

Das Erkennen und Überwinden von häuslicher Gewalt

Aspekte kinder- und jugendpsychiatrischer Therapie

Henning Ide-Schwarz (Dipl. Päd.)
Klinikum Stuttgart - Olgahospital
Institutsambulanz der Kinder und Jugendpsychiatrie

Aufgrund der weit verbreiteten Praxis, Literaturrecherche über das Internet zu betreiben, erscheint folgende **Anmerkung** notwendig:

Dieser Text ist keine wissenschaftliche Veröffentlichung im engeren Sinne, sondern das Ergebnis eines Diskussions- und Arbeitsprozesses auf einer Fachtagung oder bei einem Workshop. Der Beitrag ist vor allem zur Kenntnisnahme durch die Tagungsteilnehmerinnen und -teilnehmer gedacht. Zitate, die aus diesem Arbeitszusammenhang herausgelöst und an anderer Stelle verwendet werden, sind unter Umständen missverständlich oder auch fragwürdig. Die verwendeten Fallbeispiele sind unkenntlich gemacht und in markanten Details abgewandelt.

Dieser Text darf neugierig machen und zur Diskussion einladen. Er sollte bei größerem Interesse zur vertieften Lektüre, bspw. in Fachzeitschriften und Fachbüchern, anregen. Im Literaturverzeichnis sind Vorschläge zu finden.

28.11.07 © H. Ide-Schwarz
Klinikum Stuttgart

2

Übersicht

- 1. Einleitung**
 - Klinischer Auftrag und Versorgungsalltag
 - Definitionen
- 2. Erkennen**
 - Epidemiologie
 - Formen häuslicher Gewalt
 - Typ. Symptome
- 3. Überwinden**
 - Grundhaltungen der Helfer
 - Therapie traumatischer Erfahrungen
- 4. Grenzen der Hilfe**
- 5. Diskussion**

28.11.07 © H. Ide-Schwarz
Klinikum Stuttgart

3

1. Einleitung

Einleitung

- Säuglinge, Kleinkinder, ältere Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene
- geschlagen, gedemütigt, verletzt, geängstigt, gelähmt, traumatisiert...
- die Kleinen können darüber nichts sagen, die Großen wollen es nicht immer
- viele geben Hinweise, direkt oder indirekt
- manche schlagen zurück, manche sorgen für Aufregung, manche stiften Verwirrung

28.11.07 © H. Ide-Schwarz
Klinikum Stuttgart

5

Einleitung

- neben den Opfern die Eltern, oft Verwandte und engere Angehörige
- meist ist unter ihnen der/die Täter/in, oft dem Kind auch in Liebe und Zuneigung verbunden
- viele Vorfälle kommen nie ans Licht, bleiben lebenslang geteiltes Geheimnis
- vielen Tätern ist in deren Kindheit ähnliches widerfahren
- ... der Kreis droht sich zu schließen!

28.11.07 © H. Ide-Schwarz
Klinikum Stuttgart

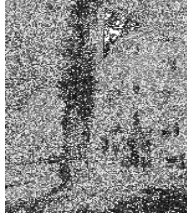
6

Die Stuttgarter Klinik

- 30 stationäre Plätze
- 10 tagesklinische Plätze
- Psych. Institutsambulanz
- Ki/Jgdl. bis 18

- Stationäre Milieuthherapie
 - Beziehungsarbeit
 - Einzel-Psychotherapie
 - Elternarbeit
 - Psychopharm. Therapie

- Stationäre Krisenintervention
- Arbeitsweise
 - Interdisziplinäre Teamarbeit, „Kleinteam“
 - Kooperation mit Niedergel., Jugendhilfe, Schulen u.a.m.

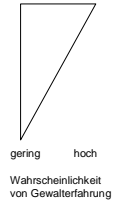


28.11.07 © H. Ide-Schwarz
Klinikum Stuttgart

7

Behandlungsspektrum

- Anpassungs- und posttraumatische Störungen
- (hyperkin.) Störungen des Sozialverhaltens
- beginnende Persönlichkeitsstörungen
- Sucht- und Abhängigkeitsstörungen
- affektive Störungen
- Angst-, Zwangs- und Essstörungen
- schizophrener Formenkreis
- tiefgreifende Entwicklungsstörungen



Gewalterfahrungen können sich mit praktisch allen Krankheitsbildern verbinden!

28.11.07 © H. Ide-Schwarz
Klinikum Stuttgart

8

Definition „Gewalt“

- „breite“ Definition: verbale, körperliche, sexuelle und seelische Gewalt – Letzteres ist die heute im Mittelpunkt stehende Problematik – sowie Vernachlässigung und Deprivation
- heute nicht impliziert:
Gewalt der Kinder/Jugendlichen gegenüber ihren Eltern (z.B. „battered parent-Syndrom“)

28.11.07 © H. Ide-Schwarz
Klinikum Stuttgart

9

2. Erkennen

Epidemiologie

Zunächst widersprüchliche Gemengelage:

- Jedes Kind muss im Schnitt 7 Mitmenschen über Gewalterfahrungen berichten, bis ihm geglaubt wird... (gängige Einschätzung)
 - > aufmerksamer sein bezüglich mögl. Gewaltopfer?!
- Bei Sorgerechtsgutachten werden in ca. 60% aller Fälle diffuse Verdachtsmomente des sex. Missbrauchs gestreut... (GA-Stelle Prof. du Bois/Stuttgart)
 - > misstrauischer werden bezüglich inflationär gestreuter Verdachtsmomente?!

28.11.07 © H. Ide-Schwarz
Klinikum Stuttgart

11

Epidemiologie

Untersuchung bezüglich unmittelbarer Gewalterfahrungen von Ki/Jgdl.:

- Uni München: bei systematischer Untersuchung 2 bis 3% aller stationär behandelten Kinder und Jugendlichen
- Kinderkliniken ohne spezialisierte Ambulanzen: nur ca. 1% wird als Gewaltopfer identifiziert

28.11.07 © H. Ide-Schwarz
Klinikum Stuttgart

12

Epidemiologie

- Seelische Gewalt – die indirekten Folgen von Gewalttätigkeiten innerhalb der Familie – ungleich schwerer zu quantifizieren
- häufiger verbreitet als direkte Gewalt (s.o.) und bezüglich der Auswirkungen keinesfalls „weniger schlimm“
- Aufgrund fließender Übergänge hier Darstellung im Kontext aller Formen von Gewalt: ...

28.11.07 © H. Ide-Schwarz
Klinikum Stuttgart

13

Vernachlässigung

betroffen insbesondere Säuglinge und Kleinkinder

- junge, verlassene, isolierte, schwache Mütter
- nicht offene Ablehnung, sondern Kind als „Kuscheltier“: dient dem emotionalen Bedürfnis der Mutter, wird achtlos zur Seite gelegt, wenn die Bedürfnisse der Mutter befriedigt sind
- Mütter melden sich durchaus in großer Not

28.11.07 © H. Ide-Schwarz
Klinikum Stuttgart

14

Körperliche Misshandlung

betrifft alle Altersgruppen

- Versorgung dieser Kinder oft „mehr schlecht als recht“, häufig Partner der Mütter beteiligt
- breite Überforderung, zugespitzte Krisen, chaotische Situationen: Impulsdurchbrüche der Erwachsenen mit Schreien, Schütteln, Schubsen, Schlagen
- Kinder tauchen in der Notaufnahme als Unfallopfer auf
- Angst der Eltern/Täter vor Entdeckung steht neben plötzlicher Panik und Sorge, den Kindern könnte „Schlimmeres“ widerfahren sein
- auch Mittel-/Oberschichtphänomen: z.B. bei autoritären, zwanghaft rigiden Familienstrukturen

28.11.07 © H. Ide-Schwarz
Klinikum Stuttgart

15

Seelische Gewalt / seelischer Missbrauch

- Kinder als direkte Beobachter großer Angst und Hilflosigkeit ausgeliefert; massive Schuldgefühle wegen ihrer Ohnmacht, nicht helfen zu können
- Kinder ahnen wie atmosphärische Seismographen das Eskalationspotential im Verborgenen geführter Konflikte; sie spüren die diffuse Bedrohung - ohne konkrete Erlebnisse damit verknüpfen zu können, die das Geschehen zumindest begreiflich und damit bearbeitbar machen würden
- Eltern schreiben ihre Konflikte den Kindern zu oder denunzieren deren Verhalten als Auslöser für ihren Streit
- Es werden unverständliche Konsequenzen angedroht, die nicht eintreten
- betroffene Kinder begehen oft impulsive Handlungen außerhalb der Familie, um sich „Luft zu verschaffen“

28.11.07 © H. Ide-Schwarz
Klinikum Stuttgart

16

Sexueller Missbrauch

Mädchen drei- bis viermal häufiger betroffen als Jungs

Diskretions-Typus

- Schutzbefehlener zieht Kind nach und nach ins Vertrauen und zugleich in sexuelle Intimsphäre
- Kind erlangt nur so emotionale Zuwendung
- körperliche Annäherungen münden typischer Weise im 10. bis 13. Lebensjahr in genitale Sexualkontakte
- aufgrund zunehmender außerfamiliärer Kontakte können sich die Betroffenen Zug um Zug zurück ziehen

Obszönitäts-Typus

- sexuelle Bedürfnisse werden in rücksichtsloser Offenheit ausgelebt: z.B. gemeinsamer Videokonsum, sex. Nötigung der Mutter vor den Augen der Kinder

28.11.07 © H. Ide-Schwarz
Klinikum Stuttgart

17

Seltene Formen

- projektiv verzerrte Interaktion mit Säuglingen: Lustäußerungen des Kindes werden mit Lustäußerungen des Partners verwechselt und (gewalttätig) abgewehrt
- Zusammenleben mit psychisch kranken Eltern: Mangel sozialer Kontakte, unberechenbare Stimmungsschwankungen der Eltern
- Münchhausen-by-proxy-Syndrom: Kindern werden heimlich Verletzungen zugefügt, um sie als „rätselhafte“ Fälle bei Ärzten vorzustellen und intensive Zuwendung zu erfahren
- Pädophile Übergriffe durch fremde Täter: angesichts der Häufigkeit innerfamiliärer Gewalt deutlich geringer ausgeprägte Problematik

28.11.07 © H. Ide-Schwarz
Klinikum Stuttgart

18

Typische Symptome der Opfer

- Übererregbarkeit, Unruhe, selektive Wahrnehmung
- Impulsdurchbrüche, Impulskontrollstörungen, Gewalttätigkeit
- Dissoziationen, Lähmungszustände, Trance
- Selbstverletzungen
- emotionale Instabilität, Stimmungsschwankungen
- „Flashbacks“
- „frozen watchfulness“

28.11.07 © H. Ide-Schwarz
Klinikum Stuttgart

19

3. Überwinden

Die erste Frage ist immer:

- **Kind akut gefährdet?**

28.11.07 © H. Ide-Schwarz
Klinikum Stuttgart

21

Grundhaltungen des Helfens

- Prävention: Kinder stark machen
- Solidarität und Verständnis gegen Isolation und Ohnmacht (z.B. Selbsthilfegruppen)
- Strafrechtliche Verfolgung als zwingende Voraussetzung der Rehabilitation der Opfer (z.B. Polizei und Justiz)
- ressourcenorientierte Unterstützung: Impulse geben, aber keine einschneidenden Entscheidungen für die Betroffenen treffen
- auch Täter als Bezugspersonen erhalten, wenn sie grundsätzlich zur Annahme von Hilfe bereit sind

28.11.07 © H. Ide-Schwarz
Klinikum Stuttgart

22

Kinder- und jugendpsychiatrische Therapie

- Häufig zufällige Konfrontation mit Gewalterfahrungen der Patienten, Verdachtsmomente entstehen im Laufe der Arbeit
- Wesentliche Ziele:
 - die Kinder dürfen außerhalb der Therapie nicht akut von Gewalt bedroht sein
 - die erfahrene Gewalt sollte immer auch als innerer Konflikt bearbeitet werden, um die subjektiven Schuldgefühle zu berücksichtigen
- Neutralität ggü Dritten, auch ggü Justiz
- keine Vermischung gutachterlicher und therapeutischer Aufträge

28.11.07 © H. Ide-Schwarz
Klinikum Stuttgart

23

Zur Vertiefung:

Der therapeutische Prozess am Beispiel traumatischer Erfahrungen

Was bedeutet „traumatisiert“?

- **extreme Diskrepanz** zwischen (lebens)bedrohlicher Situation und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten
- Eindrücke **tief in Psyche eingegraben** als „mental imprints“ = entwicklungspsychologisch früheste/primitivste Formen sensomotorischer, körperlicher und affektiver Reaktion
- desintegrierte, fragmentierte, voneinander abgespaltene = „dissoziierte“ **Erinnerungsfetzen**

28.11.07 © H. Ide-Schwarz
Klinikum Stuttgart

25

Was bedeutet „traumatisiert“?

- **nicht kommunizierbar** aus Ermangelung symbolisierbarer „Erfahrungswerte“ = Sprache
- als Erinnerung **nicht bewusst steuerbar**, sondern durch isolierte Auslöser aktiviert („Trigger“)
- traumatische Erlebnisse sind folglich **das Gegenteil** von „Erfahrungen“

28.11.07 © H. Ide-Schwarz
Klinikum Stuttgart

26

Wie reagieren traumatisierte Kinder?

instinkthafte Bewältigungsstrategien zur Überwindung akuter Bedrohung

„*fight*“, fluktuierendes Organisationsniveau mit Unruhe, Bedrohtheitsagieren und „*Fighting*“ schon bei leicht unübersichtlichen Situationen, die von Traumatisierten sofort rasterhaft als Bedrohung wahrgenommen werden

„*flight*“, Flucht und Abwehr, oberflächliches Anpassungs-Verhalten bei „flüchtiger“ kognitiver Steuerung (aber mit abgespaltenen destruktiven Anteilen!)

„*or freeze*“, Erstarrungsreaktionen und „Freezing“ zur Vermeidung bedrohlicher Beziehungs- und Konfliktmuster

28.11.07 © H. Ide-Schwarz
Klinikum Stuttgart

27

Sichere Orte schaffen

- Physische Orte der Ruhe und des Aufgehobenseins bieten
 - Im Großen: Wohn- und Lebenssituation, Zimmer, Rückzugsmöglichkeiten, Schutz, u.U. auch durch zusätzliche Beziehungsangebote
 - Im Kleinen: Zeiten für geschätzte Aktivitäten fest einhalten, spielerisch Räume erobern/gestalten (z.B. Höhlen bauen)
 - Diese Orte verteidigen gegen innere und äußere Gegner - Zerstörung, Vernachlässigung, Geringschätzung...
- Innere sichere Orte erarbeiten:
 - Üben, sich an schöne und sichere Situationen zu erinnern

28.11.07 © H. Ide-Schwarz
Klinikum Stuttgart

28

Nonverbale Botschaften entschlüsseln

- Verbindungen herstellen zwischen Verhalten, körperlichem Ausdruck und emotionalem Zustand
 - Stimmige Tagesabläufe und Regeln verlangen (z.B. nach Selbstverletzungen zwangsläufige Einschränkung auch bei geschätzten Aktivitäten)
 - Subjektive Mangelsituationen aushalten, Ersatzbefriedigungen vermeiden
 - ... bei zurückhaltender verbaler Erörterung, ohne übertriebene Aufdeckungs- und sachlogischen Aufklärungsbemühungen
- Reinszenierungen im Team reflektieren
 - Missbräuchliche, übergreifige oder auch verführerische Muster benennen
 - Schuldgefühle beachten
 - Regeleinhaltung vor Ausnahmearlaubnis

28.11.07 © H. Ide-Schwarz
Klinikum Stuttgart

29

Räume des Spielens und Denkens

- Traumatisierung zerstört das Denken, die Phantasie, das Spiel.
- Zerstörte Räume müssen neu erschaffen werden!
- Im Spiel...
 - vom Ausagieren zur interaktiven Erfahrung
 - spannungsvolle Ungewissheit positiv erleben (z.B. Versteck- und Suchspiele)
 - Vorläufer von Konfliktlösungsstrategien
 - natürliche Grenze des Spielfeldes erlaubt spielerisches Aufgreifen traumatischer Themen und dosierte Konfrontation
 - spielerische „Fassung“ des Traumatischen ist Vorstufe zur Symbolisierung, Vorstufe zum Durchdenken- und Darübersprechen-Können ohne fürchten zu müssen, dass sich die Traumatisierung immer weiter fortsetzt

28.11.07 © H. Ide-Schwarz
Klinikum Stuttgart

30

Sprache: Allzu geläufig? Bedrohlich? Hilfreich?

- Besondere Aufmerksamkeit verlangt die Sprachverwirrung der Betroffenen
 - Sprache dient oft nicht der Verständigung, sondern der Verteidigung, Abschottung, dem Verbergen.
 - Sprache unter dem Diktat des Stärkeren, vermittelte Gesetzlosigkeit, Verwirrung, Bedrohung. (z.B. Rede von „Vertrauen“ und „Liebe“ etc. angesichts sex. Missbrauchs)
 - Solche sprachliche Kommunikation verbindet die Menschen nicht, sondern hält sie ihn Schach.
- Geschichten mit geteilter Bedeutung, mit Anfang und Ende als Chance, dass sprachlicher Austausch dem Gesehen- und Erkenntwerden dient

28.11.07 © H. Ide-Schwarz
Klinikum Stuttgart

31

Bitte beachten:

- Verläufe und Entwicklungen brauchen Zeit, Rückschläge werfen zurück
- behutsame Reifungs- und Entwicklungsprozesse!
- Hilfe-Setting muss permanent gegen die (Verführung zur) Nachlässigkeit verteidigt werden
- dem Machbarkeitswahn widerstehen, man könne das Geschehene rückgängig machen

28.11.07 © H. Ide-Schwarz
Klinikum Stuttgart

32

4. Grenzen der Therapie und Hilfe

Die Grenzen des Machbaren

- Manchen kann nicht geholfen werden: sie schotten sich ab, wollen keine Hilfe, überschreiten Grenzen, gefährden andere unzulässig!
- Bevor wir oder Dritte zum Opfer der verzweifelten Opfertäter werden, muss der Selbstschutz einsetzen!
- Kein falsches Mitleid!
- Es ist besser für die Betroffenen, Realitäten zu erfahren und zu lernen, diese zu akzeptieren, als falsche Hoffnungen zu schüren und Enttäuschungen zu provozieren!
- Vor solchen Retraumatisierungen müssen die Patienten geschützt werden!

28.11.07 © H. Ide-Schwarz
Klinikum Stuttgart

34

Selbsthilfe

- Immer wieder: Bei sich selbst sein, um für den anderen da zu sein
 - Sich selbst gut schützen als Grundvoraussetzung einer haltenden Beziehung
 - Eigene Inhalte zurück halten, die die Betroffenen ablenken, verwirren und Grenzen verschwimmen lassen
- Bedeutung der Teamarbeit:
 - Die eigene Betroffenheit in den Teamdiskurs einfließen lassen = versprengte Trauma-Fetzen integrieren

28.11.07 © H. Ide-Schwarz
Klinikum Stuttgart

35

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Nun zu Ihren Fragen
und Anmerkungen...

28.11.07 © H. Ide-Schwarz
Klinikum Stuttgart

36

Literatur

- du Bois, R./Resch, F.: Klinische Psychotherapie des Jugendalters, Stuttgart 2005
- Fischer/Riedesser (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotraumatologie, München 1999
- Landesärztekammer Baden-Württemberg: Gewalt gegen Kinder, Stuttgart 2001
- Streek-Fischer: Psychotherapie von Multiple Complex Developmental Disorder (MCDD), in: Schulte-Markwort (Hrsg.): Entwicklung der Psychotherapie – Psychotherapie der Entwicklung, Stuttgart 2003