

BeB 19. April 2016

Gewalt erleben, überleben und aufarbeiten in der Psychiatrie

**Bedingungen, Konzepte
Potenziale**

**Polina Hilsenbeck, Dipl.-Psych., FTZ München
Gesamtfachleitung und Geschäftsführung**



ALTE GESCHICHTEN?

- ▶ Im Zuge der Entwicklung einer besseren Kooperation zwischen stationärer und ambulanter Psychiatrie in München (GPV)
- ▶ besucht der Chefarzt der Psychiatrie Süd das FTZ
- ▶ Selektionshypothese: bei Ihnen die mit Gewalterfahrung, bei uns die richtig (biologisch?) Kranken
- ▶ Wir können ja nicht Trauma-behandlung auch noch machen ...
- ▶ ... seit ca. 10 Jahren Traumastationen und – Ambulanzen an jeder Klinik

ZWISCHENBILANZ

- ▶ 2000: Qualitätsleitlinien für eine frauengerechte Psychiatrie (Bayern)
- ▶ 2010 Frauen- und Mutter-Kind-Station im Bezirkskrankenhaus
- ▶ - erst auf Druck der Betroffenen verbände
- ▶ Oberarzt stolz: „unsere Muddies ...“
- ▶ Nicht für die akut Erkrankten, zum Schutz der Kinder
- ▶ Traumastationen - sehr hohe Zugangsvoraussetzungen

■ **KOSTEN VON GEWALT - KOSTEN VON PRÄVENTION UND BEHANDLUNG?**

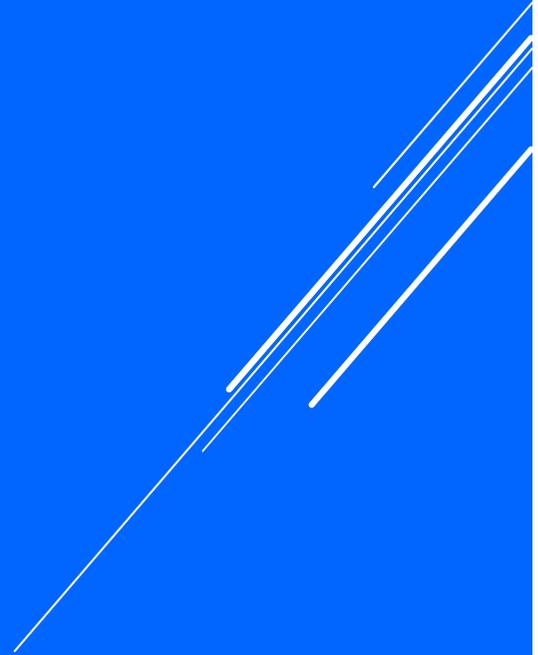
- ▶ **Volkswirtschaftliche Kosten von sog. „häuslicher Gewalt“ (gesundheitliche Folgeschäden, reproduktive Probleme, Arbeitsunfähigkeit, Wohnungsverlust, Sozialhilfe, Schutz, juristische Kosten, Hilfen für mit betroffene Kinder, u.a.):**
- ▶ **33 – 50 Mrd. Euro p.a. (GB-Finnland)**
- ▶ **Stichproben**

- ▶ **Kein Entweder-Oder – aber die präventiven Potenziale in der Psychiatrie nutzen**

DIE PSYCHIATRIE – EIN GEWALTTÄTIGER ORT?

- Zeitnot
 - Personalnot
 - Fachkräftemangel

 - Feuerwehrfunktion
 - Zwangseinweisung
 - Zwangsbehandlung

 - **Gesetzliche Verbesserungen**
- 

BEHANDELN? HEILEN? DIE HIERARCHISCHE UND GENDERKULTUR DER PSYCHIATRIE

- ▶ Krankenhaus als Akutpsychiatrie - militaristische („männliche“?) Sprache (Feuerwehr, Einsatz, Schuss vor den Bug, Krankheit bekämpfen) --
- ▶ soziale („weibliche“?) Aufgaben und Sprache der ambulanten Dienste (soziales Netz, Krankheitsbewältigung, Bezugspersonen – aber auch: „eine Person dort anbinden“)
- ▶ Hierarchie und Definitionsmacht
- ▶ Familienähnlichkeit der Strukturen

RETRAUMATISIERUNG DURCH ZWANGSBEHANDLUNG

Gewalt Psychiatrie...

- ▶ Festgehalten und entkleidet
- ▶ Spritzen ins Gesäß
- ▶ Festgehalten, angebunden
- ▶ Fixierung mit gespreizten Beinen
- ▶ Medikation als Eindringen in Körper
- ▶ Schutzlosigkeit
- ▶ Kein Schutz der Intimsphäre

Gewalt in der Kindheit ...

Gewalt durch Folter

Gewalt durch Menschenhändler

- ▶ Festgehalten und entkleidet
- ▶ „da unten“ gegen den Willen berührt
- ▶ Festgehalten, festgebunden
- ▶ Beine geöffnet
- ▶ Eindringen, Überwältigen
- ▶ Schutzlosigkeit
- ▶ Verletzung, Verlust von Grenzen

STRUKTURELLE RETRAUMATISIERUNG

- ▶ Schweigen, Verleugnung
- ▶ Fehldiagnosen, Biologismus
- ▶ Beschuldigung des Opfers
- ▶ Übergriffige Mitarbeiterer werden beschützt, Geschlossenheit
- ▶ Abhängigkeit
- ▶ Kontrolle

- ▶ Das mißbrauchte Kind und sein Leid wird nicht gesehen
- ▶ Die Folgen falsch zugeordnet
- ▶ Verdrehung, falsche Begriffe
- ▶ Familie zentral, Geheimnis, Abschottung
- ▶ Abhängigkeit
- ▶ Kontrolle

RETRAUMATISIERUNG DER IDENTITÄT

- ▶ Isolation, man spricht nicht darüber
- ▶ Diskriminierung
- ▶ Ausgrenzung
- ▶ Tabuisierung

- ▶ Pathologisieren von Bewältigungsmuster
- ▶ „Schwierige Patienten“
- ▶ „Systemsprenger“
- ▶ „Noncompliance“

- ▶ Isolation
- ▶ Sündenbockrolle
- ▶ Beschämung

- ▶ Tabuisierung
- ▶ Schlecht und sündig

- ▶ Schwieriges Kind
- ▶ Dummes Kind

■ **ZUSAMMENHÄNGE: VORTRAUMATISIERUNGEN ERHÖHEN DAS RISIKO VON SPÄTEREN ÜBER-GRIFFEN UND GEWALT ERHEBLICH**

- ▶ **Menschen, die nie Schutz, sichere Bindung und Respekt vor den eigenen Grenzen erleben konnten, sind wenig in der Lage, ihre Grenzen zu schützen oder vertrauensvoll Hilfe zu suchen.**
- ▶ **Täter mit bewussten Strategien legen es darauf an, genau solche Menschen zu missbrauchen; sie sind ein sog. leichtes Opfer, geben sich selbst die Schuld, vertrauen sich niemand an.**
- ▶ **Frauen mit Vor-Traumatisierungen gehen häufiger als andere Beziehungen zu Männern mit Gewaltpotenzial ein.**

ZUSAMMENHÄNGE - UND ERFORDERLICHE KONSEQUENZEN

- ▶ Auch Mitpatienten und Fachleute mit unreflektierten eigenen narzisstischen und Kontaktstörungen missverstehen und beuten solche Frauen sexuell aus.
- ▶ Diese Umstände erfordern erhöhte Wachsamkeit, Vorkehrungen zum Schutz und spezifisch darauf angelegte psychoedukative Programme. In der ambulanten Sozialpsychiatrie und den Kliniken.
- ▶ Ethische Standards, Personalentwicklung, Fortbildung

GEWALTPRÄVENTION - VIELSCHICHTIG

- ▶ **Erarbeite mit einem größeren Träger von Wohnheimen für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung ein Konzept zur Prävention von Gewalt und Übergriffen gegen BewohnerInnen**
- ▶ **Beim Fachtag zur Umsetzung: Widerstand, Schweigen. Bis eine verärgert sagt, wir haben der Leitung schon x mal gesagt, dass die Bewohner übergriffig sind, nicht nur im Nachtdienst.. .Wenn „die“ uns sogar mit Vergewaltigung allein lassen, wie sollen wir uns dann motivieren???**
- ▶ **--- Gewalt gilt zwar als Betriebsunfall, aber wie halten wir es mit Prävention?**

PERSPEKTIVENWECHSEL : AUF „SCHIZOPHRENES VERHALTEN“

- ▶ **Fachberatung zu einer Klientin im ambulant betreuten Wohnen:**
- ▶ **- Klientin zeigt mitten auf der Straße extrem auffälliges Verhalten, weshalb sie des Öfteren bereits in die Psychiatrie eingewiesen wurde:**
- ▶ **Sie schüttelt sich minutenlang, legt ein Buch in den Nacken und betet laut zu Gott und Teufel; sie wedelt etwas mit den Händen weg und brüllt;**
- ▶ **Sie schwingt ihre schweren Brüste hoch, klopft sich aufs Schlüsselbein, schreit wild und bedrohlich, verschwinde sonst tu ich dir doch noch was an!!!**

PERSPEKTIVENWECHSEL: DIE GEWALTHYPOTHESE

- ▶ **Traumamodell: Gewalterfahrungen?**
- ▶ **Ihr Partner war extrem gewalttätig, sie schaffte es nie nachhaltig, ihn zu verlassen, er fand sie überall. Seit seinem Tod vor 2 Jahren eskalierte ihre Störung. Welche?**
- ▶ **Sie habe bereits vorher mit Geistern, Engeln und Teufeln Kontakt gehabt. Was ist daran krankhaft? Selbst Luther stritt mit dem Teufel und warf ein Tintenfass nach ihm; (sub)kultu-relle Normalität von Geistern. Ja, aber diese Realitätsverkennung, dieses Verhalten!**
- ▶ **Was erlebt sie bei diesen Attacken? Der Geist des Verstorbenen greift sie unvermutet im Nacken oder an der Kehle an, bedroht und beschimpft sie, besetzt ihr ganzes Selbst.**

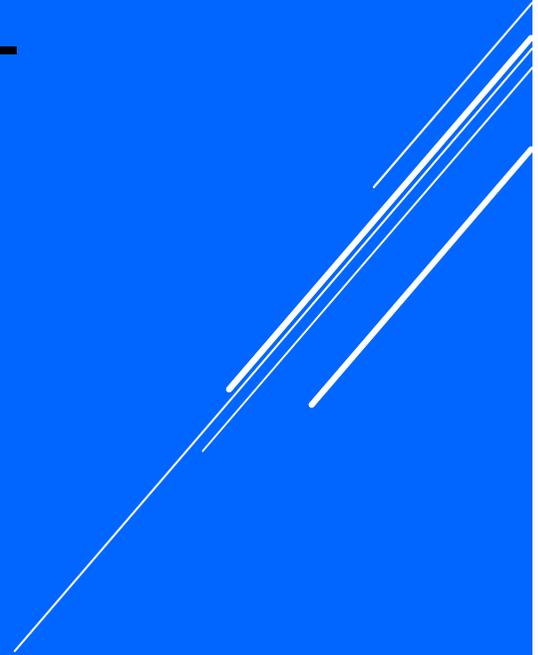
PERSPEKTIVENWECHSEL: DIE RICHTUNG ÄNDERN!

- ▶ Intrusionen von traumatischen Gewalterfahrungen und Halluzinationen schwer zu unterscheiden - aber oft sind die gleichen Arbeitsweisen hilfreich: entsprechend dem Empowerment bzw. der Ichstärkung (Stimmenhörer-bewegung)
- ▶ Selbsthilfehandeln der Klientin unterstützen
- ▶ Zusammenhang verdeutlichen: mit Gewalttrauma (trauma-/neuropsychologisch) und Verlusttrauma (bindungsgeschichtlich)
- ▶ Sicheren Ort schaffen (imaginativ – kreativ/ symbolisch - das Büro der Betreuerin?)
- ▶ Symbolisches Gefängnis für den bösen Geist
- ▶ Sichere Bindung zu ihrem Jesus /höherem Wesen, ihn bitten sie aktiv zu schützen statt allein zu agieren (wie früher)
- ▶ Realitätsprüfung und Impulskontrolle bezüglich ihres Verhaltens trainieren.

■ BIOPSYCHOSOZIAL!

- ▶ Diagnosen sind keine Entitäten, sondern geclusterte zu beobachtende Erlebens- und Verhaltensweisen, sie dienen der Verständigung
- ▶ Aber die künstliche Trennung – „ist das jetzt das Trauma ODER die Krankheit“ – ist die falsche Frage, führt uns in die Irre --- sowohl als auch!
- ▶ Dauer – und traumatischer Stress
 - ▶ verändert das endokrinologische Muster und Stresssystem, Wahrnehmung, Identität, Stimmung und das Vertrauen zu Menschen nachhaltig
 - ▶ Sogar das Gehirn (Amygdala, Hippocampus)
 - ▶ kann latente Dispositionen auslösen oder verschlimmern
- ▶ umgekehrt sind Menschen mit Behinderung häufiger Opfer von Übergriffen, Misshandlung und Gewalt, ganz besonders Menschen mit seelischer Erkrankung (Schrötte im Auftrag des BMFSFJ 2012)

■ DIFFERENZIEREN

- ▶ Arten von Traumatisierung: Akuttrauma im Erwachsenenalter - PTBS
 - ▶ Gewalt im sozialen Nahbereich (Partnergewalt) – Bindungsambivalenz - PTBS
 - ▶ Gewalt- und Vernachlässigungstrauma in der Kindheit durch primäre Bezugspersonen – Bindungsstörungen – komplexe Traumafolgestörungen (kTFS mit allen psychiatrischen Zusatzdiagnosen)
 - ▶ Ursachen und Täter benennen, statt abstrakter medizinischer Begriff
 - ▶ Inflation des Begriffs vermeiden
- 
- A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths and orientations, located in the bottom right corner of the slide.

■ **KONSEQUENZEN: STRUKTURELL**

- ▶ **PsychologInnenstellen statt mit PIP mit Fachpersonal besetzen, mit Therapie- UND Traumausbildung!**
- ▶ **PEPP auf gesundheitspolitischer Ebene mit Fachkompetenz anreichern**
- ▶ **Spezifische und parallele Behandlung beider Störungsmuster**
- ▶ **Handlungs- und Entscheidungsspielräume, Autonomie in der Betreuungsbeziehung fördern**
- ▶ **Von den sog. „Spezialstationen lernen: erhöhter Personaleinsatz im Akutbereich – Risiko- und Gewaltprävention durch Kontakt, Augenhöhe, Partizipation – ggf. nur fakultativ geschlossen**
- ▶ **Alle Stationen von Traumakompetenz der Spezialstationen lernen**

NEUE GESCHICHTEN?

- ▶ **Es kommen die Geflüchteten auf die Stationen, in die SPDIs und betreuten WGs - oh - was tun wir?**
- ▶ **Wir etablieren eine/n Migrationsbeauftragten /Fachstelle!**
- ▶ **„Da müssen wir Traumawissen haben“**
- ▶ **„Da müssen wir interkulturelle Kompetenz entwickeln“**
- ▶ **„Da müssen wir das Asylrecht auch noch lernen ...“**
- ▶ **... warum jetzt erst?**

■ **KONSEQUENZEN: FÜR GEFLÜCHTETE UND INTERKULTURELL**

- ▶ **Trauma- UND interkulturelle Kompetenz auf Stationen – refinanzierte Dolmetschdienste!**
- ▶ **Systematische, fallunspezifische, personenunabhängige UND von SpezialistInnen getragene Kooperationen zwischen Frauenarbeit und Sozialpsychiatrie, Traumanetzen, Flüchtlingsarbeit und Psychiatrie**
- ▶ **Spezialstationen UND Allgemeinpsychiatrische mit übergreifender und komplexer Fachkompetenz**

■ **DEN GENDERBLICK STÄRKEN: MÄNNERSPEZIFISCHE ARBEIT**

- ▶ **Gewalterfahrungen von Männern ernst nehmen, thematisieren, identifizieren – nicht nur Krieg und Flucht traumatisieren nachhaltig.**
- ▶ **Geschlechtsdifferenzen im Erleben und Bewältigen**
- ▶ **Kriegskinder (Jugendliche Flüchtlinge heute – alte Menschen heute, die 1945 Kinder waren!)**
- ▶ **Kulturspezifische, migrationsspezifische, traumaspezifische, verlustbezogene Differenzierung**
- ▶ **Soziale und biografische Anamnese: Missbrauch, Vernachlässigung, Bindungsstörungen.**
- ▶ **Traumatischer und/oder stärkende /schützende Klinikerfahrungen**

■ IDEALE NICHT IDEOLOGISIEREN

- ▶ Wir brauchen eine klare Diagnose! Dann Behandlung nach Leitlinie. Realität: Doppel- bis Fünffachdiagnosen im Entlassbericht.
- ▶ Es ist ein Fortschritt, dass Trauma jetzt erkannt wird. Aber: Mangel an TraumatherapeutInnen, die Menschen mit schweren Folgestörungen behandeln (DIS, BPS, Psychosen)
- ▶ Die so schwer errungenen Ideale der Sozialpsychiatrie nicht aufgeben?
 - ▶ Gemischte - Frauenstationen
 - ▶ Normalitätsideal – auch Ausbeutung und Gewalt?
 - ▶ Home Treatment – wer braucht Schutz wovor? Kinder!!!

■ **DIE ANGEHÖRIGEN – EINBEZIEHEN?**

- ▶ **Angehörige leisten enorm viel, halten viel aus, auch heftige Aggressionen, Beschuldigungen, Unterstellungen, Gewalt und Übergriffe**
- ▶ **In der Familie sind für die psychisch kranken Angehörigen mehrheitlich Frauen zuständig**
- ▶ **Gesellschaftliche und psychologische Beschuldigung der Mütter, nicht der Väter – Schuldgefühle**
- ▶ **Ent-Schuldung der Angehörigen der Sozialpsychiatrie**

- ▶ **Risiko: Gewalttätigkeit durch Überforderung (auch: Pflege von Angehörigen mit Demenz, Gerontopsychiatrie)**
- ▶ **Kinder sind mit „kleine“ Angehörige und mit Betroffene – systematisches Handeln!!**

■ **DIE ANGEHÖRIGEN – BESSER NICHT EINBEZIEHEN?**

- ▶ **Sind evtl. auch Täter!!!! (Partnergewalt, Elterngewalt, sexualisierte Gewalt – auch organisierte Kriminalität)**
- ▶ **Anzeichen aktueller Gewalt erkennen**
- ▶ **Klientin fragen, wenn sie Zeichen von Angst zeigt**
- ▶ **Mit der Bindungsambivalenz, Loyalitätskonflikten, Schweigegeboten, Dissoziation fachlich umgehen**
- ▶ **Das Gewaltschutzhilfesystem kennen**
- ▶ **Handlungs-Leitfaden (z.B. Wien)**
- **Die Klinik kann der erste sichere Raum sein, um Schutz zu erfahren, und ein Ausstiegsprogramm vorzubereiten**

■ EINE GANZ ANDERE GESCHICHTE – DIE PSYCHIATRIE EIN SCHUTZRAUM – MIT BINDUNGSSICHERHEIT?

- ▶ „Das Chaos, das Leid? das habe ich gar nicht wahrgenommen - wenn mich vier Pfleger oder Polizisten festhalten, und ich kämpfen kann, dann spüre ich mich wieder“
- ▶ „Da war ein Pfleger, der hat echt Anteil genommen, und dann mit mir gelacht. Diese Erinnerung hilft mir, wenn es losgeht“
- ▶ „Er soll abgeschoben werden! nur die stationäre Behandlung sichert ihn erst mal davor – aber was dann?“ (Asylpaket II)

Gewaltprävention mit Geschlechterblick in der Psychiatrie oder: wie bewegen wir einen Eisberg

- Menschenrechte für alle
- Neugier, Humor, Selbstdistanz
- Ethische Leitlinien, Fortbildung
- Entschiedene nachhaltige Steuerung
- Vorbilder (Vorangehen der Leitungen)
- es handelt sich um einen längeren Prozess, der neuer Anstöße bedarf
- Perspektivenwechsel üben
- **Politische Stellung- und Einflussnahme**

