sich emotional und gedanklich übermäßig mit dem Thema „Essen“ beschäftigen und das Essverhalten stark kontrollieren. Die Betroffenen treiben oft exzessiv Sport um eine Gewichtszunahme zu vermeiden, essen fast gar nichts oder zu viel.

Essstörungen beginnen typischerweise im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter und gehen häufig mit Depressionen, Angststörungen und dem Missbrauch von Drogen, Alkohol oder Medikamenten einher.

Es wird zwischen der Magersucht, der Bulimie sowie den Essattacken ohne Hungern oder Erbrechen unterschieden.

Magersüchtige Frauen sind oft stark untergewichtig, was bei schweren Erkrankungsverläufen lebensgefährlich werden kann. Das Körpergewicht liegt mindestens 15 Prozent

unter dem normalen Gewicht. Die Erkrankten führen das Untergewicht selbst herbei, indem sie wenig oder sehr unregelmäßig essen. Häufig sind auch der Gebrauch von Appetitzüglern und übertriebene körperliche Aktivität. Trotz des starken Untergewichtes haben die Betroffenen große Angst davor, zuzunehmen oder dick zu werden. Oft leiden die Betroffenen zusätzlich an Zwangssymptomen und depressiven Symptomen.

Die starke Unterernährung korrespondiert vielfach mit körperlichen Symptomen wie niedrigem Blutdruck, Herzrhythmusstörungen, Blutarmut, chronischer Verstopfung, Magenkrämpfen, Übelkeit, Zahnausfall und Eiweiß- und Mineralienmangel.

Das Körpergewicht von Frauen mit Bulimie ist dagegen meist normal, einige sind übergewichtig. Die Betroffenen haben regelmäßige Heißhungeranfälle und erbrechen entweder im Anschluss oder versuchen durch die Einnahme von Abführmitteln bzw. Appetitzüglern trotz der aufgenommen Kalorien das Gewicht (niedrig) zu halten. Frauen mit Bulimie leiden darüber hinaus oft ebenfalls an depressiven Symptomen und/oder Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch. Ihr Suizidrisiko ist mit circa 10 Prozent sehr hoch.

Bei lang andauernder Symptomatik kann es zu Zahnschäden und Störungen des Elektrolyt-Haushaltes kommen.

Einige Menschen erleiden immer wieder Essattacken, bei denen sie sehr viel essen und die Kontrolle über das Essen verlieren. Da der hohen Kalorienaufnahme nicht durch Erbrechen, Hungern oder exzessiven Sport begegnet wird, sind die Betroffenen häufig deutlich übergewichtig.

Bei einer körperlichen Gefährdung bzw. bei Lebensgefahr werden die Patientinnen zunächst im Krankenhaus behandelt. Danach sind bei allen Formen von Essstörungen Psychotherapien die erste Wahl.

■ **Borderline-Störung**

Die Borderline-Störung zählt zu den Persönlichkeitsstörungen, die tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster umfassen, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche Situationen und Lebenslagen zeigen.

Die Borderline-Störung als emotional instabile Persönlichkeitsstörung ist ein komplexes Krankheitsbild, das mit erheblichen Ängsten vor dem Alleinsein, Einsamkeit und Verlassenheit, extremen Stimmungsschwankungen, impulsivem Verhalten, instabilen Beziehungen, Identitätsstörungen und schweren Depressionen einhergehen kann. Auffällig ist, dass Betroffene Schmerz kaum spüren und durch selbstverletzendes Verhalten innere Spannungszustände bzw. anhaltende Gefühle von Leere regulieren. Phasenweise kann darüber hinaus eine hohe Suizidgefahr bestehen.

Circa zwei Prozent der Bevölkerung erfüllen die diagnostischen Kriterien einer Borderline-Persönlichkeit, wobei jüngere Menschen mit über 6 Prozent deutlich häufiger betroffen sind.

Auch für diese psychische Störung gilt das biopsychosoziale Entstehungsmodell. Auffällig ist, dass über 90 Prozent der Menschen mit Borderline-Störung von Vernachlässigung oder einer anderen Form von seelischer, körperlicher oder sexueller Misshandlung in ihrer Lebensgeschichte berichten.

Für die Behandlung der Borderline-Störung gibt es störungsspezifische psychotherapeutische Ansätze, wie die Dialektisch-Behaviorale-Therapie. Zum Teil werden diese mit der Gabe von Psychopharmaka kombiniert.

Fazit

Vorliegende Studien unterstreichen, dass etwa 50 Prozent der Menschen mit psychischen Erkrankungen in ihrer Kindheit oder Jugend traumatischen Erfahrungen ausgesetzt waren. Alle Frauen, die in Frauenhäusern Schutz suchen, haben Gewalt erfahren und fast alle Kinder haben gewalttätige Auseinandersetzungen zu mindestens als Zeugen/-innen miterleben müssen.

Vor diesem Hintergrund sei darauf hingewiesen, dass Frauenberatungsstellen und Frauenhäuser ihre Angebote insbesondere auch im Hinblick auf Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen noch mehr als bisher traumasensibel gestalten sollten. Dies sollte unabhängig davon geschehen, welche weiteren, externen Behandlungsmöglichkeiten noch hinzugezogen werden.

„Hierzu zählen ein Verständnis für die Auswirkungen von traumatischen Erfahrungen, Empathie, das Gewähren von Sicherheit, Vermeidung von Retraumatisierung, Reflexion und das Überprüfen der eigenen Strukturen und Angebote.“²⁵

Neben der achtsamen Wahrnehmung der vielfältigen Folgen einer Traumatisierung und der emotionalen Reaktionen von Betroffenen, sollten jedoch nicht die Stärke und Widerstandskraft der Frauen aus dem Blick geraten. Hier spielen die weiter oben erwähnten Ansätze von Recovery und Empowerment eine wichtige Rolle.

Bei Empowerment geht es darum, Selbstbefähigung zu fördern und zu unterstützen.²⁶ Indem sich Menschen die eigenen Stärke(n), Ressourcen und Kompetenzen bewusst machen, wird die Möglichkeit eröffnet, sich für die eigenen Rechte einzusetzen und erlebte Machtlosigkeit zu überwinden. Empowerment kann dabei nur von den Betroffenen selbst umgesetzt werden. Die professionell Tätigen müssen bei ihrem Handeln immer wieder reflektieren, inwieweit sie tatsächlich Handlungsoptionen der

Betroffenen vergrößern und Möglichkeiten zu Selbsthilfe, Selbstvertrauen und Selbstbestimmung unterstützen oder aber möglicherweise behindern.

In eine ähnliche Richtung verweist das Konzept von Recovery.²⁷ Recovery meint, die Beschränkungen einer eher passiven Rolle als Patient/-in hinter sich zu lassen und sich auf den Weg zu einem selbstbestimmten und sinnerfüllten Leben zu machen. Zentrale Ideen des Konzeptes betonen, dass Gesundung oder Genesung auch bei schweren psychischen Erkrankungen möglich ist. Dabei kann die Erkrankung ganz abklingen oder aber ein gutes Leben mit der Erkrankung oder einzelnen Symptomen gelingen. Für den Genesungsprozess ist elementar, dass Betroffene Hoffnung verspüren oder diese durch Profis vermittelt bekommen. Dabei verläuft jeder Gesundungsweg anders und Genesung ist mit, ohne oder trotz fachlicher Unterstützung möglich.

Zusammenfassend lässt sich sagen: Mitarbeiterinnen in Frauenhäusern und Frauenberatungsstellen sollten über ein Basiswissen bezüglich psychischer Erkrankungen und ihrer störungsspezifischen Merkmale verfügen. Sie sollten das psychiatrisch-psychotherapeutische Unterstützungssystem und die gängigen Behandlungsformen kennen sowie Rechtskenntnisse im Betreuungsrecht, dem Psychisch-Kranken- bzw. Unterbringungsrecht des jeweiligen Bundeslandes und dem dazugehörige Verfahrensrecht (FamFG) haben.

Hierzu bieten die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege zahlreiche Fortbildungen an, die zunächst für Mitarbeitende aus dem psychiatrischen Versorgungssystem konzipiert und entwickelt wurden.

Denkbar sind auch Vernetzungen bzw. gegenseitige Fortbildungen und/oder gemeinsame Fallbesprechungen mit Kollegen/-innen aus psychiatrischen Diensten und Einrichtungen aus der Region.

²⁵ Hammer, Matthias und Plöbl, Irmgard (2012), S. 230

²⁶ Zu den weiteren Ausführungen vgl. Knuf, Andreas; Osterfeld, Margret und Seibert, U. (2007): Selbstbefähigung fördern: Empowerment und psychiatrische Arbeit

²⁷ vgl. hierzu auch Amering, Michaela und Schmolke, Margit (2007): Recovery: Das Ende der Unheilbarkeit

2.2 Die Regelversorgung bei psychischen Erkrankungen

Dr. Katharina Ratzke, Diakonie Deutschland e.V.

Hilfen und Unterstützungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Familien sind unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern und Leistungsträgern zugeordnet. Da die Zuständigkeiten wie auch die Planung und Finanzierung der verschiedenen Dienste und Einrichtungen in den Bundesländern unterschiedlich geregelt sind, gibt es in der Bundesrepublik in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in den Regionen sehr unterschiedliche Voraussetzungen und Verhältnisse. Bei einem Überblick über das psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfesystem ist außerdem zu bedenken, dass gleiche Angebote in unterschiedlichen Bundesländern anders bezeichnet werden bzw. unterschiedliche Leistungen unter einer Bezeichnung zusammengefasst werden.

Welche Dienste und Einrichtungen es für psychisch kranke Menschen in der Region gibt, ist am ehesten bei den Sozialpsychiatrischen Diensten, Gesundheitsämtern oder dem Sozialamt zu erfahren. Für die Arbeit in den Frauenhäusern und Frauenberatungsstellen empfiehlt es sich dabei, nicht nur eine Liste mit den Adressen der Angebote zu erstellen, sondern mit den relevanten Akteuren/-innen, wie beispielsweise Sozialpsychiatrischen Diensten, psychiatrischen Kliniken, niedergelassenen Psychiatern/-innen und/oder Psychotherapeuten/-innen Kontakt herzustellen und mögliche Kooperationsformen zu vereinbaren.

Die folgende Darstellung der wichtigsten Bausteine des Unterstützungssystems für Menschen mit psychischen Erkrankungen erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern dient als erste und einführende Information.

Gesundheitssystem und öffentlicher Gesundheitsdienst

Leistungen der Krankenversicherung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes werden erbracht durch:

- Niedergelassene Ärzte/-innen/ Fachärzte/-innen (Psychiatrie/Psychotherapie und Neurologie)
- Psychotherapeuten/-innen
- Psychiatrische/psychosomatische Kliniken oder Fachabteilungen (vollstationär, teilstationär in Tages- oder Nachtkliniken oder ambulant durch die Institutsambulanzen)
- (Psychiatrische) Pflegekräfte
- Soziotherapeuten/-innen
- Sozialpsychiatrische Dienste

Im ambulanten niedergelassenen Bereich sind Allgemeinärzte/-innen oft die ersten, die von Menschen mit psychischen Erkrankungen aufgesucht werden und sie nehmen eine wichtige Schlüsselfunktion bei der Weitervermittlung ein. Bei ernsteren oder länger andauernden Erkrankungen sollten Fachärzte/-innen (wie Psychiater/-innen, Neurologen/-innen oder Nervenärzte/-innen) hinzugezogen werden. Nach einer Differentialdiagnostik können sie Medikamente, aber auch andere Heilmittel, wie Soziotherapie und psychiatrische Pflege verordnen sowie Psychotherapie anbieten. Soziotherapie soll Krankenhausaufenthalte vermeiden bzw. verkürzen und richtet sich an schwer erkrankte Menschen, welche die bestehenden Behandlungsangebote oft nicht selbständig in Anspruch nehmen (können). Bei der psychiatrischen Pflege bzw. der häuslichen Pflege für psychisch Kranke geht es vor allem darum, die Beziehung des/der Patienten/-in zu sich selbst und zu anderen wiederherzustellen, sie/ihn bei der

Alltagsbewältigung je nach Hilfebedarf zu unterstützen, in Krisen zu begleiten sowie Verantwortung und Autonomie zu stärken.

Psychotherapie wird vor allem von niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten/-innen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-innen erbracht und ist wesentlicher Bestandteil einer umfassenden Behandlung psychischer Erkrankungen. Die Krankenkassen erstatten die sogenannte Richtlinien-Psychotherapie, die derzeit drei psychotherapeutische Verfahren umfasst. Dazu gehört neben der psychoanalytischen Psychotherapie und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie die Verhaltenstherapie. Diesen Verfahren liegen jeweils eine umfassende Theorie zur Krankheitsentstehung und spezifische Behandlungsmethoden zugrunde. In der Psychotherapie werden aktuelle psychische Beschwerden besprochen, es geht um die Verarbeitung schmerzlicher Erlebnisse, konfliktreiche Beziehungen werden geklärt und es werden gemeinsam alternative Verhaltensweisen in belastenden Situationen überlegt und ausprobiert.

In vielen Regionen in Deutschland fehlen jedoch Psychotherapeuten/-innen und Soziotherapie bzw. psychiatrische Pflege werden kaum erbracht. Als eine Reaktion auf diese Unterversorgung wurden in den letzten Jahren zunehmend (allerdings keineswegs flächendeckend) integrierte Versorgungsmodelle etabliert, die ambulante Komplexleistungen, meistens unter Einbezug der oben erwähnten Bausteine, anbieten. Die Verträge zur Integrierten Versorgung sind jedoch Selektivverträge der Krankenkassen und nur für die Versicherten der beteiligten Kassen zugänglich.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste sind der bekannteste und am meisten verbreitete Baustein der psychosozialen Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung. Sie bieten jedem/jeder Bürger/-in unkompliziert Beratung und Hilfe bezüglich psychischer Erkrankungen an, beraten aufsuchend im sozialen Umfeld auch Angehörige oder Nachbarn bzw. Institutionen und werden vorrangig in Krisensituationen tätig oder bei Zwangseinweisungen einbezogen. Darüber hinaus stellen sie die Vernetzung psychosozialer Dienstleistungen in der Region sicher und haben

schon deswegen den besten Überblick über die jeweilige Versorgungsregion.

Psychiatrische Institutsambulanzen haben ausdrücklich den Auftrag, sich vorrangig um diejenigen Patienten/-innen zu kümmern, die durch niedergelassene Ärzte/-innen nicht oder nicht ausreichend versorgt werden oder die selbst keine Praxis aufsuchen würden oder können. Die Ambulanzen nehmen darüber hinaus die medizinische und psychosoziale Begleitung von Patienten/-innen nach deren Entlassung aus der Klinik wahr.

In den psychiatrischen Kliniken findet die Behandlung akut erkrankter Menschen in Krisensituationen statt. Das Personal setzt sich aus Ärzten/-innen, Pflegepersonal, Sozialarbeitern/-innen, Psychologen/-innen bzw. psychologischen Psychotherapeuten/-innen und anderen Berufsgruppen zusammen. Untersuchungen, Pharmakotherapie, psychotherapeutische, soziotherapeutische und milieutherapeutische Angebote, Psychoedukation und Beschäftigungstherapie bilden das therapeutische Programm.

Tageskliniken sind meist organisatorischer Bestandteil eines psychiatrischen Krankenhauses mit einem ähnlichen Leistungsspektrum. Sie sind in der Regel an fünf Tagen in der Woche geöffnet und wie auch bei Nachtkliniken werden die bestehenden, sozialen Bezüge der Patienten/-innen weniger unterbrochen als bei einer vollstationären Behandlung.

Darüber hinaus stehen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zur Verfügung, um Gesundheits- und Funktionsstörungen zu behandeln, um Behinderungen, einschließlich chronischer Erkrankungen oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder eine Verschlimmerung zu verhüten (Leistungsträger/-innen sind vor allem Krankenkassen und/oder Rentenversicherungsträger). Es gibt in Deutschland ein großes Angebot an psychosomatischen Rehabilitationskliniken. Ein besonderes Angebot halten sogenannte RPKs (Rehabilitation für psychisch Kranke) bereit. RPK-Maßnahmen sind Komplexleistungen, die medizinische und berufliche Leistungen unter dem Dach einer Einrichtung miteinander verzahnen.

Bezüglich der Situation von Migranten/-innen ist festzuhalten, dass diese deutlich von Unter- und Fehlversorgung im Gesundheits- und Rehabilitationsbereich betroffen sind. Dies liegt u.a. an mangelnden Informationen über bestehende Hilfsangebote sowie an kulturellen und sprachlichen Barrieren eines Gesundheitssystems, das sich noch nicht ausreichend auf die kulturelle Vielfalt der in Deutschland lebenden Menschen eingestellt hat.

Menschen, die aufgrund oder infolge einer längeren psychischen Erkrankung, in ihren Teilhabemöglichkeiten an der Gesellschaft beeinträchtigt sind, haben als „Menschen mit seelischer Behinderung“ Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe. Die Teilhabeleistungen umfassen ein breites Spektrum an unterschiedlichen Maßnahmen, die wiederum in unterschiedlichen Settings erbracht werden können. Hierzu zählen u.a. Kontakt- und Beratungsstellen, Tagesstätten, ambulant betreutes Wohnen oder aber das Wohnen in einem Heim. Unterstützende Angebote zur Teilhabe am Arbeitsleben oder beruflichen Rehabilitation finden u.a. in beruflichen Trainingszentren, in Rehabilitationseinrichtungen, in medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen, in Berufsbildungs- oder Berufsförderungswerken, in Werkstätten für Menschen mit Behinderung oder aber in Zuverdienstprojekten bzw. als Unterstützte Beschäftigung statt.

Eine wichtige Funktion in der Versorgung und Unterstützung psychisch Kranker haben die Verbände der Selbsthilfe, die auf allen politischen und gesellschaftlichen Ebenen für die Verbesserung der Situation psychisch kranker Menschen und ihrer Familien eintreten. Die Verbände bieten dabei sowohl bundesweit als auch in den Regionen Informationen und Beratung zu psychischen Erkrankungen bzw. regelmäßige Gruppen an.

In vielen Regionen werden darüber hinaus sogenannte dialogische oder Psychoseseminare durchgeführt. Deren zentrale Idee ist eine gleichberechtigte Verständigung von Psychiatrie-Erfahrenen, deren Angehörigen und Professionellen über Psychosen. Ziel ist es, ein besseres, ganzheitliches Verständnis für diese Erkrankung zu entwickeln und damit auch die Arbeit der Psychiatrie zu verändern.

2.3 Das System der Suchtkrankenhilfe

Von Petra Antoniewski, Fachberatungsstelle gegen sexualisierte Gewalt, Frauen helfen Frauen e.V. Rostock

Für Menschen mit einem riskanten, schädigenden oder abhängigen Konsum von Suchtmitteln hat sich in Deutschland ein sehr differenziertes System von Hilfe-, Beratungs- und Behandlungsangeboten entwickelt, in das Einrichtungen der traditionellen Suchtkrankenhilfe ebenso wie Bereiche der medizinischen Primärversorgung und der psychosozialen/psychiatrischen Basisversorgung integriert sind. Das Spektrum der Angebote umfasst Prävention, Selbsthilfe, Beratung, Akutbehandlung sowie medizinische und soziale Rehabilitation. Eine wichtige Schlüsselfunktion kommt den Suchtberatungsstellen zu. Sie verfügen über spezifische Kenntnisse des Hilfesystems, sind diagnostisch tätig und können entsprechend der individuellen Situation und den Bedürfnissen Betroffener in weiterführende Hilfe- und Behandlungsangebote vermitteln. Suchtberatungsstellen empfehlen sich auch als kompetente Anlaufstellen für private und professionelle Unterstützer/-innen. Die Finanzierung der Beratungstätigkeit erfolgt über die Länder und Kommunen.

Ebenfalls zu den elementaren Bausteinen der professionellen Suchtkrankenhilfe gehören die suchtspezifische Akutbehandlung und die medizinische Rehabilitation.

Eine suchtspezifische Akutbehandlung wird erforderlich, wenn zur Verhinderung schwerer körperlicher Folgeschäden der Suchtmittelkonsum beendet bzw. eine abstinenten Phase eingeleitet werden muss und dies durch Betroffene nicht ohne das Risiko von unter Umständen lebensbedrohlichen Entzugssymptomen umgesetzt werden kann. Die Akutbehandlung findet im Rahmen von Entgiftungen oder qualifizierten Entzügen statt. Qualifizierte Entzüge umfassen neben der körperlichen Entgiftung Maßnahmen zur Psychoedukation und Motivationsförderung sowie zur psychosozialen Stabilisierung. Entgiftungen finden überwiegend in Allgemeinkrankenhäusern statt, qualifizierte Entzüge in der Regel auf spezialisierten Stationen psychiatrischer Kliniken. Die Behandlungen erfolgen zumeist stationär, unter bestimmten Voraussetzun-

gen auch tagesklinisch. Auch ambulante Entgiftungen mit Begleitung durch niedergelassene Ärzte/-innen sind möglich. Kostenträgerinnen sind die gesetzlichen Krankenversicherungen.

Die medizinische Rehabilitation umfasst Entwöhnungs- und Adaptionsbehandlungen. Die Einleitung dieser Maßnahmen setzt eine gewisse Abstinenzfähigkeit und -motivation der Betroffenen voraus. Entwöhnungsbehandlungen wenden sich dem psychischen Aspekt einer Abhängigkeitserkrankung zu und dienen im Wesentlichen dazu, Ursachen und Funktionen des Suchtmittelkonsums zu erarbeiten und Gestaltungsmöglichkeiten für eine abstinenten Lebensweise zu entwickeln. Die Behandlung dauert in der Regel 3 bis 4 Monate und findet stationär oder ganztätig ambulant in Fachkliniken statt. Daneben gibt es die Möglichkeit der ambulanten Rehabilitation, für deren Durchführung viele Suchtberatungsstellen eine Zulassung haben. In den vergangenen Jahren haben sich zunehmend auch Modelle durchgesetzt, die stationäre, ganztätig ambulante und ambulante Behandlungsphasen miteinander kombinieren. Kostenträgerin aller dieser Behandlungsformen ist in erster Linie die gesetzliche Rentenversicherung. Die Antragstellung kann mit Unterstützung vorbehandelnder Einrichtungen, niedergelassener Ärzte/-innen und/oder der Suchtberatungsstellen erfolgen.

Eine Adaptionsbehandlung schließt sich einer stationären Entwöhnung an und stellt deren zweite Phase dar, in der es um die soziale und berufliche Wiedereingliederung geht. Die Adaption findet in der Regel in an Fachkliniken angesiedelten Außenwohngruppen oder in eigenständigen Adaptionshäusern statt. Eine weitere Möglichkeit nach abgeschlossener Entwöhnungsbehandlung ist die Inanspruchnahme einer ambulanten Weiterbehandlung oder der ambulanten Nachsorge Sucht. Beide Formen der Nachsorge sind an die Suchtberatungsstellen angegliedert. Dabei geht es darum, Betroffene für einen begrenzten Zeitraum bei der Sicherung ihrer Behandlungserfolge

im Alltag zu unterstützen. Die ambulante Weiterbehandlung umfasst dabei einen noch höheren psychotherapeutischen Anteil als die ambulante Nachsorge Sucht. Kostenträgerin dieser Angebote ist in der Regel die gesetzliche Rentenversicherung. Die Antragstellung erfolgt durch die Einrichtung, in der die vorangegangene Entwöhnungsbehandlung stattgefunden hat.

Einen hohen Stellenwert haben innerhalb des Suchthilfesystems die Selbsthilfegruppen, von denen es deutschlandweit mehr als 10 000 gibt.²⁸ Für viele Betroffene stellen sie mit der Möglichkeit der „Begegnung auf Augenhöhe“ einen niedrighschwelligigen Zugang in das Hilfesystem dar. Für die professionellen Angebote sind sie vor allem aufgrund ihrer Kompetenzen im Bereich Motivation und Nachsorge unverzichtbarer Bestandteil des Hilfesystems.

Daneben können Betroffene in verschiedenen Einrichtungen und Institutionen der sozialen Rehabilitation Unterstützung finden. Dazu gehören u.a. betreute Wohnformen, ambulant betreutes Wohnen, Nachsorge- und Übergangseinrichtungen, niedrighschwellige Angebote und Arbeits- und Qualifizierungsprojekte. Finanziert werden die Angebote durch die überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Agenturen für Arbeit.

Die Pluralität der Angebote, durch die es möglich wird, auf unterschiedliche Indikationen, Lebenslagen und Bedarfe Betroffener zu reagieren, erfordert eine sorgsame Klärung, welche Form der Hilfe im Einzelfall angemessen und geeignet ist. Neben den bereits erwähnten Suchtberatungsstellen sind besonders für den Bereich der sozialen Rehabilitation auch die Sozialpsychiatrischen Dienste hier wichtige Kooperationspartner.

Für gewaltbetroffene Frauen mit einem schädigenden oder abhängigen Konsum von Suchtmitteln erweisen sich Hilfen mit einer Fokussierung auf den Substanzmittelgebrauch zwar oftmals als notwendig, zugleich aber nicht als ausreichend, manchmal auch als nicht geeignet. Schwierigkeiten entstehen beispielsweise daraus, dass Frauen in suchtspezifischen Einrichtungen oft einer deutlichen Dominanz von Männern ausgesetzt sind, von denen viele unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen selbst Täterverhalten gezeigt haben. Das Setting, zum Beispiel die Behandlung in Gruppen, bietet oft keinen ausreichenden Schutz. Zugleich reichen die Ressourcen in der Regel nicht aus, um neben der suchtspezifischen Behandlung zusätzliche individuelle, traumaspezifische und auf die Gewalterfahrung bezogene Angebote zu machen. Es empfiehlt sich daher eine Vernetzung und Kooperation zwischen den beteiligten Hilfesystemen, die über ein Nebeneinander und die Vermittlung in das jeweils andere System hinausgeht. Für betroffene Frauen könnte dies beispielsweise bedeuten, parallel zu einer suchtspezifischen Behandlung ergänzend stabilisierende Angebote einer Fachberatungsstelle oder eines Frauenhauses nutzen zu können. Ein Handlungsbedarf an dieser Schnittstelle ist inzwischen unumstritten, scheitert aber häufig an fehlenden finanziellen und personellen Ressourcen.

28 Weissinger, Dr. Volker; Missel, Peter (2012): Leitbild und Positionen zur Suchtkrankenhilfe und –behandlung, in: SuchtAktuell, Sonderausgabe

2.4 Die Selbsthilfe

Von Dr. Silke Schwarz, Frauenhaus Cocon Berlin

Neben den bisher beschriebenen ambulanten sowie stationären Unterstützungsangeboten der Regelversorgung psychisch auffälliger Personen kommt den Ansätzen der Selbsthilfe eine wichtige Funktion in der Versorgung Betroffener und deren Angehöriger zu. Darüber hinaus engagieren sie sich in der politischen und gesellschaftlichen Interessenvertretung. Die Selbsthilfelandchaft in Deutschland ist sowohl in Bezug auf ihre Strukturen als auch in Bezug auf ihre Inhalte sehr differenziert und vielfältig. Es existieren eine Vielzahl verschiedener Formen, angefangen von relativ lose organisierten und wenig formalisierten Selbsthilfegruppen bis hin zu professionalisierten Verbänden wie der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., die auf Bundesebene angesiedelt ist.²⁹ Auf Länderebene gibt es Koordinierungsstellen wie beispielsweise die SEKO oder Selbsthilfe Koordination Bayern³⁰ und die SEKIS oder Selbsthilfe Kontakt und Informationsstelle in Berlin³¹. Wichtigste Finanzierungsquellen sind neben Eigenmitteln Förderungen durch die Krankenkassen sowie Spenden und Bußgelder. Im bundesdeutschen Vergleich hält Brandenburg die höchste Anzahl von Selbsthilfekontaktstellen vor, Schlusslicht bildet das Saarland. Insgesamt leisten schätzungsweise zwischen 70.000 und 100.000 Selbsthilfegruppen einen bedeutenden Beitrag zum Gesundheitswesen.³²

Selbsthilfegruppen sind themenspezifisch bzw. auf ein bestimmtes Problemfeld bezogen, sei dies im medizinischen Bereich (z.B. Brustkrebs), im psychosozialen Bereich (z.B. Alleinerziehende) oder im klinisch-psychiatrischen Gebiet (z.B. Angststörungen). Diese Gruppen beantworten zum

einen Anfragen aus der Öffentlichkeit. Zum anderen treffen sie sich regelmäßig und bieten Unterstützung in der Alltagsbewältigung für die Betroffenen und deren Angehörige an. Betroffene informieren sich gegenseitig und teilen ihr Erfahrungswissen über Probleme, Behandlungs- und Bewältigungsmöglichkeiten:

- Wie kann ich trotz meiner psychischen Auffälligkeiten arbeiten gehen?
- Muss ich für immer Psychopharmaka einnehmen?
- Mit welchen Nebenwirkungen muss ich rechnen?
- Wo und wie erhalte ich Unterstützung, wenn ich den Alltag nicht mehr bewältigen kann?

Ein Vorteil des Selbsthilfeansatzes ist die Arbeit in Gruppen. Hierdurch kann Solidarität entstehen, außerdem das Gefühl, nicht mehr alleine „verrückt“ oder anders zu sein. Eine Bereitschaft entwickelt sich, sich selbst mit den jeweiligen Beeinträchtigungen in der Alltagsbewältigung anzunehmen und seine Lebensziele bestmöglich weiter zu verfolgen. Durch die Abwesenheit professioneller Helfer/-innen begegnen sich Betroffene auf gleicher Augenhöhe und nehmen neue Lösungshinweise und Lebensalternativen mit weniger Widerstand an. Die Hilfe zur Selbsthilfe, also Empowermentarbeit im engeren Sinn wird unterstützt. Ein anderer Austausch als im professionellen Setting wird ermöglicht. Aufgrund eines niedrigschwelligen Ansatzes haben Selbsthilfegruppen die Möglichkeit, bei Bedarf schnell neue Gruppen zu eröffnen und damit Wartezeiten zu verhindern. Gerade weil die Selbsthilfe im Gesundheitswesen eine so wichtige Funktion hat, ist die fehlende finanzielle Absicherung ein großes Problem.

Eine Schnittstelle zwischen professionellem Hilfe- und Selbsthilfesystem sind die sogenannten trialogischen oder Psychoseminare, die in vielen Regionen durchge-

29 Link mit Informationsmaterial – <http://www.dag-shg.de/> – und Link mit Suchfunktion für lokale Gruppen, der sogenannten roten Liste – <http://www.nakos.de/site/adressen>

30 Link mit Suchmaschine lokaler Gruppen: http://www.seko-bayern.de/index.php?article_id=15

31 Link mit Suchmaschine für lokale Gruppen: http://www.sekis-berlin.de/Selbsthilfe-Gruppen-suchen.5.0.html?&no_cache=1

32 Nakos Studien, Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer in Deutschland im Jahr 2013

führt werden. Deren zentrale Idee ist eine gleichberechtigte Verständigung von Psychiatrie-Erfahrenen, deren Angehörige und Professionellen über Psychosen mit dem Ziel, ein besseres, ganzheitliches Verständnis für diese Belastung zu entwickeln und damit auch die Arbeit der Psychiatrie zu verändern.

Relativ neu in der Unterstützungslandschaft im Allgemeinen ist der Bereich der internetbasierten Selbsthilfe. Dazu gehören Internetforen, Mailinglisten und Chats, die von Betroffenen eigenständig initiiert und teilweise von dahinter stehenden Selbsthilfevereinigungen begleitet werden. Vorteile sind die leichte Zugänglichkeit auch in örtlich abgelegenen Wohnorten, der schnelle Zugang ohne Wartezeiten, Anonymität und damit der Abbau von sozialen Hemmschwellen.

Wird das subjektiv erlebte Leid allerdings zu groß und der digitale Kontakt als zu unverbindlich erfahren, kann der persönliche Kontakt in der Selbsthilfe oder der Zugang zum ambulanten oder stationären professionellen Hilfesystem nötig werden.³³

³³ Digitale Kontakte umfassen anonymisierte, zeitverzögerten Beiträge bis hin zum in-vivo Videoanruf. Für weitere Informationen: <https://www.selbsthilfe-interaktiv.de/>

3. Möglichkeiten und Grenzen des Hilfesystems für gewaltbetroffene Frauen

Von Heike Herold, Frauenhauskoordinierung e.V.

In Deutschland besteht ein ausdifferenziertes, spezifisches Hilfesystem für gewaltbetroffene Frauen. Dieses Hilfesystem umfasst Frauenhäuser und Frauenschutzwohnungen (im Folgenden Frauenhäuser genannt) sowie Frauenberatungsstellen, Frauennotrufe bei sexualisierter Gewalt und Interventionsstellen bei häuslicher Gewalt (im Folgenden Fachberatungsstellen genannt). Die Angebote richten sich an alle Frauen mit Gewalterfahrungen, unabhängig vom Zeitpunkt und der Art der erlebten Gewalt, mit und ohne Kinder, mit und ohne Behinderung, unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit, ihrem Alter, ihrem sozialen Status, ihrem Einkommen, ihrem kulturellen Hintergrund und ihrer Religionszugehörigkeit. Im Mittelpunkt des Angebotes stehen der Schutz und die Unterstützung bei der Überwindung der Gewaltfolgen.

Trotz des differenzierten Hilfesystems ist die Versorgung gewaltbetroffener Frauen und ihrer Kinder nicht ausreichend sichergestellt. Das Hilfsangebot ist weder flächendeckend vorhanden noch ist es mit den erforderlichen personellen und sächlichen Ressourcen ausgestattet. Es ist regional sehr unterschiedlich ausgebaut und weist deutliche Lücken auf. Insbesondere in ländlichen Regionen gibt es wenige und kaum spezialisierte Angebote. Die Wege der Hilfesuchenden sind häufig weit. In Großstädten und Ballungsräumen mit verschiedenen Hilfsangeboten fehlt es vielerorts an Beratungskapazitäten und Frauenhausplätzen. So gibt es Wartelisten auf Beratungstermine in Fachberatungsstellen, schutzsuchende Frauen und deren Kinder müssen aus Mangel an freien Frauenhausplätzen abgewiesen werden. Die Gesamtzahl der Frauenhausplätze reicht bundesweit nicht aus. In den neuen Bundesländern haben die Frauenhäuser und Fachberatungsstellen besonders geringe Ressourcen. Interventionsstellen bei häuslicher Gewalt mit pro-aktivem Beratungsansatz nach Polizeieinsätzen sind nicht flächendeckend in allen Bundesländern vorhanden, vielerorts sind sie nur unzureichend mit Personal und Sachmitteln ausgestattet.

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, stoßen Frauenhäuser und Fachberatungsstellen an ihre Grenzen, wenn es darum geht, gewaltbetroffene Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen oder Suchtproblemen angemessen zu unterstützen. Grund dafür sind die geringen personellen Ressourcen, aber auch die räumlichen Gegebenheiten, wie fehlende private Rückzugsmöglichkeit in Frauenhäusern. Daher gibt es zum Beispiel bei der Aufnahme ins Frauenhaus Barrieren für diese Frauen.

Für das Hilfesystem bei Gewalt gegen Frauen besteht weder ein einheitlicher Rechtsrahmen noch gibt es Regelfinanzierungen. Schutz- und Hilfeleistungen werden überwiegend auf der Grundlage freiwilliger Leistungen der Länder und Kommunen, über Leistungsansprüche der Frauen nach den SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuche) und SGB XII (Sozialhilfe) sowie durch Eigenmittel der Träger und durch Spenden finanziert. Daher gibt es gerade bei der Aufnahme in vielen Frauenhäusern Aufnahmehindernisse, die durch die Art der Finanzierung entstehen.

3.1 Frauenhäuser

Von Birgit Gaile, AWO-Frauenhaus Augsburg

Frauenhäuser sind Schutzunterkünfte für Frauen und Kinder, die von häuslicher Gewalt bedroht oder betroffen sind. Häusliche Gewalt beinhaltet verschiedene Gewaltformen wie physische, psychische und sexualisierte Gewalt sowie Stalking. Oftmals liegt außerdem ökonomische und soziale Gewalt vor.

Schutz vor Gewalt heißt zunächst eine sichere Unterkunft und Krisenintervention. Frauenhäuser sind rund um die Uhr erreichbar. Zudem arbeiten sie eng mit der Polizei, dem Gesundheitswesen und mit anderen Beratungsstellen zusammen. Da für einen Teil der Frauen auch nach der Aufnahme im Frauenhaus eine hohe Gefährdung besteht, ist das Frauenhaus ein anonymer Ort und es wird keine Auskunft über Frauen und Kinder gegeben.

Das Unterstützungsangebot richtet sich ausdrücklich auch an gewaltbetroffene Migrantinnen. Sie werden unter anderem auch bei Fragen des Aufenthaltsrechtes unterstützt. Für gewaltbetroffene Migrantinnen ohne ausreichende Deutschkenntnisse ist die Unterstützung durch zu geringe oder fehlende Ressourcen für professionelle Sprachmittlung nur eingeschränkt möglich.

Frauenhäuser bieten im Rahmen der Beratung psychosoziale Hilfen und Stabilisierungsarbeit an. Außerdem erhalten Klientinnen Unterstützung bei der Verarbeitung der Gewalterlebnisse und bei der Entwicklung neuer Lebensperspektiven. Die Begleitung der Frauen umfasst ein Clearing der Gewaltsituation, Krisenintervention, Schutz- und Sicherheitsberatung sowie Vermittlung von ärztlicher, therapeutischer und juristischer Hilfe.

Frauenhausmitarbeiterinnen unterstützen bei Ämtergängen, helfen bei der Sicherung des Lebensunterhalts und beraten bei spezifischen Themen wie aufenthaltsrechtlichen Fragestellungen, Sorgerechtsregelungen und Schutzanordnungen nach dem Gewaltschutzgesetz.

Die Bewältigung der gewalttätigen Übergriffe und die Entwicklung von Handlungsstrategien stehen im Fokus der Unterstützung. Dies geschieht in Einzelberatungen, in Gruppenarbeit und im sozialen Miteinander im Frauenhaus.

Die Beratung orientiert sich an der Lebenssituation und den Vorstellungen der Frau unter Berücksichtigung ihres sozialen und kulturellen Hintergrunds. Sie folgt dem Prinzip Hilfe zur Selbsthilfe und geht von der Eigenverantwortung der Frau aus. Die Beratung hat einen ganzheitlichen Ansatz und ist entsprechend offen für die individuellen, seelischen und materiellen Problemlagen der Frau. Die Arbeit für Frauen und mit Frauen ist prozessorientiert, parteilich und ergebnisoffen. Sie soll Frauen stärken und adäquate Hilfen für mitbetroffene Kinder bieten.

Das Frauenhaus ist immer auch ein Schutzhaus für Kinder. Die regionalen Bedingungen und die Förderrichtlinien in den einzelnen Bundesländern sind unterschiedlich, so dass die Angebote differieren. Gesprächs- und Gruppenangebote werden selbst durchgeführt oder eine Unterstützung der Kinder findet in Kooperation mit dem Hilfesystem (Kinder- und Jugendhilfe, Armutsprävention, Opferschutz, Sportvereine etc.) statt. Durch die Kinderbetreuung sollen Entlastungssituationen und Freiräume für Mütter und Kinder geschaffen werden.

Kinder die mit ihren Müttern ins Frauenhaus kommen befinden sich ebenfalls in einer Krisensituation. Von häuslicher Gewalt sind sie entweder unmittelbar, beispielsweise durch körperliche und/oder sexuelle Misshandlung oder mittelbar durch die Atmosphäre der Gewalt betroffen. Kinder im Frauenhaus leiden häufig unter den Folgen der Gewalt. Dies zeigt sich beispielsweise durch Verhaltensstörungen, emotionale Probleme, negative Beeinflussung der kognitiven Fähigkeiten, Langzeitauswirkungen auf die Entwicklung und Erlernen des Ausübens oder des Erduldens von gewalttätigem Verhalten sein.

Der Umzug ins Frauenhaus kann für die Kinder mit ambivalenten Gefühlen verbunden sein. Einerseits bedeutet er Entlastung, da die direkte Bedrohung durch den/die Gewalttäter/-in entfällt. Andererseits können auch Loyalitätskonflikte gegenüber dem/der Täter/-in (meist dem eigenen Vater) bestehen. Die Mitarbeiterinnen des Frauenhauses hören den Kindern zu und glauben ihnen. Die Bedürfnisse und Ängste der Kinder werden miteinander besprochen. Viele Kinder sind erleichtert, dass sie im Frauenhaus andere Mädchen und Jungen treffen, die Ähnliches erlebt haben. Im spielerischen Austausch kann ein erstes Verarbeiten von Erlebtem erfolgen und die Kinder finden neuen Mut. Gegebenenfalls kann an Kinder- und Jugendpsychotherapeuten/-innen weiter vermittelt werden. Außerdem kann eine Zusammenarbeit mit Kindergarten oder Schule stattfinden.

Die Ziele der Arbeit mit Kindern werden mit den Müttern auf die jeweilige Lebenssituation abgestimmt. Kinder werden im Frauenhaus dabei unterstützt, ihre Gefühle wie Freude, Wut und Trauer zu zeigen und Selbstvertrauen zu entwickeln. Mädchen und Jungen werden ermutigt, Freundschaften mit Gleichaltrigen einzugehen, ihren Hobbys nachzugehen oder eigene Interessen zu entwickeln.

Die Angebote zur Stabilisierung umfassen die Stärkung der Kinder in Einzelgesprächen, therapeutisches Spielen, Konfliktarbeit mit Mädchen und Jungen, altersgerechte Angebote (Babytreff, Kleinkindergruppe, Kindergarten, Schulkindergruppe und Jugendtreff) sowie themen- und geschlechtsspezifische Gruppen. Zudem werden Mütterberatung und Mutter-Kind-Gespräche angeboten sowie Präventionsarbeit durchgeführt.

Angebote für Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen und für deren Kinder

In den meisten Bundesländern sind bei den Aufnahmekriterien der Frauenhäuser psychische Erkrankungen ein Ausschlussgrund, einige Förderrichtlinien verwehren den Zugang in diesen Fällen generell. Tatsächlich befinden sich jedoch viele traumatisierte Frauen in den Schutzunterkünften. Immer wieder sind Klientinnen psychisch instabil, haben jedoch keine Diagnose. Andere Bewohnerinnen sind mit Medikamenten gut eingestellt und ein Frauenhausaufenthalt entspricht der geeigneten Hilfe. Bei einer psychischen Beeinträchtigung der Frau werden im Aufnahmegespräch in der Regel individuelle Aspekte abgeklärt, beispielsweise, ob bereits eine medizinische Versorgung besteht und inwieweit die Frau eigenständig im Frauenhaus leben kann.

Der Aufenthalt von suchtkranken und psychisch kranken Frauen kann die fachlichen Möglichkeiten des Frauenhauses übersteigen. Die Mitarbeiterinnen tragen mit dafür Sorge, dass diese Frauen in anderen Institutionen Hilfe finden. Eine Weitervermittlung beinhaltet allerdings vielfach Schwierigkeiten (siehe Kapitel 1).

Kinder psychisch kranker Mütter benötigen besondere Aufmerksamkeit. Zusätzlich zur gewaltbelasteten Lebenssituation sind sie mit der psychischen Beeinträchtigung ihrer Mutter konfrontiert. Häufig sind sie mit ihren Gedanken allein und machen sich Sorgen; sie fühlen sich schuldig oder wissen mit Stimmungsschwankungen der Mutter nicht umzugehen.

Kinder reagieren sehr unterschiedlich auf die psychischen Beeinträchtigungen. Mädchen und Jungen verhalten sich oftmals unruhig oder sind anderweitig auffällig. Ebenso häufig wirken Kinder angepasst, d.h. sie sind hilfsbereit, hören verständnisvoll zu und versuchen die Mutter zu entlasten. Jugendliche schämen sich meist für die Verhaltensweisen der Mutter oder fühlen sich verantwortlich.

Während des Frauenhausaufenthalts erhalten die Mütter Hilfe dabei, ihre Kinder über die psychische Krankheit geeignet zu informieren. Frauen werden darin unterstützt, den Kindern trotz ihrer Einschränkungen Liebe und Ge-

borgenheit zu geben, die Bindungsentwicklung und die Mutter-Kind-Beziehung wird insgesamt gefördert. Sie werden bei Erziehungsaufgaben beraten, wenn es beispielsweise darum geht, Grenzen zu setzen oder Lob auszusprechen.

In einigen Fällen ist die Betreuung durch die Frauenhausmitarbeiterinnen nicht ausreichend und die Mütter benötigen gezielte Hilfen. Im gemeinsamen Gespräch mit den Müttern

wird der Bedarf festgelegt und es erfolgt die Planung weiterer Unterstützung. Mütter mit psychischen Beeinträchtigungen können Informationsmaterialien (beispielsweise der Familien-Selbsthilfe Psychiatrie und des BKK Bundesverbandes) erhalten, außerdem kann in Absprache mit der Frau eine Kontaktaufnahme zu Erziehungsberatungsstellen oder zum Jugendamt erfolgen, um passgenaue Hilfen und geeignete Maßnahmen in die Wege zu leiten.

3.2 Fachberatungsstellen bei Gewalt gegen Frauen

Von Heike Herold, Frauenhauskoordinierung e.V.

Fachberatungsstellen bei Gewalt gegen Frauen leisten einen wesentlichen Teil der ambulanten Beratung gewaltbetroffener Frauen. Sie unterstützen bei der Überwindung von Gewalterfahrungen, bei der Verbesserung des Schutzes vor weiterer Gewalt und bei der Wahrnehmung ihrer Rechte.

Das Angebot richtet sich an Frauen, die von körperlicher, sexualisierter, psychischer oder ökonomischer Gewalt in der Partnerschaft, in der Familie, in Beziehungen, im Alltag, am Arbeitsplatz oder in anderen gesellschaftlichen Zusammenhängen betroffen oder bedroht sind. Die Beratung kann anonym, per Telefon oder als Online-Beratung erfolgen. Sie ist auch ohne vorherige Anmeldung möglich. Das Angebot der Fachberatungsstellen umfasst Einzel- und Gruppenberatungen. Um den Zugang zu erleichtern, werden häufig offene Angebote und Treffs sowie aufsuchende Beratung angeboten. Die Fachberatungsstellen haben öffentlich bekannte Adressen.

Das Beratungsangebot ist kostenlos und umfasst:

- Die Krisenintervention,
- Informationen zu rechtlichen Schutzmöglichkeiten,
- eine mittel- und längerfristige psychosoziale Beratung,
- zum Teil eine psychosoziale Prozessbegleitung in Strafprozessen,
- Beratung zu Fragen der Existenzsicherung,
- Wohnungs- und Arbeitssuche,
- Begleitung zu Ämtern und Behörden,
- Beratung zu Erziehungsfragen,
- Beratung zu Fragen des Umgangs- und Sorgerechtes,
- Beratung bei Trennung und Scheidung und
- die Weitervermittlung bei spezifischem Unterstützungsbedarf.

Das Angebot richtet sich ausdrücklich auch an gewaltbetroffene Migrantinnen, aber nur in wenigen Fachberatungsstellen ist eine muttersprachliche Beratung möglich. Für eine professionelle Sprachmittlung bei nicht ausreichenden Deutschkenntnissen der Migrantinnen gibt es in den meisten Fachberatungsstellen keine ausreichenden Honorarmittel.

Obwohl sie für die mitbetroffenen Kinder einen großen Unterstützungsbedarf sehen, können nur die wenigsten Fachberatungsstellen Unterstützung für diese Kinder anbieten. Dafür steht in den meisten Fachberatungsstellen kein oder nicht ausreichend Fachpersonal zur Verfügung.

Mehrheitlich sind in den Fachberatungsstellen Sozialarbeiterinnen oder Sozialpädagoginnen tätig, zum Teil haben sie therapeutische Zusatzausbildungen, in ca. einem Drittel der Fachberatungsstellen sind auch Psychologinnen und Psychotherapeutinnen beschäftigt. Die Ausstattung der Fachberatungsstellen mit Personalkapazitäten ist für die erforderliche Beratung und Unterstützung gewaltbetroffener Frauen und ihrer Kinder nicht ausreichend. Dieser Mangel an Fachpersonal bewirkt lange Wartezeiten auf Erstgespräche und große Abstände zwischen den weiteren Beratungsterminen.

Nur ein geringer Teil der Fachberatungsstellen ist barrierefrei bzw. barrierearm ausgestattet und damit kaum für gewaltbetroffene Frauen mit Behinderungen zugänglich. In den ländlichen Regionen sind Fachberatungsstellen für ein großes Einzugsgebiet zuständig, das Aufsuchen der Fachberatungsstelle ist für die Frauen mit langen Wegen und Kosten verbunden. Für erforderliche aufsuchende Beratungsangebote gibt es in den Fachberatungsstellen kaum oder keine Personalkapazitäten und nicht die erforderlichen Dienstfahrzeuge.

Angebote für Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen und für deren Kinder

Das Gewalterleben führt bei vielen der Klientinnen der Fachberatungsstellen, zumindest zeitweise, zu psychischen Belastungen. Die Beratung gewaltbetroffener Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen ist ein wichtiges Arbeitsfeld. Zugangshindernisse, wie bei den Frauenhäusern, die im Gemeinschaftsleben im Frauenhaus begründet sind, gibt es für die Beratung in Fachberatungsstellen nicht. Die Fachberatungsstellen unterstützen die Klientinnen häufig, bis ein geeigneter ambulanter oder stationärer Behandlungsplatz zur Verfügung steht. Wegen der fehlenden psychotherapeutischen und psychiatrischen Angebote in vielen Regionen nimmt das häufig lange Zeiträume in Anspruch. Auch nach Klinikaufenthalten fehlt es an geeigneten nachgehenden Behandlungsangeboten. Hier übernehmen die Fachberatungsstellen bei vorhandenen Kapazitäten die Stabilisierung und beratende Begleitung der Frauen. Klientinnen mit psychischen Beeinträchtigungen werden so oft über längere Zeiträume durch Fachberatungsstellen begleitet.

Die Grenzen dieser Unterstützung liegen in den unzureichenden Ressourcen; nur in wenigen Fällen ist eine so intensive Begleitung über längere Zeiträume möglich. Zusätzlich setzen Selbst- oder Fremdgefährdungen (z. B. selbstverletzendes Verhalten, akute Suizidalität oder psychotische Zustände) der Unterstützung der Fachberatungsstelle Grenzen. Die Fachberatungsstellen arbeiten entsprechend des individuellen Unterstützungsbedarfes der Frau mit den vorhandenen Einrichtungen der therapeutischen und psychiatrischen Versorgung zusammen.

3.3 Fachberatungsstellen gegen sexualisierte Gewalt

Von Petra Antoniewski, Fachberatungsstelle gegen sexualisierte Gewalt, Frauen helfen Frauen e.V. Rostock

Bundesweit gibt es ca. 250 auf das Thema sexualisierte Gewalt spezialisierte Fachberatungsstellen, die Frauen mit unterschiedlichen Gewalterfahrungen beraten. Arbeitsweise, Leistungsumfang und Zielgruppen variieren in Abhängigkeit von der finanziellen, personellen und räumlichen Ausstattung der Einrichtungen ebenso wie von unterschiedlichen fachlich-konzeptionellen Ansätzen. So gibt es Spezialisierungen auf unterschiedliche Zielgruppen, beispielsweise nach Alter, Geschlecht oder dem Zeitpunkt der sexualisierten Gewalterfahrung. Es gibt außerdem Einrichtungen, die in besonderer Weise zum Beispiel auf die Arbeit mit gewaltbetroffenen Migrantinnen oder Frauen mit Behinderung eingestellt sind. Unterschiede zeigen sich auch hinsichtlich der Arbeitsinhalte. Diese können neben der zumeist zentralen Beratungsarbeit auch therapeutische Angebote, psychosoziale Prozessbegleitung, Prävention und Fortbildung umfassen. Bei aller Unterschiedlichkeit gibt es gemeinsame übergeordnete Zielsetzungen. Alle Fachberatungsstellen arbeiten parteilich, fühlen sich den Interessen, Bedürfnissen und dem Schutz Betroffener verpflichtet und haben die Reduzierung bzw. Verhinderung sexualisierter Gewalt zum Ziel. Dies bedeutet auch, dass eine umfangreiche Vernetzung, die Mitwirkung in Fachgremien, Öffentlichkeitsarbeit und Engagement auf politischer Ebene in der Regel zum Arbeitsalltag gehören.

Der Arbeit der Fachberatungsstellen liegt eine weit gefasste Definition sexualisierter Gewalt zugrunde, die sich am subjektiven Erleben und Leiden Betroffener und nicht an strafrechtlichen Maßstäben orientiert. Die Wahrung und Förderung der Selbstbestimmung Betroffener kennzeichnet den Beratungsprozess. Wichtiges Anliegen ist es, Betroffenen von sexualisierter Gewalt einen möglichst niedrigschwelligen Zugang zu Hilfsangeboten zu ermöglichen. So sind die meisten Angebote kostenfrei und können auf Wunsch anonym und ohne jegliche bürokratische Hürde genutzt werden. Die Fachberatungsstellen sind zudem darum bemüht, die Wartezeiten für Erstgespräche

gering zu halten, was allerdings angesichts hoher Beratungszahlen und fehlender personeller Ressourcen nicht immer zu realisieren ist. Beratungen können zumeist auch telefonisch, per Mail und in einigen Fällen auch per Chat erfolgen. Insbesondere in ländlichen Regionen wird teilweise auch aufsuchend gearbeitet.

Neben der direkten Kontaktaufnahme durch Betroffene sind es häufig professionelle oder private Unterstützer/-innen, die den Erstkontakt zur Beratungsstelle herstellen, diesen manchmal auch begleiten und so den Zugang erleichtern. Nicht selten sind sie als Vertrauenspersonen erste Ansprechpartner/-innen für Betroffene und sehen sich selbst dann mit einer emotional belastenden Problematik konfrontiert, die zu Verunsicherungen bezüglich des eigenen Handelns führen kann. In der Mehrzahl der Fachberatungsstellen finden deshalb auch sie Unterstützung und Beratung für den Umgang mit Betroffenen.

Die Beratung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gehört zum Arbeitsalltag in den Fachberatungsstellen gegen sexualisierte Gewalt. Es sind eben gerade die psychischen Folgen sexualisierter Gewalterfahrungen, die Betroffene veranlassen, sich Hilfe zu suchen, oft erst Jahre später. Besonders häufig beschreiben Klienten/-innen:

- sich aufdrängende, quälende Erinnerungen an das Ereignis (Flashbacks)
- Alpträume, Schlafstörungen
- Angstzustände
- Schreckhaftigkeit
- sexuelle Probleme
- Vertrauensverlust

- Rückzug aus Beziehungen
- Einschränkungen der Beziehungsfähigkeit
- Depressive Symptome
- Dissoziationen bis hin zu dissoziativen Identitätsstörungen
- selbstverletzendes Verhalten
- Suchtmittelmissbrauch/Suchtmittelabhängigkeit
- suizidale Gedanken

Bereits die sexualisierte Gewalterfahrung an sich, die eine massive Verletzung der Integrität und der Intimsphäre eines Menschen darstellt, ist mit intensiven Scham- und Schuldgefühlen verknüpft. Für die daraus resultierenden psychischen Beeinträchtigungen gilt dies ebenso. Betroffene haben beispielsweise Sorge, „verrückt“ zu sein, erleben sich als Versager/-innen, fühlen sich nicht als vollwertige Partner/-innen oder/und nehmen sich selbst als nicht liebenswert wahr. Viele Klienten/-innen erfahren bereits dadurch Entlastung, dass Symptome in der Beratung erstmals eine positive Bewertung als für die Bewältigung einer traumatischen Situation hilfreich und angemessen erfahren. Dieses Verständnis für die Folgen und die Herstellung von Zusammenhängen zum Gewalterleben erleichtert die Inanspruchnahme weiterführender Hilfe.

Die meisten Fachberatungsstellen leisten jedoch weit mehr als Information, Aufklärung und Weitervermittlung. Geeignete ambulante oder stationäre Behandlungsplätze sind rar, bis zur Aufnahme einer Behandlung vergehen nicht selten Monate. Betroffene erleben aber bedingt durch psychische Beeinträchtigungen häufig eine so erhebliche Einschränkung ihrer Lebensqualität, dass derartige Wartezeiten unzumutbar sind und mit stabilisierenden Maßnahmen überbrückt werden müssen. Auch nach psychotherapeutischen Behandlungen benötigen viele Betroffene Unterstützung bei der Reorientierung im Alltag und der Integration neu erworbener Verhaltensstrategien.

Klienten/-innen mit psychischen Beeinträchtigungen werden so oft über längere Zeiträume, manchmal über mehrere Jahre durch Fachberatungsstellen begleitet. Grenzen erfährt die Arbeit dann, wenn das ambulante Setting nicht mehr ausreicht, einer Selbst- oder Fremdgefährdung ausreichend entgegen zu wirken. Dies kann bei schwerem selbstverletzenden Verhalten, akuter Suizidalität oder psychotischen Zuständen der Fall sein. Eine weitere Begleitung durch die Fachberatungsstelle kann dann an die Bedingung einer stationären Krisenintervention geknüpft sein. Für die meisten Klienten/-innen ist dies ein schwieriger Schritt, der durch eine gute Vernetzung mit psychiatrischen Institutsambulanzen und Krankenhäusern und entsprechender Begleitung erleichtert werden kann. In der Praxis bedeutet dies eine intensive Pflege von Kooperationsbeziehungen, die auch dazu beitragen kann, teilweise vorhandene Ressentiments zwischen den unterschiedlichen Hilffssystemen und Berufsgruppen abzubauen.

Eine weitere Schwierigkeit resultiert daraus, dass Behandlungssettings in Kliniken, die nicht ausreichend auf die Behandlung von Patienten/-innen mit Traumafolgestörungen spezialisiert sind, diese oft überfordern. Im ungünstigsten Fall passiert es dann, dass Patienten/-innen fehlende Motivation, unzureichende Mitwirkung oder „Dramatisierungen“ unterstellt werden – eine Bewertung, die nahtlos an das ohnehin meist sehr negative Selbstbild Betroffener anknüpft. Die Wahl einer fachlich geeigneten Klinik mit traumaspezifischem Konzept und entsprechender Erfahrung ist deshalb von besonderer Bedeutung.

Viele Klienten/-innen sind Teil eines Familiensystems, welches es im Blick zu halten gilt. Die zum Teil massiven psychischen Beeinträchtigungen können durchaus dazu führen, dass betroffene Eltern in ihrer Erziehungskompetenz eingeschränkt sind und Kinder sowohl emotional als auch materiell nicht ausreichend versorgt werden können. Bei einer bereits bestehenden stabilen Arbeitsbeziehung ist es oft möglich, Klienten/-innen für dieses Problem zu öffnen und zur Beantragung und Inanspruchnahme von Hilfe durch das Jugendamt zu motivieren. Allerdings gibt es auch Fälle, in denen die Entwicklung eines solchen Problembewusstseins nicht gelingt und zum Schutz des Kindeswohls das Jugendamt auch ohne Einverständnis der Betroffenen

eingeschaltet werden muss (§8a SGB VIII). Eine solche Entscheidung bedeutet die Aufgabe der Parteilichkeit und stellt in der Regel eine erhebliche Belastung der Beziehung zu Klienten/-innen dar, die die Gefahr eines Abbruchs der Beratung in sich birgt. Generell wichtig für die Arbeit im Kontext sexualisierter Gewalt, aber eben besonders für diese konfliktreichen Situationen, sind ausreichende Möglichkeiten zur Reflexion innerhalb eines Teams und/oder im Rahmen von Supervision sowie eine gute Selbstfürsorge.

3.4 Interventionsstellen

Von Sylvia Belinda Müller, Dresdner Interventions- und Koordinierungsstelle, Frauenschutzhaus Dresden e.V.

Interventionsstellen gegen häusliche Gewalt sind fachspezifische Beratungsstellen für Opfer häuslicher Gewalt (Gewalt in der Partnerschaft oder Gewalt im sozialen Nahraum). Häufig werden auch Beratungen für Opfer von Stalking angeboten. Interventionsstellen beraten vor allem Frauen, einige beraten aber auch Männer als Betroffene häuslicher Gewalt. In einigen Interventionsstellen werden auch die mitbetroffenen Kinder besonders unterstützt.

Interventionsstellen beraten Betroffene, unabhängig von ihrem Alter, Bildungsgrad, ihrer sexuellen Identität, ihrem sozialen Status oder kultureller Herkunft und unabhängig von Zeitpunkt und Art der erlebten Gewalt, sowie Menschen aus dem sozialen Umfeld der Gewaltbetroffenen und Fachkräfte.

Die Arbeit der Interventionsstellen ist Bestandteil der Interventionskette bei häuslicher Gewalt. Sie verstehen sich als Bindeglied zwischen schnell greifenden und kurzfristig wirkenden polizeilichen Eingriffsbefugnissen, z.B. Wegweisung und mittelfristig wirkenden zivilrechtlichen Schutzmöglichkeiten, z.B. nach dem Gewaltschutzgesetz. Die Interventionsstellen stellen einen festen Baustein im regionalen, interdisziplinären Hilfesystem dar.

Sie werden vorrangig nach Polizeieinsätzen bzw. Anzeigen bei der Polizei tätig. Die Beraterinnen³⁴ nehmen proaktiv Kontakt zu den Opfern auf. Die pro-aktive Beratung ist ein zugehendes Beratungsangebot für Betroffene von häuslicher Gewalt. Die Kontaktaufnahme erfolgt durch die Beraterinnen vorrangig nach Polizeieinsätzen zu häuslicher Gewalt, insbesondere auf telefonischem Weg. Dazu übermittelt die Polizei in vielen Bundesländern die Kontaktdaten der Opfer an die Interventions- und Koordinierungsstelle.³⁵ Es wird ein Beratungsangebot der Interventionsstelle unterbreitet. Die Beratung erfolgt ausschließlich mit Zustimmung der Betroffenen von häuslicher Gewalt.

34 Für die Arbeit mit von häuslicher Gewalt betroffenen Frauen ist der Einsatz weiblicher Fachkräfte geboten, für die Beratung von betroffenen Männern sollten gegebenenfalls männliche Berater eingebunden werden. (Siehe Standards für die Arbeit von Interventionsstellen, beschlossen von der Bundeskonferenz der Interventionsprojekte und Interventionsstellen am 2. November 2006)

35 Unterschiede bestehen hinsichtlich der Eingriffsvoraussetzungen, der Dauer oder auch der Verlängerungsmöglichkeiten der polizeilichen Maßnahme. Ein wesentlicher Unterschied besteht hinsichtlich der Datenweitergabe an eine Beratungsstelle zwecks pro-aktiver Beratung: So erfolgt eine Datenweitergabe an eine solche Beratungsstelle in einigen Bundesländern nur mit Einwilligung der gefährdeten Person – entweder einer schriftlichen oder auch einer mündlichen Einwilligung. In anderen Bundesländern werden Daten der Opfer immer im Zusammenhang mit einer Wegweisung weitergegeben. Wieder andere Bundesländer gehen noch weiter: Hier werden die Daten des Opfers bei jedem Polizeieinsatz häuslicher Gewalt bzw. Anzeige zu häuslicher Gewalt an die Beratungsstelle weitergeleitet (§ 52 SOG M-V; § 201 a LVwG Schleswig-Holstein, SOG-NS, § 17).

Mit der pro-aktiven Kontaktaufnahme erreichen die Beraterinnen häufig gewaltbetroffene Frauen, die nicht von sich aus Unterstützung in Frauenhäusern und Beratungsstellen gesucht hätten. Das Angebot richtet sich aber auch an Betroffene, die von sich aus Unterstützung suchen sowie an Betroffene, die von anderen Stellen vermittelt werden. Zudem können auch Multiplikatoren/-innen zu häuslicher Gewalt und Stalking informiert werden und Fachberatung in Anspruch nehmen. Gleiches gilt für die allgemeine Öffentlichkeit. Die Beratung erfolgt telefonisch, persönlich und aufsuchend.

Im Mittelpunkt der Beratung steht die psychosoziale Unterstützung und Krisenintervention. Wichtige Schritte sind hier die Klärung der Gewaltsituation als Ausgangspunkt für die nächsten Schritte, das Erstellen einer Gefährdungsprognose und einem daraus folgenden Sicherheitsplan. Die Mitarbeiterinnen zeigen rechtliche, tatsächliche und individuelle Schutzmöglichkeiten auf und geben insbesondere Informationen zum Gewaltschutzgesetz. Weitere Beratungsthemen sind die Existenzsicherung und die gesundheitliche Unterstützung, die Beachtung der Situation der Kinder, die Beachtung der besonderen Situation von Migrantinnen im Hinblick auf mögliche Einschränkungen durch das Aufenthaltsgesetz und die Weitervermittlung bei Bedarf an andere Institutionen. Dazu kooperiert die Interventionsstelle mit anderen beteiligten Institutionen.

Die Beratung durch die Interventions- und Koordinierungsstelle ist in der Regel eine zeitnahe erste Krisenintervention bzw. ein kurz- bis mittelfristiges Beratungsangebot. Ziel der Beratungen ist die Wiederherstellung der Sicherheit der Betroffenen. Bei längerfristiger Unterstützung und Begleitung werden die Betroffenen an regionale Beratungsstellen und bei besonderem Schutzbedarf an Frauenhäuser weiter vermittelt. Damit haben die Interventionsstellen eine entscheidende Lotsenfunktion ins übrige Hilfesystem und können so als Brücke für die Betroffenen fungieren. Die Interventionsstellen sind gut vernetzt und kooperieren u.a. mit Polizei, Gericht, Rechtsanwälten, Jugendämtern, Frauenhäusern und Beratungsstellen etc. Sie arbeiten parteilich für die Opfer von häuslicher Gewalt und Stalking. Die Unterstützungsangebote

sind kostenfrei und können auf Wunsch anonym genutzt werden. In den Interventionsstellen arbeiten qualifizierte Beraterinnen, meist Sozialpädagoginnen, aber auch Juristinnen, oder Psychologinnen.

Angebote für Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen und für deren Kinder

Zunehmend nutzen Frauen mit Traumafolgestörungen die Interventionsstellen als Kriseninterventions- und zeitnahe Beratungsmöglichkeit. Das kommt zum einen durch die immer bessere Vernetzung und Kooperation mit anderen Professionen, zum anderen durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit und die Einbindung der Interventionsstellen in die regionalen Hilfesysteme.

In der Unterstützung von gewaltbetroffenen Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen und deren Kinder kommt den Interventionsstellen ihre Lotsen- und Brückenfunktion zu Gute. Sie können zeitnah Erstberatungen anbieten, um so die psychische Belastungen der Frauen einzuschätzen und geeignete weiterführende Hilfen mit den Betroffenen zu besprechen.

Die Beratungsarbeit erfordert von den Beraterinnen psychosensible Kompetenzen. Dazu zählen Psychoedukation der Betroffenen und stabilisierende Maßnahmen. Das Ziel der Arbeit besteht darin, den Betroffenen wieder Handlungssicherheit zu vermitteln, zu entlasten und zu ermutigen.

Wenn Trauma-Ambulanzen vorhanden sind, sollte eine Weitervermittlung geprüft werden und bei Bedarf sollten sozialpsychiatrische Dienste, regionale Psychotherapeutinnen und Kliniken zur mittelfristigen Unterstützung der Betroffenen einbezogen werden. Die Beratungs- und Unterstützungsarbeit mit traumatisierten Frauen ist kurz- bis mittelfristig möglich. Eine Langzeitberatung im Einzelfall ist nicht vorgesehen.

Durch den Beratungsprozess kommen auch die Kinder der Betroffenen in den Fokus des Hilfesystems und können somit gut in das weitere Vorgehen integriert werden

und ihre Bedürfnisse und Wünsche äußern. Neben der direkten oder indirekt erfahrenen Gewalt innerhalb der Familie sehen sich diese Kinder mit der psychischen Beeinträchtigung ihrer Mutter konfrontiert. Die Sicherheit der Kinder und Jugendlichen wird in der Regel bei den individuellen Schutzmaßnahmen für den betroffenen Elternteil mitberücksichtigt und eine eigenständige Unterstützung für diese erfolgt durch Weitervermittlung an fachspezifische Einrichtungen (Jugendamt, Erziehungs- und Familienberatungsstellen, stadtteilorientierte Angebote usw.).

Eine besondere Herausforderung für die Mitarbeiterinnen in den Interventionsstellen ist die Vermittlung von Frauen mit Migrationshintergrund ohne Deutschkenntnisse mit Traumafolgestörungen und psychischen Erkrankungen. Auch für deren Kinder, die Gewalt miterlebt haben, gibt es kaum therapeutische Angebote. Frauen mit Migrationshintergrund haben mehrere, psychisch starke Belastungen zu bewältigen. Zu den Erfahrungen mit Entwurzelung und Verunsicherung kommen Frauen mit Fremdenfeindlichkeit und Rassismus in Berührung. Beratungsarbeit im interkulturellen Kontext erfordert von den Beraterinnen ein Bewusstsein des eigenen kulturellen Wertesystems als Bezugsrahmen für eigene Einstellungen und über seinen Einfluss auf den Beratungsprozess. Die Beraterinnen in den Interventionsstellen können nicht über detailliertes Wissen aus jeder Kultur verfügen, die zum Hintergrund ihrer Klientin gehört. Es ist aber empfehlenswert, zumindest Einblicke in diejenigen Kulturen zu haben, die in der eigenen Beratungsarbeit am häufigsten vorkommen. Ein solches Wissen kann Anhaltspunkte dafür liefern, an welchem Wertesystem die Frau sich vermutlich orientiert und eine ungefähre Einschätzung ihrer (psychischen) Situation ermöglichen.

Die Beratung von Migrantinnen mit psychischen Beeinträchtigungen ist inhaltlich und methodisch nicht grundsätzlich anders, als die Beratung bei psychischer Erkrankung insgesamt. Bei der Ermittlung des Hilfebedarfes von Migrantinnen mit Traumafolgestörungen bedarf es einer engen respektvollen und toleranten Zusammenarbeit mit Migrationsdiensten, Selbsthilfeorganisationen, Gemeindedolmetscher/-innen und Communities.

Wichtig ist, zu beachten, dass betroffene Migrantinnen mit psychischen Auffälligkeiten längere und intensivere Unterstützung und mehr Zeit benötigen um Vertrauen in den Beratungsprozess zu gewinnen.

4. Herausforderungen in der Praxis

Von Dr. Silke Schwarz, Frauenhaus Cocon Berlin

Die hier dargelegten Problembeschreibungen und Empfehlungen für die Unterstützung von gewaltbetroffenen Frauen mit psychischen Auffälligkeiten und ihrer Kinder basieren auf folgenden **Überzeugungen und Haltungen**:

- Die im Frauenhaus oder der Fachberatungsstelle beobachteten Symptome können als Ausdruck einer psychischen Störung verstanden werden.
- Dieses Verhalten ist auch ein Lösungsversuch der Frauen in einer akuten Krise, der aus Sicht der Betroffenen durchaus sinnvoll erscheint.
- Diese Handreichung legt den Fokus auf problematisch erlebtes Verhalten dieser Frauen. Andererseits haben Menschen mit psychischen Auffälligkeiten sehr wohl auch besondere Fähigkeiten, wie eine besondere Sensibilität, Kreativität, Feinfühligkeit, Stärke oder Unangepasstheit, die bereichernd für ihr soziales Umfeld sind.
- Psychische Krisen sind in der Regel vorübergehend und treten nur phasenweise auf.
- Die Diagnostik und Behandlung psychischer Beeinträchtigungen ist eine primäre Aufgabe des Gesundheitswesens und nicht die des Hilfesystems für gewaltbetroffene Frauen.
- Der Auftrag der Frauenhäuser und Fachberatungsstellen ist es, alle gewaltbetroffenen Frauen zu unterstützen, zugleich ist es in Ordnung, Grenzen zu setzen.
- In den Frauenhäusern und Fachberatungsstellen liegen sehr unterschiedliche Settings vor; die Mitarbeiterinnen verfügen über unterschiedliche Erfahrungen, es stehen sehr unterschiedliche, meist zu geringe Ressourcen für die Unterstützung der Frauen und Kinder zur Verfügung. Auf dieser Grundlage müssen Lösungen gefunden werden.
- In den Frauenhäusern und Fachberatungsstellen muss nach individuellen Lösungen im Sinne der Frauen und ihrer Kinder gesucht werden. Dabei kann ein Abweichen von sonst gültigen Regelungen und üblichen Verfahrensweisen erforderlich sein.

Diese Arbeitsansätze und Haltungen können die Mitarbeiterinnen von Frauenhäusern und Fachberatungsstellen aber auch die betreffenden Frauen entlasten. So können Handlungsspielräume für alle Beteiligten eröffnet werden.

4.1 Herausforderungen in der Unterstützung betroffener Frauen

Auch wenn Frauenhäuser und Fachberatungsstellen nicht der primäre Ort für psychisch auffällige Frauen und deren Kinder sind, ist der Umgang mit psychischen Belastungen ein alltägliches Phänomen im Gewaltschutzbereich. Viele der psychischen Auffälligkeiten müssen als Lösungsstrategien und Bewältigungsmuster der Betroffenen verstanden werden, die einen Umgang mit meist langjährigen Gewaltexzessen unterschiedlicher Art finden mussten. Im Gewaltschutzbereich besteht besonders gegenüber der posttraumatischen Belastungsstörung eine hohe Akzeptanz, da diese Störung als eine direkte Folge von Gewalterfahrung verstanden wird. Bekannt ist aber auch, dass Personen mit Gewalterfahrung besonders häufig Angst und Panik erleben. Sie berichten von depressiven Problemen, von Schlafschwierigkeiten, Misstrauen, Scham und Schuldgefühlen, von Gefühlen der Beschmutzung und Stigmatisierung. Viele haben ein niedriges Selbstwertgefühl, Todeswünsche, Verzweiflung, Probleme mit Drogen und Alkohol und zeigen selbstverletzendes Verhalten, Essstörungen, Suizidgedanken und -handlungen. Insofern wird es auch verständlich, dass im Gewaltschutzbereich psychische Auffälligkeiten eher die Regel sind. Verwendet man die ICD-10-Diagnostik, haben Untersuchungen folgende Prävalenzraten ergeben: 37 % der Frauen mit Gewalterfahrung leiden unter Depression, 46 % unter Angst und Panikattacken und 45 % unter posttraumatischen Belastungsstörungen.³⁶

Häufig werden die Auffälligkeiten erst nach der Clearingphase oder nach längerem Kontakt auf der Beziehungsebene bemerkt. Dann stellt sich oft die Frage: „Was nun?“ Einige Frauen wurden bereits psychiatrisch behandelt, haben teils sehr schlechte Erfahrungen mit dem Hilfesystem gemacht und lehnen stationäre Behandlungen ab. Grenzen der eigenen Handlungsmöglichkeiten werden dann schnell sichtbar und Unsicherheiten für alle Beteiligten können entstehen. Mangelnde Kooperationsmöglichkeiten in der regionalen Gesundheitsversorgung, das

heißt mit niedergelassenen Psychiatern/-innen sowie ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten/-innen, dem Sozialpsychiatrischen Dienst usw., erschweren schnelle Lösungen. Besonders für Personen mit Migrationshintergrund, die auf eine Sprachmittlung angewiesen sind, ist der Zugang zum Hilfesystem in vielen Regionen fast unmöglich. Wenn die betroffene Frau eine Versorgung der Kinder berücksichtigen muss, dann geht es oft um die Entscheidung: „Entweder kümmere ich mich um mich selbst und gehe in die Klinik. Das bedeutet aber, dass meine Kinder fremd untergebracht werden – oder ich muss das allein schaffen.“ Die Auswirkungen auf den Beratungsprozess sind weitreichend. Im Fall eines Frauenhauses haben diese Entscheidungen auch Auswirkungen auf die anderen Bewohnerinnen, deren Kinder und das Team. Sie binden viel Energie und können alle Beteiligten unsicher machen.

Daher werden nachfolgend „typische“ Herausforderungen in der Zusammenarbeit mit psychisch auffälligen Frauen mit Gewalterfahrungen beschrieben und beispielhafte Empfehlungen für die Praxisarbeit gegeben. Die Gliederung richtet sich nach Problemmustern in der Praxisarbeit. Es sind keine garantierten Erfolgsrezepte, sondern eine Orientierungshilfe und Veranschaulichung für eine Grundhaltung in der parteilichen Arbeit mit gewaltbetroffenen, psychisch auffälligen Frauen. In den folgenden Abschnitten werden Fragetechniken aus dem psychosozialen sowie therapeutischen Kontext vorgestellt. Es empfiehlt sich, dass zumindest eine Beraterin in den Frauenhäusern und Fachberatungsstellen Qualifikationen in diesem Bereich vorweist bzw. sich hierzu weiterbildet. Generell ist eine regelmäßige supervisorische Begleitung erforderlich.

Die Auswirkungen auf die Kinder betroffener Frauen und der mögliche Umgang damit werden vor allem im Abschnitt 4.2. beschrieben. Die Folgen für Kinder, die mit einem psychisch auffälligen Elternteil aufgewachsen sind, sind enorm und bleiben bis dato weitestgehend unberücksichtigt. In der parteilichen Arbeit mit gewaltbetrof-

³⁶ Reddemann, Luise; Dehner-Rau, Cornelia (2012): Trauma heilen. Ein Übungsbuch für Körper und Seele

fenen Frauen dient folgendes Grundverständnis von Gesundheit und Krankheit als Ausgangsbasis:

„Ein frauenspezifisches Grundverständnis von Krankheit und Gesundheit setzt die Analyse von und die Kritik an traditionellen medizinischen und psychologischen Krankheitsmodellen und deren Gesundheitsbegriff voraus. Gesundheit ist u.a. die Möglichkeit zu selbstbestimmter Arbeits-, Genuss-, und Liebesfähigkeit, nicht nur die Erfüllung gesellschaftlicher Normalitätsvorstellungen. [...] Die herrschenden Rollenzuschreibungen setzen insbesondere Frauen Widersprüchen aus, die Risikofaktoren für psychische, psychosomatische und körperliche Erkrankungen bedeuten.“³⁷

Geht eine Betroffene mit ihrer psychiatrischen Diagnose offen um und ist sie ihrer eigenen Einschätzung nach in einer stabilen Phase, sollte die Diagnose für die Beraterin kein Grund zur Besorgnis darstellen. Zur Absicherung ist es möglich, sehr wertschätzend nach bereits bekannten Frühwarnzeichen zu fragen. Die Beraterin kann auch fragen, ob es Risikosituationen gibt, die bekannt sind oder ob es Notfallpläne für den Fall gibt, dass sich das Befinden zuspitzt. Außerdem können Absprachen getroffen werden, was dann konkret zu tun ist: Was ist aus Sicht der Betroffenen unerlässlich, um sie aufzufangen? Was soll auf keinen Fall passieren? Nur wenn es Anzeichen gibt, die eine Zusammenarbeit bzw. das Zusammenleben im Frauenhaus gefährden, ist ein behutsam eingeleitetes vertiefendes Gespräch nötig. Eine Möglichkeit dazu sind Skalierungsfragen: „Auf einer Skala von 1-10, wobei 1 für sehr instabil und 10 für sehr stabil steht, wo würden Sie Ihre Stimmung/Verfassung heute einordnen?“ „Was hat Ihnen in der Vergangenheit geholfen? Was ist jetzt aktuell davon vorstellbar?“ Auf konkrete Herausforderungen wird nachfolgend eingegangen.

AUF EINEN BLICK:

Die Grundhaltung für eine parteiliche Zusammenarbeit mit psychisch auffälligen, gewaltbetroffenen Frauen

Die Betroffene ist in der Rolle der Expertin für ihre Ressourcen und Belastungen. Daraus ergibt sich,

- dass sie das Tempo bestimmt, ihre Probleme anzugehen – je nach aktueller Belastbarkeit.
- dass sie bestimmt, wie detailliert und offen sie über belastende Erlebnisse reden möchte.
- dass die Beraterin allen voran Ressourcen stärkt und auf Lösungen fokussiert, statt einen Defizitblick anzuwenden.

Dies erfordert ein wertfreies, dafür aber sehr wertschätzendes Vorgehen der Beraterin, die sich nicht in einer übergeordneten Position der Betroffenen gegenüber sieht, sondern in einer partnerschaftlichen. Nur so wird sichtbar, welche inneren und äußeren Räume sich die gewaltbetroffene Frau genommen hat, um wieder Sicherheit und Geborgenheit zu fühlen – ohne es direkt als krankhaft abzutun.

Zugleich kann und muss die Beraterin die Grenzen ihrer Handlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten offen legen und konsequent danach arbeiten.

37 AKF (2004): Qualitätskriterien für eine frauengerechte Psychotherapie (Informationsflyer)

4.1.1 Selbstverletzung und Suizidalität

Selbstverletzendes Verhalten, Gedanken sich selbst etwas anzutun bis hin zu bereits unternommenen Suizidversuchen sind bei Gewalterfahrungen und damit einhergehenden Traumatisierungen nicht unüblich. 29 % der Frauen, die einen Suizidversuch unternehmen, waren vorher von Gewalt betroffen. Dauert die Misshandlung über einen längeren Zeitraum an und fehlt gleichzeitig soziale Unterstützung, kann die Betroffene den Glauben in die eigene Sicherheit verlieren.

Wenn sich eine Frau selbst verletzt, kann ihr das ein Gefühl der Kontrolle vermitteln: Sie fügt sich selbst Schmerzen zu, statt dies mit sich geschehen zu lassen. Anstatt immer wieder auf ein gewaltloses und einfühlsames Verhalten des Partners zu hoffen, wird der Erwartungsdruck genommen, indem sich die betroffene Person beispielsweise am Arm ritzt. Selbstverletzung nimmt einen inneren Druck, eine innere Leere. Die Beraterin sollte hier nicht *nur* das Symptom sehen, das es zu reduzieren gilt. Diese Sichtweise wird der Betroffenen und der von ihr gewählten Bewältigungsstrategie nicht gerecht. Drängt die Beraterin auf die Beendigung des Verhaltens, geht der Betroffenen ein wesentliches Instrument der Regulierung für Emotionen, Beziehungen und zur Entspannung verloren. Überrascht man eine Frau, die gerade sich mit der Rasierklinge verletzen möchte und hält sie davon ab, kann die innere Spannung erhöht oder verstärkt werden. Steigt die Spannung dadurch an, verstärkt sich die Gefahr der Selbstverletzung. Beraterin wie Betroffene sind in einen Teufelskreis eingestiegen. Akzeptiert die Beraterin das Verhalten, gerät sie möglicherweise in Konflikt mit ihrem eigenen Selbstverständnis und Verantwortungsgefühl.

Glaubt die Betroffene auf ihr Verhalten im Moment nicht verzichten zu können, sollte die Beraterin daher darum bemüht sein, das selbstverletzende Verhalten zeitweilig zu tolerieren und zugleich auf die Erarbeitung von Alternativen zu drängen. Es wird immer wieder darum gehen, das Verantwortungsgefühl der betroffenen Person respektvoll zu stärken und deren Ressourcen zu aktivieren.

Es ist sehr hilfreich, nach Vereinbarungen zu suchen, die beide Seiten vertreten können. Grundsätzlich gilt, dass

Vereinbarungen immer außerhalb der Krise getroffen werden sollten. Nur so kann die Betroffene bei der Suche nach Alternativen aktiv mitwirken und somit die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass das Festgehaltene in der Krise für sie auch funktionieren wird. Sie weiß, was bereits in der Vergangenheit für sie gut geklappt hat, und was sie sich für die Zukunft zutrauen kann und will.

Thematisiert werden können Alternativen zur individuellen Entspannung, aber auch Risikosituationen. Dazu gehören Situationen in denen man sich gestresst, abgelehnt oder innerlich leer fühlt. Die Absprachen von Krisen sind ein unverzichtbares Element: Was passiert wenn ich mich einsam fühle – beispielsweise übers Wochenende? Was kann ich gegen Gefühle der Einsamkeit unternehmen? Hier geht es um das gemeinsame Erkunden von bereits vorhandenen Stärken der Betroffenen und ihres Umfeldes. Die Beraterin begleitet diesen Suchprozess, gibt Anregungen und berichtet gegebenenfalls von hilfreichen Strategien in anderen Fällen. Gleichzeitig respektiert sie die Expertinnenrolle der Betroffenen, die sich mit all ihren Stärken und Schwächen am besten kennt.

Aus der Vereinbarung sollte auch deutlich werden, dass die Mitarbeiterin im Falle einer gefährlichen Situation (Suizidgefahr) Hilfe von außen einbezieht. Insbesondere wenn Kinder vor Ort sind, müssen Vereinbarungen darüber getroffen werden, wie mit dem Verhalten umgegangen werden soll. Suizidalität muss in jedem Fall ernst genommen und sensibel behandelt werden, zumal die Hinweise auf eine mögliche Gefährdung oft genug sehr diskret sind. Daher ist es hilfreich, wenn die Beraterin das Thema offen und aktiv anspricht. Folgende Warnzeichen können die Beraterin hellhörig werden lassen: Drängen sich die Suizidgedanken immer wieder auf? Fällt es der Person schwer, sich davon zu distanzieren? Liegen bereits konkrete Pläne (insbesondere mit harten Methoden) vor? Sind Waffen oder Medikamente zugänglich? Liegen Abschiedssignale vor, wie Briefe, Ordnung schaffen etc.? Gab es bereits Suizidversuche in der Vergangenheit? ³⁸Auch Äußerungen wie „Es lohnt sich nicht mehr“, „Ich falle allen zur Last“ oder „Ich möchte nur noch meine Ruhe haben“ können auf Suizidalität verweisen.

³⁸ Sonneck, Gernot et. al. (2012)

Wichtig ist, sich als Beraterin bei diesem Thema emotional nicht ausgeliefert zu fühlen und sich zu verdeutlichen, dass die Eigenverantwortung bei der Frau liegt. Im Beratungskontakt muss es immer wieder darum gehen, diese zu stärken. Das Abschließen eines Antisuiizidvertrages kann das unterstützen. Zudem hilft ein ressourcenorientiertes Vorgehen der Beraterin, beispielsweise indem sie die Betroffene zu folgenden Fragen anregt: „Was kann ich tun, damit meine jetzige schwierige Lage leichter wird? In welchen Momenten, bei welchen Tätigkeiten fühle ich mich jetzt schon zeitweise besser? Welcher Umgang tut mir gut oder hat mit früher gut getan?“ Die Beraterin kann auch folgende stabilisierenden Fragen stellen, die auf einen Antisuiizidvertrag überleiten können: „Gibt es einen Teil, der sterben will und einen anderen, der leben will? Was braucht der Teil der sterben will, damit er zu leben bereit ist? Stärken Sie die Teile die leben wollen. Können Sie versuchen, das wenigstens für einige Zeit zu probieren und dann zu überprüfen, wie es um die Suizidgedanken steht?“

In einer akuten Krise gilt: Krisen haben Vorrang. Die betroffene Person ist durch einfühlsames Zuhören, durch angemessenes Verständnis der Krisensituation und durch gemeinsames Suchen nach pragmatischen Lösungen zu beruhigen und zu entlasten. Kleinere Atemübungen, oder Entspannungsübungen können das Gefühl vermitteln, die Kontrolle über extrem aversive Gefühle wieder zu erhalten. Nach einer angemessenen Würdigung der Krise, geäußertem Verständnis und einer Anregung des Gefühlsausdrucks, kann es helfen, zu betonen, dass man nicht immer funktionieren muss, es auch okay ist, sich eine Auszeit zu nehmen.

Sind die Emotionen überwältigend, können Distanzierungstechniken sinnvoll sein. Die Beraterin kann anregen, die Rolle einer Freundin einzunehmen und aus dieser Perspektive zu beschreiben, wie es zur Krise kam. Eine weitere Technik ist die Tresor- oder Filmtechnik.³⁹ Konkret anstehende Belastungen sollten durchgesprochen und nach Lösungen gesucht werden. Erforderliche Kontak-

te können in Gegenwart der Frau telefonisch hergestellt werden, Checklisten für die notwendigen Erledigungen mit Terminen zusammen erstellt werden. Bestenfalls lassen sich bereits Möglichkeiten für ein positives Umdeuten der Krisensituation erkennen.

Besonders bei einmaligen bis wenigen Kontakten ist ein direktives Vorgehen nötig, so dass die Beraterin alle notwendigen Informationen zur Einschätzung des Suizidrisikos erhält. Kann sie eine emotionale Entlastung durch das Gespräch bewirken? Kann sie auf vertrauenswürdige Absprachen im Sinne eines Antisuiizidvertrages bis zum nächsten Kontakt vertrauen? Folgende Fragen kann die Beraterin zum Schluss des Krisengesprächs an die betroffene Frau richten: „Wie geht es Ihnen jetzt? Was ist leichter, was schwerer geworden? Wie sehen Sie die Krise aus größerem Abstand? Welche neuen Erfahrungen haben Sie bei der Bewältigung der Krise gemacht? Welche eigenen Fähigkeiten und Hilfen von anderen haben Sie erfahren? Welche zukünftigen Krisen könnten auf Sie zukommen? Wie könnten Sie sie bewältigen?“

Akute Suizidgefahr ist ein Grund für die sofortige Einweisung in eine psychiatrische Klinik – notfalls auch gegen den Willen der Betroffenen. Diese Form der Intervention ist für alle Beteiligten sehr belastend und sollte im Voraus mit der Frau besprochen werden, um ihr die Gelegenheit zu geben, sich freiwillig in Behandlung zu begeben. Wenn sie trotzdem nicht zustimmt, beginnt ein belastender Prozess mit PsychKG.⁴⁰ In den üblichen Dienstzeiten muss das Gesundheitsamt informiert werden.⁴¹ Die örtliche Ordnungsbehörde bzw. das Bezirksamt kann eine sofortige Unterbringung ohne vorherige gerichtliche Entscheidung vornehmen, wenn ein ärztlicher Befund vorliegt. Der Transport erfolgt durch den Rettungsdienst, oft begleitet ein/-e Polizeibeamter/-in. Nach der Zwangseinweisung erfolgt eine Aufnahmeuntersuchung. Fehlt eine freiwillige Behandlungsgrundlage ist das Amtsgericht

39 siehe Reddemann, Luise (2011): Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie

40 PsychKG steht für „Gesetz für Psychisch Kranke“ und ist Ländersache. Es regelt Zwangsmaßnahmen für psychisch Kranke zur *Abwendung krankheitsbedingter Gefahr für eigenes Leben, ernsthafter Gesundheitsgefährdung oder erheblicher Gefährdung bedeutsamer Rechtsgüter – wenn nicht anders möglich.*

41 außerhalb der Zeiten das Ordnungsamt. Wenn diese Nummer nicht bekannt ist, ist die Feuerwehr Ansprechpartnerin.

bzw. das Vormundschaftsgericht für das Unterbringungsverfahren zuständig. Das Gericht muss innerhalb von 24 Stunden nach Einweisung eine Entscheidung über den weiteren Verbleib treffen. Der/die Richter/-in kann eine weitere Unterbringung mittels Beschluss anordnen, wobei die Betroffene oder Angehörige Beschwerde einlegen können. Eine fremdbestimmte Unterbringung kann als sehr gewaltvoll erlebt werden und muss, wenn möglich, vermieden werden.

Jedes Frauenhaus bzw. jede Beratungsstelle sollte einen sichtbaren Notfallplan vorhalten und im Voraus Kontakt mit zuständigen Mitarbeiter/-innen der einzelnen Institutionen aufnehmen. Die Telefonnummern sollten auch im jeweiligen Rufbereitschaftshandy gespeichert sein. Ein Einsatz im Frauenhaus – bzw. während der Öffnungszeiten der Beratungsstellen – hat Auswirkungen auf die anderen Bewohnerinnen bzw. auf das weitere Klientel. Wenn es vermeidbar ist, sollten Kinder bei einem Polizeieinsatz nicht anwesend sein. Ein Gespräch mit den anwesenden Frauen, die den Vorgang beobachtet haben, kann dabei unterstützen, das Erlebte und Beobachtete zu verarbeiten. Gelegenheit dazu wäre beispielsweise ein Frauenfrühstück in der Beratungsstelle oder eine Hausversammlung im Frauenhaus. Die Einweisung gegen den eigenen Willen kann das Vertrauen in die Hilfsorganisation und deren Mitarbeiterinnen ansonsten erschüttern. Äußerst problematisch ist die Einschätzung von Suizidalität bei Personen, die nicht ausreichend Deutsch sprechen und für die keine Sprachmittlung zu organisieren ist.

AUF EINEN BLICK: Empfehlungen für die Praxis

- Ist die äußere Sicherheit hergestellt? Besteht noch Kontakt zum/zur Täter/-in? Erst wenn die äußere Sicherheit geschaffen ist, kann alles Weitere erfolgen.
- Erarbeiten von Vereinbarungen für den Zeitraum des Arbeitens miteinander, wie zum Beispiel: „Ich verletze mich nur noch leicht und suche nach anderen, besseren Entlastungen für mich“. Außerdem: Thematisieren von Entlastungsalternativen und Besprechen eines Notfallplans.
- Vorgehen bei Suizidalität:
 1. Offen ansprechen!
 2. Immer ernst nehmen
 3. Zeit gewinnen und Brücken bauen
 4. Suizidmotive klären
 5. Nach Alternativen suchen
 6. Antisuzidvertrag
 7. Engmaschige Kontakte
 8. gegebenenfalls Bezugspersonen einbeziehen
 9. gegebenenfalls stationäre Aufnahme⁴²

42 Sonneck, Gernot et. al., (2012)

4.1.2 Konfliktreiches Verhalten gegenüber Anderen

Viele der gewaltbetroffenen Frauen haben existenzielle Sorgen: Ist mein Aufenthalt in Deutschland gesichert, wenn ich meinen Partner verlasse? Traue ich mir ein Beziehungsende zu? Wo soll ich wohnen? Wie kann ich mich und meine Kinder finanzieren – wie überhaupt diese Woche ernähren? Kann ich meine Kinder bei mir behalten oder wird dem Vater das Sorgerecht zugesprochen? Diese extreme Krisensituation, zurückliegende Gewalterfahrungen und die meist enorme Ressourcenarmut können dazu führen, dass sich eine Situation anspannt und auflädt. Hinzu kommt der Kontext der „Zwangsgemeinschaft“ mit anderen im Frauenhaus. Frauen aus den unterschiedlichsten Lebensverhältnissen, kulturellen und religiösen Kontexten, damit verbundenen Wertesystemen und Regeln des Zusammenlebens kommen hier zusammen. Umgangsweisen, die andere auf Abstand halten und die einem selbst Vorteile einbringen, machen in dieser Situation zumindest vorübergehend viel Sinn, produzieren andererseits aber auch neue Konflikte. Konfliktreiches bis aggressives Verhalten ist u. a. deshalb problematisch, weil das Frauenhaus und die Beratungsstelle ein gewaltfreier Raum sein sollen.

Eine ausgeprägte „Dünnhäutigkeit“ bzw. Reizbarkeit ist eine häufige Reaktion auf traumatisches Erleben. Sie kann als eine normale Verarbeitungsreaktion der extremen Erfahrung verstanden werden, die sich bei vielen von ganz alleine wieder legt. Es hilft, diese Funktionalität im Hinterkopf zu behalten, statt absichtsvolles, „böses“ Handeln zu unterstellen. So ist es leichter, in Krisensituationen für Deeskalation zu sorgen. Aggressives Verhalten kann als ein Zeichen innerer und äußerer Not verstanden werden.

Konfliktreiche oder aggressive Verhaltensweisen können sich gegen andere Bewohnerinnen eines Frauenhauses, gegen andere Nutzerinnen einer Beratungsstelle, gegen Teilnehmerinnen eines Gruppenangebots und gegen die Beraterinnen der Institution richten. Manchmal ist es schwer auszuloten, bis zu welchem Grad Aggressionen geduldet werden können. Gehören subtile Formen bereits dazu? Einige Frauen haben beispielsweise gelernt,

ihr Umfeld klar in Gut und Böse einzuteilen. Die „Guten“ umgarnen sie mit Charme um noch mehr Engagement zu erzielen und die „Bösen“ werden gnadenlos provoziert. Die Gefahr der Übertragung ist relativ groß und kann zu Schuldgefühlen und letztlich zur Spaltung führen. Eine klare Positionierung von der Beraterin und offener Austausch im Team ist erforderlich, um möglichen Spaltungsprozessen entgegen zu wirken.

In Frauenhäusern bieten Hausversammlungen ein Forum, um Konflikten zu begegnen. Die Bewohnerinnen können hier schlechte Stimmung im Haus und Konflikte im Zusammenleben ansprechen. Dies bietet die Chance, eine gemeinsame Vereinbarung zu finden. Verläuft der Konflikt zwischen einzelnen Bewohnerinnen des Frauenhauses, kann ein Konfliktgespräch im kleinen Rahmen sinnvoll sein, das zeitnah vereinbart wird. Dieses Gespräch wird von einer, bestenfalls von zwei Beraterinnen moderiert. Sollte eine Beteiligte allzu aufgebracht sein, ist es besser, das Gespräch auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben. Wut und Logik passen schwer zusammen.

Wer einem aggressiven Menschen begegnet, bleibt am besten selbstbewusst und gelassen. Auch wenn es schwer fällt, sollte man ruhig bleiben, sich keine Angst anmerken lassen und dadurch signalisieren, dass die Aggression nicht fruchtet. Um in einer Nachbesprechung Anschuldigungen zu vermeiden, sind rhetorische Strategien wie die Verwendung einer Ich-Botschaft sinnvoll. Damit beschreibt die Sprechende ihre eigene Einstellung, ihre Gefühle und ihre Wünsche, ohne das Gegenüber und dessen Verhalten zu bewerten. Anschließend können die Umstände, welche die Aggression befördert haben, wertfrei analysiert werden. Dabei sollten die Gefühle geklärt werden, die eine Situation ausgelöst haben. Die korrekte Benennung der Gefühle eröffnet die Möglichkeit, Emotionen von Sachthemen zu trennen und sich danach unbeschwerter einer Lösung zuzuwenden. Viele Menschen werden aggressiv, wenn sie sich nicht verstanden fühlen. Ein authentisches Interesse und Nachfragen wirkt daher oft bereits deeskalierend. Enden sollte das Gespräch immer mit einer Zielvereinbarung. Sie kann als Wunsch oder Bitte formuliert sein und sollte den Bedürfnissen beider Konfliktparteien entsprechen. Je konkreter sie gefasst ist,

desto größer ist die Chance, dass sie befriedigend und dauerhaft umgesetzt werden kann.

Mitarbeiterinnen sollten sich unter keinen Umständen beleidigen lassen ohne klar darauf hinzuweisen, dass dieser Umgangston nicht geduldet wird. In extremen Fällen kann vom Hausrecht Gebrauch gemacht und die Frau aus dem Haus bzw. der Beratungsstelle verwiesen werden. Der Schutz der anderen Beratungsstellennutzerinnen bzw. der Frauenhausbewohnerinnen und deren Kinder stehen in jedem Fall im Vordergrund. Bei eskalierenden Situationen sollten die Kolleginnen sich darum bemühen, alle Mitbewohnerinnen sowie deren Kinder aus dem direkten Umfeld zu entfernen. Dies gilt auch bei einem eventuell notwendigen Polizeieinsatz.

AUF EINEN BLICK: Empfehlungen für die Praxis

- Deeskalation durch selbstbewusstes Auftreten mit klarer Grenzziehung bei respektlosem und aggressivem Verhalten. Gefühlsausdruck fördern und Trennung von Sach- und Emotionsebene. Genaue Analyse der Situation und Äußern von Verständnis. Zielvereinbarung, in der Bedürfnisse aller Berücksichtigung finden.
- Deeskalationsstrategien anwenden, die Betroffene beruhigen und Andere schützen, gegebenenfalls Hilfe durch Dritte holen.
- Klärung erst dann einleiten, wenn Beruhigung eingetreten ist.

4.1.3 Riskanter Konsum von Alkohol und Drogen

Der Konsum von Alkohol und Drogen hilft kurzfristig dabei, unerträgliche Angst zu dämpfen, sich unempfindlich gegenüber Schmerz zu machen oder Bilder des Gewalterlebens aus dem Kopf zu vertreiben. Vielen Frauen, die von Gewalt betroffen sind, ermöglicht der Konsum einige Augenblicke der Ruhe, der Entspannung und des Vergessens. Häufigen und exzessiven Konsum sollte man daher nicht nur als Ausdruck einer fortschreitenden Suchtentwicklung verstehen, sondern auch als einen möglichen Hinweis auf die Schwere der erlebten Gewalt und die aktuelle Gefährdung. Ein riskantes Konsumverhalten hat immer auch eine überlebenswichtige Funktion. Wenn man sich dies bewusst macht, ist eher verständlich, dass eine Forderung nach Verzicht auf diese Form der Selbstmedikation für die Betroffenen mit großen Ängsten und Gefahren verbunden ist. Sicherheit und Schutz können nicht die „Belohnung“ für einen Verzicht sein, sondern sind dessen grundlegende Voraussetzung.

Aber auch wenn diese Voraussetzung besteht, können viele Betroffenen ihr riskantes Konsumverhalten nicht ohne weiteres ändern oder beenden. Es fehlen alternative Strategien sowohl für den Umgang mit den belastenden Gewalterfahrungen als auch den Konflikten und Krisen im Alltag. Veränderungen benötigen Zeit und vollziehen sich in einem Prozess, der Brüche einschließt und die Belastbarkeit einer Arbeitsbeziehung unter Umständen auf eine harte Probe stellen kann. Das Wissen darum schützt betroffene Frauen ebenso wie Beraterinnen vor unrealistischen Erwartungen und Enttäuschungen.

Wenn Frauen in die Beratungsstelle oder das Frauenhaus kommen, wird die Gewalterfahrung offenbar, häufig aber nicht automatisch der riskante oder schädigende Konsum von Alkohol und Drogen. Daraus ergibt sich eine schwierige Situation. Scham und die Angst vor Stigmatisierung oder moralischer Bewertung, ebenso wie die Furcht vor dem Verzicht auf die Bewältigungsstrategie führen dazu, dass der Konsum als Problem nicht angesprochen, verheimlicht, bagatellisiert oder geleugnet wird.

Im Frauenhaus kann ein Konsum schwerer verheimlicht werden als im ambulanten Setting der Beratungsstelle.

Doch auch hier sind Anzeichen oft uneindeutig und finden ihren Ausdruck in Auffälligkeiten im Verhalten, somatischen Beschwerden, in der Vernachlässigung der eigenen Pflege oder sozialer Verpflichtungen. Sie legen die Vermutung eines schädlichen oder süchtigen Konsums nahe, bestätigen diesen aber nicht zwingend. Das birgt die Gefahr in sich, das Thema aufzuschieben oder sich als Beraterin die Rolle der „Ermittlerin“ zu begeben. In beiden Fällen bedeutet dies einen Verlust an Vertrauen, Transparenz und Partnerschaftlichkeit im Umgang miteinander. Hilfreicher ist es, bereits kleinste Anzeichen aufmerksam wahrzunehmen, anzusprechen und die Vermutung eines schädigenden Konsums offen zu äußern. Das kann über eine wertungsfreie Beschreibung der eigenen Beobachtung erfolgen: „Ich erlebe Sie sehr müde/unruhig/gereizt/ungeduldig etc.“ „Mir fällt auf, wie schwer es Ihnen im Moment fällt, sich zu pflegen/sich an die Regeln zu halten/Ihr Kind zu versorgen etc.“ Sehr entlastend für die Klientin kann der Hinweis auf den Alkohol- oder Drogenkonsum als eine durchaus häufige Reaktion auf traumatisierende Erfahrungen sein: „Von anderen Klientinnen weiß ich, dass der Alltag manchmal nur noch durch den Rückgriff auf Alkohol/Tabletten/Drogen etc. auszuhalten war. Ich frage mich, ob es Ihnen ähnlich geht?“ Für viele Klientinnen ist es eine völlig neue Erfahrung, in wertschätzender Art und Weise wahrgenommen zu werden und Fürsorge zu erfahren. Manchmal reagieren betroffene Frauen mit Erleichterung und fühlen sich von der Bürde der Heimlichkeit und des Versteckens befreit. Aber selbst wenn der Wunsch nach Veränderung besteht, ist es sinnvoll, für die weitere Arbeit eine Suchtberatungsstelle hinzu zu ziehen oder zum Anschluss an eine Selbsthilfegruppe zu motivieren. Allein gelassen mit dem festen Vorsatz, den Konsum zu reduzieren oder zu beenden, geraten die Frauen schnell in eine Überforderungssituation. Rückschläge reduzieren das oftmals ohnehin geringe Selbstvertrauen. Zusätzlich belastend ist das Gefühl, auch die Beraterin enttäuscht zu haben. Eine solche Situation leistet Beziehungsabbrüchen und damit auch der Gefahr der Rückkehr in die Gewaltbeziehung Vorschub.

In anderen Fällen wird der Konsum trotz offener Ansprache geleugnet oder verharmlost. Dann ist Hartnäckigkeit gefragt. Es gilt, die Klientin immer wieder mit der eigenen Wahrnehmung zu konfrontieren, Sorge zum Ausdruck zu

bringen und Hilfsangebote zu unterbreiten. Es kann hilfreich sein, gemeinsam Regeln des Konsums zu vereinbaren, die sich zum Beispiel auf Anlässe, Konsumorte und -mengen beziehen. Wenn diese Regeln nicht eingehalten werden können, ist dies ein guter Anlass erneut ins Gespräch zu kommen. Die Begleitung von Klientinnen, die ein riskantes oder schädigendes Konsumverhalten entwickelt haben, setzt grundlegende Kenntnisse zum Thema Sucht voraus. Ansonsten besteht die Gefahr, Ausmaß und Intensität des Konsums zu unterschätzen und auf Versprechungen einzugehen, die längst nicht mehr eingehalten werden können. Im Kontakt mit Klientinnen, die unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen stehen, kann manchmal der Eindruck entstehen, die Klientin sei gerade in diesen Gesprächen besonders aufgeschlossen, zugänglich für Interventionen und Veränderungen. Das mag in diesem konkreten Moment so sein, aber so lange der Konsum fortbesteht, scheitern in der Regel die Versuche, Empfehlungen oder Vereinbarungen in der (nüchternen) Realität umzusetzen. Betroffene erleben dann, „nichts auf die Reihe zu kriegen“, fühlen sich als Versagerinnen und greifen zur Bewältigung nicht selten wieder auf das Suchtmittel zurück. Beratung sollte sich in diesen Situationen auf die Motivation zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfsangebote beschränken.

Trotz dieser Bandbreite an Unterstützungsmöglichkeiten gibt es dennoch Grenzen, die der Arbeit von Frauenhäusern und Fachberatungsstellen bei der Begleitung Betroffener gesetzt sind. Der Wunsch, zu helfen darf nicht zu einer Verschiebung der eigenen Grenzen und der Auflösung von Regeln führen. Der Austausch innerhalb eines Teams und/oder Supervisionen können dabei helfen, dies zu verhindern.

Wenn das Konsumverhalten einer Klientin auf eine fortgeschrittene Suchterkrankung hinweist, die mit schweren Risiken für die Klientin selbst oder ihr Umfeld einhergeht, kann eine weitere Zusammenarbeit nur an die Bedingung eines Entzuges und einer anschließenden Entwöhnungsbehandlung geknüpft werden. Hilfreich ist es, bei der Einleitung entsprechender Hilfen zu unterstützen, die Klientin eventuell auch zu begleiten und den Kontakt während der Behandlung aufrecht zu erhalten. Die vorhe-

rige Erarbeitung einer Perspektive nach abgeschlossener Entgiftung oder Entwöhnung kann eine sehr motivierende Wirkung haben und vermeidet für die Klientin das Erleben, „wieder einmal abgeschoben“ zu werden. Wenn die Möglichkeit besteht, ist es sehr sinnvoll, in enger Kooperation mit der jeweiligen Fachklinik bereits parallel zur Entwöhnungsbehandlung die Beratung fortzusetzen.

Es kann trotz aller Bemühungen sein, dass sich eine Klientin ihrer gegenwärtigen Situation noch nicht für diese Angebote entscheiden kann und die Hilfe beendet werden muss. Dennoch besteht die Chance, dass die Erfahrung eines wertschätzenden Umgangs mit ihrer Symptomatik sie zu einem späteren Zeitpunkt ermutigt, den Kontakt erneut herzustellen.

AUF EINEN BLICK: Empfehlungen für die Praxis

- Bei Hinweisen auf einen riskanten/schädigenden Konsum Transparenz herstellen: Beobachtung mitteilen/Vermutung äußern.
- Das Konsumverhalten als Bewältigungsversuch mit seinen schützenden Funktionen wertschätzen, Alternativen entwickeln.
- Konsumverhalten als möglichen Hinweis auf Grad der Gefährdung bei Gefahreinschätzung berücksichtigen.
- Konsumregeln aufstellen und Einhaltung reflektieren – Vorsicht: nicht kontrollieren/ermitteln! Bei der eigenen Wahrnehmung bleiben!
- Klarheit bezüglich Grenzen der eigenen Handlungsmöglichkeiten herstellen, Kooperation mit Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe.
- Stabilisierend arbeiten, keine Aufarbeitung oder aufdeckende Arbeit.

4.1.4 Das Gefühl „verfolgt zu werden“

Im Gewaltschutzbereich sind Berichte von enormen Suchaktionen des zurückgelassenen Partners oder der Familie nicht unüblich. Manche Frauen und deren Kinder werden über Monate, sogar Jahre verfolgt, aus Gründen der Rache, der „Ehre“ oder auch der Hoffnung auf eine erneute Beziehung. In einigen wenigen Fällen kann sich nach mehreren Gesprächskontakten aber auch ein „komisches“ Gefühl auf Seiten der Beraterin einstellen, das Gefühl, dass an den Schilderungen etwas unschlüssig erscheint, dass das Geschilderte nicht real oder doch zumindest sehr unwahrscheinlich ist. Auch für die Betroffene selbst kann es sehr schwierig oder gar unmöglich sein, zu unterscheiden, ob die eigene Angst und die Befürchtungen angemessen sind oder auch nicht. Wenn alles zunehmend bedrohlich erscheint, sich die Wirklichkeit langsam verändert, kann das auf eine akute paranoide Psychose hindeuten. Menschen, die im späteren Erwachsenenalter eine Psychose entwickeln, berichten auffallend häufig von sexualisierten und körperlichen Gewalterfahrungen in der frühen Kindheit.⁴³ Auch im Erwachsenenalter kann Gewalt zu Dissoziationserfahrungen, das heißt zum Abspalten von verschiedenen Wahrnehmungsbereichen führen.⁴⁴ Roswitha Burgard beschreibt in einer Fallgeschichte sehr eindrücklich, wie sich im Zuge einer sehr einschränkenden traditionell weiblichen Sozialisation eine paranoide Psychose bei einer Frau entwickelt: Geschlechtsspezifische Erziehung im Elternhaus mit der Lernerfahrung, dass es ihre Aufgabe ist, Andere zu bedienen und die eigenen Bedürfnisse hinten anzustellen; die Heirat mit einem Mann, der sie nach der Geburt des ersten Kindes als eigenständige Person kaum noch wahr nimmt; die Aufgabe ihres Berufes aufgrund der Geburt des Kindes infolge derer sie sich selbst immer mehr abwertet und an sich zu zweifeln beginnt. Durch monotone Haushaltstätigkeiten beginnt die Flucht in Tagträume und Depersonalisationserscheinungen treten auf. Subjektiv erlebte Tabubrüche wie eine Abtreibung, die Erfahrung von häuslicher Gewalt sowie damit einhergehende Schuld- und Schamgefühle können zu wahnhaften Vorstellungen, zu Halluzinationen führen. Das gilt vor allem, wenn das

⁴³ Read et al. (2005)

⁴⁴ Reddemann, Luise und Dehner-Rau, Cornelia (2012): Trauma heilen. Ein Übungsbuch für Körper und Seele

zugrunde liegende Problem nicht bearbeitet wird, nicht bewusst werden darf – selbst geleugnet wird oder vom Gegenüber nicht als solches identifiziert wird.⁴⁵

Psychodynamische Verstehensmodelle für Psychosen legen nahe, dass das bewusste Ich die Eigenloyalität und Autonomie unterdrückt. Eigenloyalität bedeutet die Fähigkeit, für sich und seine Interessen zu sorgen. Die Psychose, die Dissoziation, wird als ein fremder Anteil erlebt, als etwas, das von außen kommt. Wenn bei Tabubrüchen oder bei Auflehnung gegen herrschende Normen und Moralvorstellungen sich enorme Schuld oder Angst entwickelt, wirkt eine Psychose als Schutzmechanismus. Soziale Isolation und die fehlende Problembearbeitung auf Realitätsebene erschweren eine Gesundung enorm. Ziel wäre es, dass die Betroffene lernt, sich alle Gefühle und Bedürfnisse einzugestehen statt diese abzuspalten. Wut, Hass, Trauer, Schuld, Scham, Schmerz bei sich zu erkennen und anzunehmen ermöglicht eine Änderung.

Beraterin und Betroffene müssen gemeinsam erkunden, inwiefern eine selbstständige Alltagsbewältigung während einer psychotischen Phase oder bereits eingetretenen Chronifizierung möglich erscheint. Zudem ist abzuklären, inwiefern die Frau Hilfe annehmen möchte und welche Angebote als passend erlebt werden. Sehr häufig empfinden sich Personen mit wahnhaften Psychosen nicht als „krank“. Dieser Aspekt und mögliche Umgangsweisen damit werden im nächsten Abschnitt beleuchtet.

Ein beruhigendes und verständnisvolles Auftreten der Beraterin kann bereits ausreichend stabilisierend wirken. Mit dem Gefühl, verfolgt zu werden, können Angst und erschütternde Verunsicherungen einhergehen. Ein offenes Gespräch darüber ist sehr sinnvoll. Dabei sollte die Beraterin die Wahnhalte aber nicht bestätigen. In Form eines „sokratischen Dialoges“ können unterschiedliche Meinungen und Wahrnehmungen verdeutlicht werden, Zweifel gesät und unangemessene Denkmuster aufgedeckt werden, ohne dass dabei versucht wird, der Betroffenen ihre Denk- und Erlebensinhalte auszureden. Hier ist ein hohes

Maß an Fingerspitzengefühl erforderlich. Eine offene Konfrontation und Kritik sind meist kontraproduktiv. Stattdessen sollte man gemeinsam einen Umgang mit dem Gefühl, verfolgt zu werden, erarbeiten: „Was können Sie gegen die Angst unternehmen? Was hat bisher gut funktioniert? Wie können Sie überprüfen, ob das Beobachtete wirklich so stattgefunden hat? Was würde eine Vertrauensperson beobachtet haben? Inwiefern schränken die Angst und das Gefühl, verfolgt zu werden, Sie in Ihrem Alltag ein? Was benötigen Sie, um die Dinge, die anstehen, gut erledigen zu können?“ Es geht um die Vermittlung folgender Grundhaltung: Glaube nicht alles, was Du siehst oder hörst; Und: Prüfe sehr genau, wenn es um gravierende Tatsachen geht.

Diese Selbstbefähigung kann bereits ausreichend sein, um die Beratung bzw. das Wohnen im Frauenhaus zu ermöglichen. Stellt sich zunehmend heraus, dass die Frau nicht von Gewalt betroffen ist, sondern es sich ausschließlich um Wahnhalte handelt, ist ein Ablöseprozess und bestenfalls eine Weitervermittlung in entsprechende Angebote nötig. Letzteres gelingt meist nur, wenn die betroffene Frau keine schlechten psychiatrischen oder therapeutischen Erfahrungen gemacht hat. Außerdem muss sie Einsicht darin gewinnen, dass ihre eigene Wahrnehmung der Realität nicht mit der Anderer übereinstimmt. Die wichtigste Voraussetzung ist und bleibt, dass die betroffene Frau Unterstützung annehmen will. Das ist meist dann der Fall, wenn eine respektvolle und vertrauensvolle Atmosphäre besteht und wenn die Beraterin verständlich machen kann, dass ein besserer Umgang mit den belastenden Wahrnehmungsverzerrungen, der damit einhergehenden Angst und den Einschränkungen im Alltag möglich ist.

Die Beraterin kann Respekt und Vertrauen stärken, indem sie verdeutlicht, dass Täuschungen, Wahrnehmungsverzerrungen und Einbildungen normal sein können, solange sie vorübergehend sind. Wenn man sich im Kino einen Thriller anschaut und danach allein durch den dunklen Park nach Hause läuft und die Äste hinter sich knacken hört, kann sich ein Gefühl der Bedrohung einstellen. Man lauscht noch aufmerksamer, ob da etwas oder jemand ist, erkennt gegebenenfalls noch mehr bedrohliche Geräusche, die Angst nimmt zu, und ein Teufelskreislauf entsteht. In der stressreichen Lebenssituation, die mit häuslicher Gewalt einher-

45 Burgard, Roswitha (2002): Frauenfalle Psychiatrie – Wie Frauen verrückt gemacht werden

geht, können sich solche Zyklen ganz von allein entwickeln und verselbstständigen. Wenn die Nachbarin zum Beispiel nicht grüßt, kann dies viele Ursachen haben. Man kann sich vorstellen, dass sie einen ablehnt und nicht mag. Man kann sich aber auch vorstellen, dass sie mit dem gewaltausübenden Ehemann „unter einer Decke steckt“, einen beobachtet und bei kleinsten „Fehlritten“ an den Ehemann verpetzt. In einer ausgewogeneren Lebenslage hätten der betroffenen Frau vielleicht alternative Erklärungsmuster zur Verfügung gestanden. Eine andauernde Stresssituation kann aber zu starkem Misstrauen und eingeschränkten Wahrnehmungen führen. Diese besondere Vorsicht ist für stark bedrohte Frauen zum Teil auch lebensnotwendig und lebensrettend. Bei „dünnhäutigen“ Personen können sich allerdings Psychosen entwickeln und verselbstständigen. Es wichtig, dieser Frau nicht zu begegnen, als sei sie eine „Verrückte“, sondern ihre Reaktion auch als etwas Normales begreifen zu können. Dabei hilft das Wissen darum, dass der menschliche Geist eine phantastische Begründungsmaschine ist. Die „Wirklichkeit“ entsprechend unverrückbarer Überzeugungen wahrzunehmen, ist ein normaler menschlicher Mechanismus. Ein humorvoller Umgang hilft bei einer Normalisierung – nach dem Motto: „Nur weil du nicht paranoid bist, heißt das noch lange nicht, dass sie nicht hinter dir her sind.“

AUF EINEN BLICK:

Empfehlungen für die Praxis

- Zunächst ist der Wahrheitsgehalt des Verfolgungsgefühls gründlich abzuklären.
- Wichtig ist ein beruhigendes, verständnisvolles Auftreten, eine Akzeptanz des Verfolgungsgefühls. Falls die Verfolgung sich als unrealistisch heraus gestellt hat, ist sie nicht zu bestätigen.
- Mögliche Strategien der Beraterin: Zweifel säen, unterschiedliche Wahrnehmungen verdeutlichen ohne zu versuchen, der Betroffenen Inhalte ausreden zu wollen. Konfrontatives Verhalten ist wenig sinnvoll. Gemeinsam einen Umgang mit der Angst und Unsicherheit erarbeiten.
- Generell gilt: Normalisieren statt Pathologisieren.
- Abklären, ob und welche weiterführenden Hilfen gewünscht sind.

4.1.5 „Eigensinn“

Eine Beraterin freut sich über eine eigenständige, selbstbewusste Frau in der Beratung, die weiß wohin sie will und was die nächsten Schritte zu dem Ziel sind. Die Beraterin begleitet diesen Prozess, gibt Hilfestellungen, sortiert und vermittelt bei Bedarf weiter an andere Stellen und Einrichtungen. Im Idealfall formuliert dabei die Betroffene selbst, was sie möchte und was nicht. Was passiert aber, wenn die gewaltbetroffene Frau und ihre Beraterin unterschiedliche Vorstellungen davon haben, was an Unterstützung sinnvoll und hilfreich ist und was die Ziele und Herausforderungen sind?

Im vorigen Abschnitt wurden gewaltbetroffene Frauen mit Psychoseerfahrung beschrieben. Ein häufiges Problem von Betroffenen ist, eine Art Realitätsabgleich zu leisten. Dabei müssen sie überprüfen, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, dass ihre Wahrnehmung richtig oder falsch ist. Erst wenn Zweifel an der eigenen Wahrnehmung bestehen, sind viele zu einer weiteren Zusammenarbeit mit dem psychologischen und psychiatrischen System motiviert. Manchmal nehmen auch die Ängste, die Beunruhigung und die damit einhergehende Alltagsbelastung derart zu, dass Unterstützung erbeten wird. Ein konfrontatives Hinweisen auf eine „krankhafte“ oder „falsche“ Wahrnehmung aus Gründen der Überforderung ist wenig hilfreich. Im schlimmsten Fall kann es dazu führen, dass sich die Frau nicht verstanden, unterstützt oder gar erneut bedroht fühlt. Die „motivierende Gesprächsführung“ (nach Miller und Rollnick⁴⁶), die ursprünglich in der Suchtarbeit entwickelt wurde, hilft hier bei der Arbeit *mit* statt *gegen* Widerstände. Auch davon auszugehen, dass die andersartigen Sichtweisen eine Funktion erfüllen, ist eine wertvolle Haltung im Kontakt mit eigensinnigen Frauen. Erst wenn die formulierten Ziele von der Person selbst kommen, macht deren Bearbeitung nachhaltigen Sinn. Alles andere führt zu Frust, Kränkung und vielen Reibungsverlusten für alle Beteiligten.

Besonders problematisch wird es, wenn die Frau bereits schlechte Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen ge-

macht hat, wenn sie eine medikamentöse Behandlung aus Überzeugung oder aufgrund der Erfahrung von starken Nebenwirkungen ablehnt. Was kann die Beraterin in einem solchen Fall tun? In einem Frauenhaus ist zu entscheiden, ob die Betroffene im Haus genügend Rückzugsmöglichkeiten für ihre Sicherheit und Geborgenheit hat. Ist die Gemeinschaftsfähigkeit und Selbstständigkeit gegeben, die für das Leben in der Hausgemeinschaft notwendig ist? Ist eine angemessene Versorgung der Kinder möglich?

Wenn keine Zuspitzungen, keine akute Selbst- oder Fremdgefährdung besteht, sollte man sich kritisch fragen, in welchem Ausmaß und auf welche Weise es sinnvoll ist, die Frau von ihrer „Behandlungsbedürftigkeit“ weiter überzeugen zu wollen. Solange die Beratung und die darin gesteckten Ziele, wie Erlangung einer Wohnung, Unterstützung durch das Jobcenter usw. nicht gefährdet sind, ist ein weiteres Drängen auf „Behandlung“ vielleicht nicht nötig. Sinnvoller erscheint es, Angebote zu machen und Auffälligkeiten immer wieder auf eine sehr wertschätzende und nicht bevormundende Art neu zu benennen.

Gewaltbetroffene Frauen erleben bereits in der häuslichen Situation oft Ohnmacht, Hilflosigkeit, Demütigung, Bevormundung und starke Einschränkungen hinsichtlich ihrer Selbstbestimmung. Ähnliches können Menschen erleben, die gegen ihren Willen in die Psychiatrie eingewiesen wurden. Die Diagnose einer psychiatrischen Störung kann als entwürdigend und stark stigmatisierend empfunden werden, ebenso die eingeschränkten Bewegungsmöglichkeiten bei geschlossenen Unterbringungen oder gar Fixierungen, die zu einer erneuten Traumatisierung führen können. In Deutschland gibt es kaum psychiatrische Einrichtungen, die auch ohne Psychopharmaka behandeln. Diese Medikamente werden oft von starken Nebenwirkungen begleitet, wie z.B. dem Gefühl „wie in Watte gestopft zu sein“, starkem Speichelfluss sowie stark verminderter Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit.

Gewaltsensible *und* geschlechtssensible Gesprächsangebote sind in den meisten Einrichtungen aus dem psychiatrischen Gesundheitssystem ebenso selten. Daher ist es zentral, die betroffene Frau zu fragen, wo sie bereits gute

46 (2009)

Unterstützung in der Vergangenheit erfahren hat, wo aber auch schlechte Erinnerungen liegen und was sich auf gar keinen Fall wiederholen sollte. Liegt keine akute Selbst- oder Fremdgefährdung vor, muss die ablehnende Haltung auch respektiert werden. Empowermentarbeit kann hier bedeuten, die Frau auf die Möglichkeit hinzuweisen, eine Patientenverfügung abzuschließen.⁴⁷ Wichtig ist, dass die Beratungsstelle bzw. das Frauenhaus über die Möglichkeiten psychiatrischer und psychosozialer Unterstützung in der Region gut informiert ist, so dass Alternativen angeboten werden können. Vorherige Vernetzungstreffen zwischen den Gewaltschutzeinrichtungen und denen aus dem Gesundheitssystem unterstützen dann eine schnelle und gute Zusammenarbeit im konkreten Fall.

Zusammenfassend bleibt: Jede gewaltbetroffene Frau hat das Recht auf Anderssein, auch wenn das von der Beraterin als anstrengend erlebt wird. Für die eigene Psychohygiene sollte die Beraterin aber ihre Regeln für eine Zusammenarbeit klar benennen und konsequent danach handeln. Sieht sie die Erfolge einer Beratung stark gefährdet, beispielsweise weil Diskussionen über mögliches Verfolgungserleben die Bearbeitung weiterer Themen verunmöglichen, kann sie folgende Vereinbarung treffen: Das Gefühl verfolgt zu werden, wird in psychologischen oder psychiatrischen Gesprächen weitergehend bearbeitet. Wenn die Betroffene diese Termine nicht wahrnimmt, können in der Gewaltschutzberatung keine weiteren Termine mehr vergeben werden.

AUF EINEN BLICK: Empfehlungen für die Praxis

- Haltung der Beraterin: Respektvolles Arbeiten mit statt gegen Widerstände im Sinne einer motivierenden Gesprächsführung.
- Toleranz für Andersartigkeit und Eigensinn solange die Beratung bzw. das Zusammenleben im Frauenhaus möglich sind, keine akute Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegen und Kinderschutz gewährleistet ist.
- Verständnis für eine ablehnende Haltung gegenüber dem bestehenden psychiatrischen Hilfesystem und gemeinsame Suche nach möglicherweise niedrigschwelligen – nicht-medikamentösen Unterstützungsmöglichkeiten. Hinweise auf Kontakt- und Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen im psychiatrischen Bereich als alternative Angebote formulieren.
- Immer wichtig dabei: Formulieren klarer Regeln und Grenzen einer Gewaltschutzberatung und konsequentes Handeln danach.

⁴⁷ weitere Informationen unter <http://www.patverfue.de/handbuch/hinweise>

4.1.6 Lähmende Hilflosigkeit und zerreibende Ambivalenzen

Gewaltbetroffene Frauen, die über eine Trennung nachdenken oder diese bereits vollzogen haben und ins Frauenhaus gezogen sind, erleben meist extremen psychischen Stress. Trennungsphasen sind oft geprägt von Gewalteskalationen seitens des/der ausübenden Partners/-in. Betroffene reagieren auf diese Extremsituation sehr unterschiedlich. Einige Nutzerinnen eines Frauenhauses können in der ersten Phase des Schutzes von Schlafschwierigkeiten und Panikattacken geplagt sein. Obwohl sie ja jetzt endlich in Sicherheit sind, leiden sie vielleicht unter Grübeleien, Scham, Schuld und hohen Ambivalenzen. Besonders wenn Kinder vorhanden sind, fragen sich viele Frauen immer wieder, ob sie alles richtig gemacht haben oder ob die Beziehung der Kinder zuliebe nicht doch noch eine Chance verdient hat. Einige reagieren depressiv, haben kaum noch Antrieb den Alltag zu bewältigen, die eigenen Kinder zu versorgen oder eigene Entscheidungen zu treffen.

Wenn Frauen über einen längeren Zeitraum erleben, dass sie im eigenen Haushalt nichts zu sagen haben, dass sie ihre eigene Meinung verdecken müssen, dass ihre Bedürfnisse und Wünsche keine Rolle spielen, dass ihr Körper nicht ihnen selbst gehört, sondern geschlagen und missbraucht wird, ist dies eine Erfahrung von Hilflosigkeit und Ohnmacht, die sich immer wieder bestätigt. In der Psychologie spricht man von der Theorie der „erlernten“ oder „gelernten Hilflosigkeit“. Diese Theorie erklärt die Genese depressiver Störungen. Wenn sich Kontrollverluste häufen, stellt sich zunehmend das Gefühl ein, dass man Geschehnisse durch eigenes Zutun nicht steuern kann. Man fühlt sich von anderen bzw. von äußeren Umständen abhängig. Probleme werden als unveränderlich statt als vorübergehend wahrgenommen, die Ursache von Problemen wird der eigenen Person zugeschrieben („Ich bin schuld“ statt „Mein Partner hatte kein Recht mir das anzutun“); Probleme werden generalisiert statt situationsbezogen wahrgenommen („Ich bin ein schwacher Mensch“ statt „Ich hatte bei meinem Partner zuletzt keine Kraft mehr, für mich zu kämpfen“).

Diese Haltung steht im Widerspruch zur Perspektive der Beraterin, wenn sie erwartet, unmittelbar und ausschließ-

lich Hilfe zur Selbsthilfe leisten zu können. In vielen Fällen wird die oben beschriebene „gelernte Hilflosigkeit“ nicht erst im Erwachsenenalter, in einer Partnerschaft, sondern schon von klein auf in der eigenen Familie erlernt. Es kann dann enorm schwierig sein, in der Beratung einen eigenständigen und selbstbestimmten Umgang mit dem eigenen Leben zu entwickeln. Es braucht Zeit, wieder einen Zugang zu sich selbst zu gewinnen und zu dem, was für einen wichtig ist und sich richtig anfühlt. Im Beratungsalltag kann das Zeitdruck bewirken, besonders wenn der Gewaltschutzbereich einer „Versorgungslogik“ zu folgen hat. Eine adäquate Unterstützung von langjährig gewaltbetroffenen Frauen benötigt Zeit, Raum und Fingerspitzengefühl. Dies gilt besonders für die Begleitung von Frauen mit Fluchterfahrung, die enorme und langjährige Traumatisierungen erlebt haben. Es kann den Druck für alle Beteiligten senken, wenn sich die Beraterin diesen „Mehraufwand“ und das langsamere Tempo auf dem Weg zur Verselbstständigung schon im Voraus bewusst macht. Die institutionellen Rahmenbedingungen sowie das Team müssen dies allerdings auch zulassen können.

Einige Frauen entwickeln kreative aber schädliche Umgangsweisen mit der Ohnmacht. Die oben beschriebene Tendenz zur Selbstverletzung ist ein Beispiel hierfür. Aber auch der riskante Konsum von Alkohol, Medikamenten oder Drogen gehört dazu, ebenso wie ein ungesundes Essverhalten. Dies ist oft ein Versuch in Situationen, die von Ohnmacht geprägt waren, Kontrolle über sich und seinen Körper auszuüben. Eine Bearbeitung all dieser dysfunktionalen Copingmechanismen kann erst dann erfolgen, wenn die äußere Sicherheit gewährleistet ist. Dazu gehört, dass kein Kontakt mehr zur gewaltausübenden Person besteht, bzw. dass dieser Kontakt sicher gestaltet werden kann.

Weiß eine Frau selbst noch nicht, was sie will oder was gut für sie sein könnte, helfen klärungsorientierte Techniken. Bei motivationalen Konflikten kann z.B. eine Art innerer Dialog angeleitet werden, bei dem beide „Seiten“ mit den ihnen verbundenen Bedürfnissen als gleichberechtigte Anteile der Person ausdrücken dürfen, was sie wollen. Zielstellung wäre dann die Aushandlung eines Kompromisses. Der Einsatz von 4-Felder-Schemata kann beim Sortieren von Argumenten für oder gegen etwas helfen

und eine Entscheidungsfindung ermöglichen: Was spricht für einen Umzug, was dagegen? Was spricht dafür, in dieser Stadt zu bleiben und was dagegen? Auch der Einsatz von Imaginationstechniken oder der Wunderfrage befördert eine Klärung: „Angenommen, es wäre Nacht und Sie legen sich schlafen. Während Sie schlafen geschieht ein Wunder und das Problem, das Sie schon seit längerer Zeit belastet, ist gelöst. Da Sie geschlafen haben, wissen Sie nicht, dass dieses Wunder geschehen ist. Was wird Ihrer Meinung nach morgen früh das erste kleine Anzeichen sein, das Sie darauf hinweist, dass sich etwas verändert hat?“ Weitere Fragen zur Präzisierung, die hilfreich sein können: „Was genau wäre anders? Wie würden Sie sich anders verhalten? Was würden Sie tun, wenn Sie sich von dem beklagten Zustand befreit fühlen? Welche Gedanken/Gefühle sind dann anders? Wer in Ihrer Umwelt würde bemerken, dass dieses Wunder geschehen ist? Wann war es in letzter Zeit schon einmal so, als sei dieses Wunder geschehen? Was können Sie jetzt tun, um ein Stück dieses Wunders passieren zu lassen?“⁴⁸ Dogmen wie „Das schaffe ich nicht, habe ich noch nie geschafft“ werden behutsam hinterfragt, der Fokus auf Ausnahmen und auf Lösungen gerichtet. Die Einführung von Ressourcen- und Erfolgslisten kann nach und nach den eigenen Selbstwert und das Vertrauen in sich wieder stärken. Auch das Erstellen einer „Freudenbiographie“ kann helfen, von dem Haften an Leid und Problemen Schritt für Schritt wegzukommen.

Viele dieser Frauen haben in der Beratung eine enorme Bedürftigkeit, erwarten viel Hilfe und Unterstützung von der Beraterin. Vielleicht wünschen sie sich auch, dass sie ihnen Entscheidungen abnimmt und hilft, das Leben zu strukturieren, weil es ihnen selbst aus den Fingern zu gleiten droht. Geplagt von Albträumen und Grübeleien finden einige Frauen kaum Schlaf, haben dann auch kaum Energie für die Erledigung von Behördengängen, die besonders in der Trennungsphase anstehen. Sie sind überfordert, wenn sie eine Entscheidung treffen sollen, die das eigene Leben betrifft. Direktiveres Nachfragen und ein wie oben beschriebenes strukturiertes Vorgehen der Beraterin können dann erforderlich sein. Und erneut geht es um ein besonderes Fingerspitzengefühl und um Formulierungen, die die Ver-

antwortung bei der Betroffenen belassen ohne diese zu überfordern: „Anderen in einer ähnlichen Situation hat geholfen...“, „Aus meiner Berufserfahrung kann ich mir vorstellen, dass XYZ hilfreich ist, aber da jede Person anders ist, weiß ich nicht, was genau das Richtige für Sie ist.“ Es ist auch nötig, immer wieder zu verdeutlichen, wo die Grenzen der Unterstützungsmöglichkeiten liegen. Ein kontinuierlicher Abgleich von Erwartungen und Auftragsklärung kann im Beratungsprozess nötig sein, beispielsweise immer wieder darauf hinzuweisen, dass man nicht zu den Behörden begleiten kann, dass man mit dem/der Expartner/-in keine klärenden Gespräche führen kann usw. Im Setting eines Frauenhauses ist auch zu berücksichtigen, dass andere Frauen durch besonders bedürftige Mitbewohnerinnen oder durch solche, denen eine Nähe-Distanz-Regulierung schwer fällt, nicht überfordert und überlastet werden. Solidarität unter den Frauen sollte immer dann eine Grenze erhalten, wenn die eigenen Grenzen überschritten werden. Eine offene Diskussion beispielsweise während der Hausversammlungen kann präventiv wirken oder in bereits eingetretenen Konfliktfällen zu pragmatischen Kompromissen beitragen.

AUF EINEN BLICK: Empfehlungen für die Praxis

- Von vornherein für die Beratung von langjährig gewaltbetroffenen Frauen mit enorm traumatisierenden Erlebnissen und Gefühlen der Ohnmacht mehr Zeit einplanen.
- Wertschätzung gegenüber der Funktionalität eigener Bewältigungsversuche, die auf Dauer aber nicht sinnvoll sind, wie beispielsweise Essstörungen, starke Unruhe, „Wegdriften“ (Dissoziation) etc.
- Gemeinsames Suchen nach weniger schädlichen Bewältigungsalternativen.
- Verdeutlichen der eigenen Rolle, des eigenen Auftrages und bei Bedarf Weitervermittlung in weiterführende Unterstützungseinrichtungen wie beispielsweise Selbsthilfegruppen.
- Einsatz von klärungsorientierten Techniken bei Ambivalenzen und behutsame Stärkung der eigenen Verantwortlichkeit – ohne zu überfordern.

⁴⁸ vgl. de Shazer, Steve und Dolan, Yvonne (2013): Mehr als ein Wunder, Lösungsfokussierte Kurztherapie heute

4.2 Auswirkungen auf die mitbetroffenen Kinder

Von Birgit Gaile, AWO-Frauenhaus Augsburg und Christine Trenz, Frauenhaus Duisburg gGmbH

Schutz vor Traumatisierung aufgrund krisenhafter Ereignisse

Kinder im Frauenhaus sowie Kinder und Jugendliche, die in Beratungs- und Interventionsstellen angetroffen werden, haben die Gewalt gegen die Mutter meist über einen längeren Zeitraum miterlebt. Darüber hinaus ist die Misshandlung der Mutter der häufigste Kontext von Kindesmisshandlung. Bei einer psychischen Beeinträchtigung eines Elternteils haben Kinder im Rahmen der häuslichen Gewalt in der Regel mehrfach krisenhafte Ereignisse erfahren (Gewalterlebnisse, Handlungsunfähigkeit und Demütigung der Mutter, Einschränkungen in der Erziehungsfähigkeit, Verlust des gewohnten Umfeldes, Schulwechsel, etc.), die sich in der kindlichen Wahrnehmung potenzieren können. Ohne Unterstützung des Kindes oder des/der Jugendlichen kann sich daraus u.a. eine Posttraumatische Belastungsstörung manifestieren. Angebote zur Entlastung der Mütter und die Hilfen für Kinder sollten daher konzeptionell im Frauenunterstützungssystem verankert sein.

In Fachberatungsstellen sind die Kinder häufig nicht mit anwesend. Die spezifische Unterstützung der Kinder ist beispielsweise bei pro-aktiver Beratung meist nicht explizit vorgesehen. Der Fokus der Hilfe liegt zunächst bei der Krisenintervention und Stabilisierung des Gewaltopfers.

Das Frauenunterstützungssystem kann jedoch den Weg zu weiteren Unterstützungsangeboten für Kinder und Jugendliche ebnen, da häufig ein erster vertrauensvoller Kontakt entsteht und sich die einzelnen Bedarfe (Jugendhilfe, psychosoziale und medizinische Hilfen, Ergotherapie, etc.) im weiteren Verlauf der Beratung zeigen. Psychisch beeinträchtigte Frauen benötigen besonders intensive Begleitung nach häuslicher Gewalt und gegebenenfalls spezifische Hilfen.

Allgemeine Problembeschreibung:

„Schätzungen zufolge gibt es in Deutschland etwa 500.000 Kinder von Eltern, die an schwerwiegenden psychiatrischen Störungen erkrankt sind. Sie leben unter belastenden Lebensverhältnissen und müssen neben ihren normalen Entwicklungsaufgaben vielfältige zusätzliche Anforderungen bewältigen. Viele von ihnen schaffen dies in bewundernswerter Weise. Andere zeigen sich nach außen unauffällig, leiden aber unter den vielfältigen Entbehrungen und Problemstellungen, die ihr Leben so anders sein lassen, als sie das bei Gleichaltrigen beobachten. Wieder andere entwickeln Verhaltensauffälligkeiten und Verhaltensstörungen.“⁴⁹

„Die Risikoforschung bestätigt, was schon jeder ahnt: Kinder, die in Familien aufwachsen, in denen ein Elternteil psychisch krank ist, sind in vielfältiger Weise davon betroffen und stehen unter erhöhtem Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln.“⁵⁰

„Neben dem Selbsterkrankungsrisiko sind die Kinder durch weitere Belastungen, die ihre Versorgung und Erziehung, ihre familiäre Rolle, ihre emotionale Entwicklung und soziale Einbindung betreffen beeinträchtigt. Wie stark die Belastung für das Kind ist, hängt u.a. ab von:

- Alter des Kindes bei der Erkrankung von Vater oder Mutter
- Einbeziehung des Kindes in die elterliche Erkrankung
- Kompensation durch gesundes Elternteil

49 Rotthaus, Wilhelm und Trapmann, Hilde (2008): Auffälliges Verhalten im Jugendalter, Band 2

50 www.psychiatrie-heute.net, Prof. Dr. med. Volker Faust zu A. Lenz „Kinder psychisch kranker Eltern“

- Resilienzfaktoren (durch andere vertrauensvolle und verlässliche Bezugspersonen) auf Seiten des Kindes
- Krankheitseinsicht und Krankheitsverlauf beim Erwachsenen
- Vorhandensein eines psychosozialen Unterstützungssystems

Folgewirkungen der psychischen Erkrankung der Eltern auf die Kinder können z.B. sein:

- Angst und Desorientierung
- Schuld-, Scham- und Aversionsgefühle
- Soziale Isolierung
- Parentifizierung
- Einbußen im Aufbau sicherer Bindung
- Fehlen von Beziehungssicherheit und -kontinuität⁵¹

„Die Folgen, die sich aus der Erkrankung eines Elternteils ergeben, hängen stark vom Alter des Kindes ab. Für die unterschiedlichen Altersstufen sind folgende Belastungen typisch:

Säuglinge (1. Lebensjahr)

Die Erkrankung eines Elternteils kann den Aufbau der frühen Bindung irritieren oder verhindern und zu schweren Frühstörungen führen. Babys erleben Trennung von der primären Bezugsperson (meist der Mutter), z.B. durch Krankenhausaufenthalte, als existenzielle Bedrohung, da ihr inneres Bild der Mutter noch nicht gefestigt ist und sie noch nicht in der Lage sind, ihre Wiederkehr zu antizipieren. Auch wenn die Mutter physisch anwesend ist, ihre Elternrolle jedoch nicht wahrnehmen kann, belastet eine solche seelische Trennung die noch sehr jungen Kinder stark. Diese unter dem Begriff „anwesende Abwesenheit“ beschriebene psychische Trennung hat ähnliche Konsequenzen wie eine reale Abwesenheit.

⁵¹ Ev. Beratungsstelle Würzburg (2007): Projektbeschreibung „Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Familien“

Kleinkinder (2.-3. Lebensjahr)

Kleinkinder erleben die verminderte Ansprechbarkeit oder vorübergehende Trennung von einem Elternteil häufig als Bestrafung durch Verlassenwerden. Der Verlust vertrauter Alltagsrituale, die dem Kind Sicherheit vermittelten, kann dazu führen, dass es zu Entwicklungsrückschritten kommt. Das Miterleben der Folgeerscheinungen der Krankheit oder Behandlungsmaßnahmen, wie ungewöhnliches Verhalten oder Verwirrtheit, kann zu Ängsten des Kindes führen, wenn es keine angemessene Erklärung erhält. Die in diesem Zusammenhang auftretenden Phantasien sind häufig bedrohlicher, als es der medizinischen Realität entspricht.

Vorschulalter (4.-5. Lebensjahr)

Vorschulkinder entwickeln häufig schuldhaftige Vorstellungen über die Verursachung einer seelischen Erkrankung. Sie fantasieren z.B. dass ihre „bösen“ Gedanken, die Gefühle von Wut und Rivalität gegenüber einem Elternteil begleiten können, den Elternteil krank gemacht haben. Sie tun daher viel, damit nichts nach außen dringt. Das zu dieser Altersstufe gehörende magische Denken kann dazu führen, dass Kinder die Bedrückung der Eltern als Mitteilung interpretiert, das Lachen oder sorgloses Spielen unerwünscht seien. Bleiben altersgerechte Erklärungen aus, kann kognitive Verwirrung die Folge sein.

Schulkinder (6.-12. Lebensjahr)

Schulkinder denken meist sehr konkret über mögliche Folgen der psychischen Erkrankung nach, einschließlich der Möglichkeit, dass es „immer schlimmer“ werden kann. Die Erfahrung, dass ein Elternteil geschwächt ist, führt bei ihnen zu Besorgnis und der Bereitschaft, eigene Forderungen von den Eltern fernzuhalten. Ihre Belastungen zeigen sich häufig in psychosomatischen Symptomen, wie Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Einnässen oder Schlaf- und Konzentrationsstörungen bis hin zur Antriebslosigkeit. Oft wirken die Kinder gut angepasst, haben nur wenige freundschaftliche Kontakte zu Gleichaltrigen und sind für ihr Alter übermäßig ernst oder niedergeschlagen.

Typisch für die meisten betroffenen Familien ist, dass Eltern und Kinder kaum offen miteinander über ihre Sorgen und Ängste sprechen. Die Eltern neigen dazu, den

Kindern wichtige Informationen vorzuenthalten, um diese nicht zu sehr zu belasten. Umgekehrt versuchen die Kinder, ihre Ängste zu verbergen, aus Furcht, zusätzlich Sorgen zu bereiten. Dadurch unterschätzen Eltern die Belastung ihrer Kinder häufig oder übersehen deren Leiden sogar, zumal sie selbst versuchen (müssen), sich auf die eigene Lebensbewältigung zu konzentrieren. Es kann ein unbewusstes „Schweigegebot“ entstehen, das eine Entspannung der Situation durch offene Ansprache verhindert.“⁵²

Jugendliche (13.-18. Lebensjahr)

Die Entwicklung von Jugendlichen hängt größtenteils von ihren Vorbildern ab. Diese sind in einer Familie mit einem psychisch kranken Elternteil eingeschränkt. Wegen der krankheitstypischen Einschränkungen ist die Identifikation des Kindes mit den Eltern beeinträchtigt. Das fehlende elterliche Modellverhalten ist autonomiehemmend, wonach jeder reifende Jugendliche strebt. Die Eltern beziehen häufig das Kind in die elterlichen Probleme/Konflikte mit ein. Häufig übernehmen sie Ersatzrollen, vor allem wenn es aufgrund der Erkrankung zu einer Trennung kam. Diese häufig symbiotischen Beziehungen zu dem erkrankten Elternteil hindert die Ablösung von Elternhaus und somit die Selbständigkeit.

Dem Kind werden erwachsenentypische und elternhafte Aufgaben und Verantwortungen übertragen. Die sexuelle Reifung verzögert sich und das Führen einer späteren gleichwertigen Partnerschaft ist nicht selten problematisch. Kinder psychisch kranker Eltern sind aufgrund ihrer genetischen Ausstattung verletzlich und dadurch häufig besonderen Belastungen ausgesetzt sind, durch die die Wahrscheinlichkeit für eine psychische Erkrankungen ansteigt.⁵³

52 Auszüge aus Maywald, Jörg (2013): Mama ist wieder so komisch, in: Kindergarten heute, Heft 10/2013

53 Auszüge aus einem Vortrag von Matthejat, Fritz: Kinder psychisch kranker Eltern Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die Entwicklung in den verschiedenen Altersstufen, am 27. Sept. 2007 Kinderschutzbund Marburg und Arbeitskreis „Kinder psychisch kranker Eltern“

Empfehlungen für die Praxis:

„Trotz der Erkrankung bleibt die Mutter als Sorgeberechtigte die wichtigste Bezugsperson für das Kind. Voraussetzung im Frauenhaus und in der Fachberatungsstelle bzw. Interventionsstelle ist, dass die Mutter grundsätzlich in der Lage ist, ihr Kind zu versorgen. In Krisen sollte es möglich sein, sie in der Haushaltsführung und bei der Grundversorgung des Kindes zu unterstützen. Im Frauenhaus kann in Überforderungssituationen eine Entlastung durch die Erzieherin oder den Kinderbereich (falls vorhanden) hilfreich sein. Nach dem Frauenhausaufenthalt oder bei einer Zuweisung der (Ehe-)Wohnung kann eine ambulante Hilfe für eine Stützung der Teilfamilie sorgen.“

Unabhängig von ihrem Alter können Kinder nicht wirksam von den vielfältigen Belastungen einer seelischen Erkrankung eines Elternteils abgeschirmt werden. Voraussetzung für eine nicht-traumatische Bewältigung sind offene Kommunikation und altersgerechte Information sowie die Ermutigung, Fragen zu stellen und Ängste zu äußern. Ein offener Umgang mit der Krankheit kann weniger ängstigend sein, als mit diffusen Phantasien und Ängsten alleine gelassen zu werden.⁵⁴

Vorsorgende Maßnahmen und präventive Angebote können sehr effektiv sein, so dass negative Folgen abgemildert oder vermieden werden können:

- Wenn die Kinder wissen, dass ihre Eltern krank sind und sie nicht an dieser Erkrankung schuld sind
- Eine sichere und stabile häusliche Umgebung trotz der Erkrankung des Elternteils.
- Das Gefühl, auch von dem kranken Elternteil geliebt zu werden
- Eine gefestigte Beziehung zu einem gesunden Erwachsenen
- Freunde
- Interesse an der Schule und Erfolg in der Schule
- Andere Interessensgebiete des Kindes außerhalb der Familie
- Individuelle Ressourcen: Bewältigungsstrategien, positives Selbstwertgefühl
- Hilfe von außerhalb der Familie, zum richtigen Zeitpunkt und in der richtigen Dosierung, um die Situation zu verbessern⁵⁵

54 Auszüge aus Maywald, Jörg (2013): Mama ist wieder so komisch, in: Kindergarten heute, Heft 10/2013

55 vgl. hierzu: „Facts for families“ zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ <http://www.kjp.uni-marburg.de>

Erste Interventionen im Frauenhaus und in Fachberatungsstellen:

- Gesprächsangebot mit der Möglichkeit, die eigenen Erfahrungen ohne Angst und ohne Schuldgefühle offen anzusprechen
- Anerkennung der Realität (der psychischen Erkrankung)
- Offenlegung der häuslichen Gewalt gegenüber den Kindern, Aufklärung über die Situation der Erkrankung
- Kind bezogene Information, Orientierung geben
- Gefühle der Kinder ernst nehmen (Erleichterung, Schuldgefühle, Ängste, Loyalitätskonflikte, Verlustgefühle, etc.), Entlastung von Verantwortung
- Sicherheitsplan (mit den Kindern) erarbeiten, Abklärung inwieweit Kinderschutzmaßnahmen erforderlich sind
- Entwicklungsförderung für die Kinder (z.B. Frühdiagnostik und Frühförderung der Kinder, Familienhebammen, psychotherapeutische Hilfen)
- Skills-Training in Einzel- und Gruppenarbeit (Umgang mit Gefühlen, Entlastung wahrnehmen, Stärkung des Ichs, Förderung der Selbstreflexion)
- Später eventuell: Therapiemöglichkeit der Kinder und Jugendlichen
- Praktische Hilfen für die Familie (z.B. Kontakte zu anderen außerhalb der Familie, Aktivierung von Verwandten, entlastende Kinderbetreuung, sozialpädagogische Familienhilfe)
- Weitervermittlung zu Mutter-Kind-Einheiten (in der psychiatrischen Versorgung), in die Mütter und Kinder gleichzeitig aufgenommen werden können, gegebenenfalls unter Berücksichtigung von Schutzmaßnahmen

In einer qualitativen Befragung wurden Kinder / Jugendliche im Alter von 7-18 gefragt, was ihre Informationswünsche sind:

Kinder und Jugendliche wünschen sich Informationen zu:

- Wie sie sich dem erkrankten Elternteil gegenüber verhalten sollen
- Wie sie die Mutter unterstützen können
- Über „Wesen“ und Ursachen der psychischen Erkrankung
- Über die Gefahr einer Verschlimmerung
- Über Heilungsmöglichkeiten
- Über Medikamente
- Über Erbeeinflüsse (insbes. Jugendliche)⁵⁶

Themen, die mit der Mutter besprochen werden können:

- Wie gut können Sie ihren Gesundheitszustand einschätzen?
- In welcher Hinsicht fühlen Sie sich beeinträchtigt und wo fühlen Sie sich stark?
- Welche alltäglichen Pflichten können Sie schaffen und wobei benötigen Sie Hilfe?
- Mit wem können Sie über persönliche Probleme sprechen, wenn Sie sich unsicher fühlen?
- Wie können Sie sich selbst stabilisieren? Was sind ihre Trigger? Anwendung von Übungen aus der Trauma-Arbeit gegen das „Wegdriften“ (Tresorübung, Wegschließen schlimmer „Filme“)
- Wo hat ihr Kind Schwierigkeiten? Haben diese Probleme etwas mit ihrer Erkrankung zu tun?

⁵⁶ vgl. Lenz, Albert (2005): Kinder psychisch kranker Eltern

- Wie können Sie die Kontakte ihres Kindes zu anderen Menschen fördern?
- Wie können Sie mit ihrem Kind über ihre Erkrankung sprechen?

Kinder verlieren im Laufe der Misshandlungen häufig den Respekt vor beiden Elternteilen. Sie lehnen den Vater wegen seiner Gewalttätigkeit ab und verachten die Mutter wegen ihrer Schwäche. Dadurch verlieren sie die Basis für eine förderliche Eltern-Kind-Beziehung.

Mütter und Kinder benötigen daher nach einer Trennung oder bei einer Wegweisung gezielte Unterstützung, um wieder miteinander in Kontakt zu treten und emotionale Nähe zuzulassen. Die bisherigen Autoritätsstrukturen in der Familie sind zusammengebrochen und eine neue gewaltfreie Struktur positiver elterlicher Autorität muss erst aufgebaut werden. Die Mutter-Kind-Bindung sollte daher gestärkt werden und ihre Kompetenzen, die Kinder gut zu versorgen, müssen erweitert werden.

Maßgeblich ist die Kooperationsmöglichkeit und -fähigkeit der Mutter. Bei einer Verweigerung sollte immer das Wohl des Kindes im Vordergrund stehen. Von der Möglichkeit, eine Kinderschutzfachkraft hinzuzuziehen, sollte auf jeden Fall Gebrauch gemacht werden. Nicht nur zum Schutz des Kindes, sondern auch für die eigene Rechtsicherheit ist das Einbeziehen der Jugendhilfe ratsam. Die Kontaktaufnahme zum Jugendamt erfolgt möglichst mit Zustimmung, zumindest aber mit Wissen der Mutter. Leider haben die Frauen häufig Erfahrungen mit dem Jugendamt, die ihre Bereitschaft zur Zusammenarbeit mindern. Die Sorge, dass das Jugendamt die Kinder in Obhut nimmt, ist sehr groß. Hier ist ein hohes Maß der Sensibilität gefordert. Deshalb ist es unbedingt notwendig schon vorab, unabhängig von einem akuten Handlungsbedarf, eine funktionierende Kooperation mit dem Jugendamt einzugehen. Eine Zusammenarbeit mit dem Jugendamt kann sowohl aufgrund der psychischen Erkrankung als auch aufgrund der häuslichen Gewalt und der damit verbundenen dauerhaften Trennung erforderlich werden.

Nach der Eskalation der Gewalt setzt häufig der Kampf vieler Männer um die Kinder ein. Die psychische Beeinträchtigung der Frau wird dabei als Vorteil eingestuft und häufig schnell an die zuständigen Behörden gemeldet. Das Umgangsrecht kann vom Familiengericht jedoch zunächst ausgesetzt werden, es gilt „safety first“. Eine Verantwortungsübernahme und die Verhaltensänderung des Gewalttäters sind unabdingbar.

Die Schaffung einer äußeren Sicherheit ist für Frauen und Kinder die Voraussetzung für ein gewaltfreies Leben. Verfahren zum Sorge- und Umgangsrecht müssen Entschleunigung erfahren, da zunächst die Stabilisierung der Frauen und Kinder im Mittelpunkt stehen sollte. Folgende Ansätze können in diesem Zusammenhang bei der psychosozialen Begleitung der gewaltbetroffenen Mütter mit psychischen Beeinträchtigungen hilfreich sein: Förderung von Ressourcen, Verbesserung der Problemlösungsfähigkeit, Förderung sozialer Kompetenzen und die Erweiterung von Handlungsspielräumen.

In Frauenhäusern und Fachberatungsstellen wird bestmöglich auf die individuellen Bedürfnisse der Kinder eingegangen. Angebote im Frauenhaus müssen Kindern unterschiedlicher Altersgruppen und mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen gerecht werden. Spätfolgen für die Kinder sollten minimiert werden, die Schutzbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen müssen unbedingt Berücksichtigung finden. Eine spezifische Kinder- und Jugendberatung wäre in diesem Kontext bei Fach- und Interventionsstellen wertvoll.

5. Ausblick

Von Heike Herold, Frauenhauskoordinierung e.V.

Die Verfasserinnen der Handreichung haben den Arbeitstitel „Der richtige Ort – Kein Ort nirgends?“ gewählt. Unser Ausgangspunkt war die Problematisierung der Versorgung gewaltbetroffener Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen im Bericht der Bundesregierung 2012. Sie sind derzeit nicht gut geschützt und versorgt. Im Hilfesystem für gewaltbetroffene Frauen gibt es Zugangshürden und häufig nicht die erforderliche Unterstützung; im psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Versorgungssystem und in der Suchtkrankenhilfe fehlen der Schutz und das Wissen um die Auswirkungen von geschlechtsspezifischer Gewalt.

In den Frauenhäusern und Fachberatungsstellen fehlt es an einer bedarfsgerechten Ausstattung mit Personal, Räumen und Sachmitteln, um der Versorgung dieser Frauen und ihrer Kinder gerecht zu werden. Frauenhauskoordinierung hat dazu im November 2014 Qualitätsempfehlungen für Frauenhäuser und Fachberatungsstellen vorgelegt, die sich ausdrücklich das Ziel gestellt haben, eine bedarfsgerechte Versorgung aller gewaltbetroffener Frauen, auch jener mit zusätzlichen Belastungen sicher zu stellen.

Aber auch die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung ist durch einen Ressourcenmangel gekennzeichnet und häufig nicht auf die spezifischen Belange gewaltbetroffener Frauen ausgerichtet. Das zeigt sich zum Beispiel in langen Wartezeiten auf ambulante Behandlungen, fehlenden gewaltsensiblen, geschlechtsspezifischen und traumaspezifischen Behandlungskapazitäten in den Kliniken oder im ambulanten Bereich. Auch in der Suchtkrankenhilfe fehlt es an geschlechtsspezifischen Angeboten für gewaltbetroffene Frauen.

Trotz dieser schwierigen Rahmenbedingungen stellen sich Frauenhäuser und Fachberatungsstellen dem Problem. Wir möchten sie darin bestärken und ermutigen, vorhandene Möglichkeiten der Unterstützung und Begleitung gewaltbetroffener Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen zu nutzen und weitere zu erschließen. Unsere Handreichung stellt Hintergrundwissen zu

psychischen Beeinträchtigungen zusammen und gibt Anregungen für die Beratung und Begleitung dieser Frauen in der Praxis. In der Handreichung finden sich Informationen über die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung und die Suchtkrankenhilfe. Damit verbinden wir die Erwartung, dass dieses Wissen über die Möglichkeiten und Grenzen der anderen Versorgungssysteme die Wege in die Kooperation ebnet.

Sicher wird diese Handreichung nicht nur für die Frauenhäuser und Fachberatungsstellen eine interessante Informationsquelle sein. Für Fachkräfte aus dem psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsbereich und aus der Suchtkrankenhilfe können die Informationen zum Hilfesystem bei Gewalt und zum Zusammenhang von Gewaltbetroffenheit von Frauen und psychischen Beeinträchtigungen von Interesse sein.

Für die Mitglieder der Arbeitsgruppe war die Auseinandersetzung mit dem Stigma psychischer Erkrankungen im Zusammenhang mit geschlechtsspezifischer Gewalterfahrung ein zentraler Diskurs. Wir hoffen, dass die Handreichung an verschiedenen Stellen Impulse zur Auseinandersetzung mit dieser Frage gibt. Und wir möchten die Mitarbeiterinnen von Frauenhäusern und Fachberatungsstellen bestärken, sich zu diesem Thema gezielt fortzubilden. Aus unserer Sicht braucht es in allen Teams der Frauenhäuser und Fachberatungsstellen entsprechend hoch qualifizierte Kolleginnen, um den Anforderungen gerecht zu werden.

Die im Handbuch beschriebenen Probleme der Versorgung gewaltbetroffener Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen sowohl im Hilfesystem bei Gewalt, aber auch in den anderen Versorgungssystemen, sind für Frauenhauskoordinierung eine wichtige Motivation, hier Verbesserungen einzufordern. Zunächst sehen wir eine rechtliche Absicherung von Schutz und Hilfe für alle gewaltbetroffenen Frauen und deren Kinder, gerade auch für Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen, als unbedingt erforderlich.

6. Anhang

Weitere Informationen

- Hammer, Matthias; Plössl, Irmgard (2012): Irre verständlich: Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen.
- Hantke, Lydia (2012): Handbuch Traumakompetenz: Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik. (1. Auflage)
- Schneider, Ralf (2009): Die Suchtfibel: Wie Abhängigkeiten entstehen und wie man sich daraus befreit. Informationen für Betroffene, Angehörige und Interessierte. (14. Auflage)
- Lindenmeyer, Johannes (2010): Lieber schlau als blau: Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. (8. Auflage)
- Miller, William R.; Rollnick, Stephan (2015): Motivierende Gesprächsführung. (4. Auflage)
- Homeier, Schirin (2009): Sonnige Traurigtage. Ein Kinderfachbuch für Kinder psychisch kranker Eltern. (4. Auflage)
- Homeier, Schirin; Schrappe, Andreas (2009): Flaschenpost nach irgendwo. Ein Kinderfachbuch für Kinder suchtkranker Eltern.

Hilfsangebote / Informationen

- **Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen:**
Tel. 08000 116 016,
<https://www.hilfetelefon.de/aktuelles.html>
- **Frauenhauskoordinierung (FHK):**
Frauenhaussuche und Beratungsstellensuche unter
<http://www.frauenhauskoordinierung.de/>
- **Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (bff):** Beratungsstellensuche unter
<https://www.frauen-gegen-gewalt.de/hilfe-vor-ort.html>
- **PsychiatrieNetz:** www.psychiatrie.de
- **BundesPsychotherapeutenKammer (BPtK):**
<http://www.bptk.de/service/therapeutensuche.html>
- **Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener:**
<http://www.bpe-online.de/>
- **Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker:**
<http://www.psychiatrie.de/bapk/seelefon/>
- **Bundesweites Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste:** www.sozialpsychiatrische-dienste.de
- **Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen:**
<http://www.dhs.de/>



