

Fachtag 15.10.2019

Traumata bei Frauen in der Wohnungsnotfallhilfe

Inhalt

- Entwicklung
- Einrichtungen für Frauen
- Aufbau Wohnungsnotfallhilfe Stuttgart
- Zahlen in Baden-Württemberg und in Stuttgart
- Frauenspezifische Hintergründe
- Die Arbeit in der Zentralen Frauenberatung
- Die Frauen in der Zentralen Frauenberatung
- Gesundheit
- Quellen

Einrichtungen für Frauen

Beratungsstellen

Tagesstätte

Notübernachtungen

Aufnahmehaus

Ambulant Betreutes Wohnen

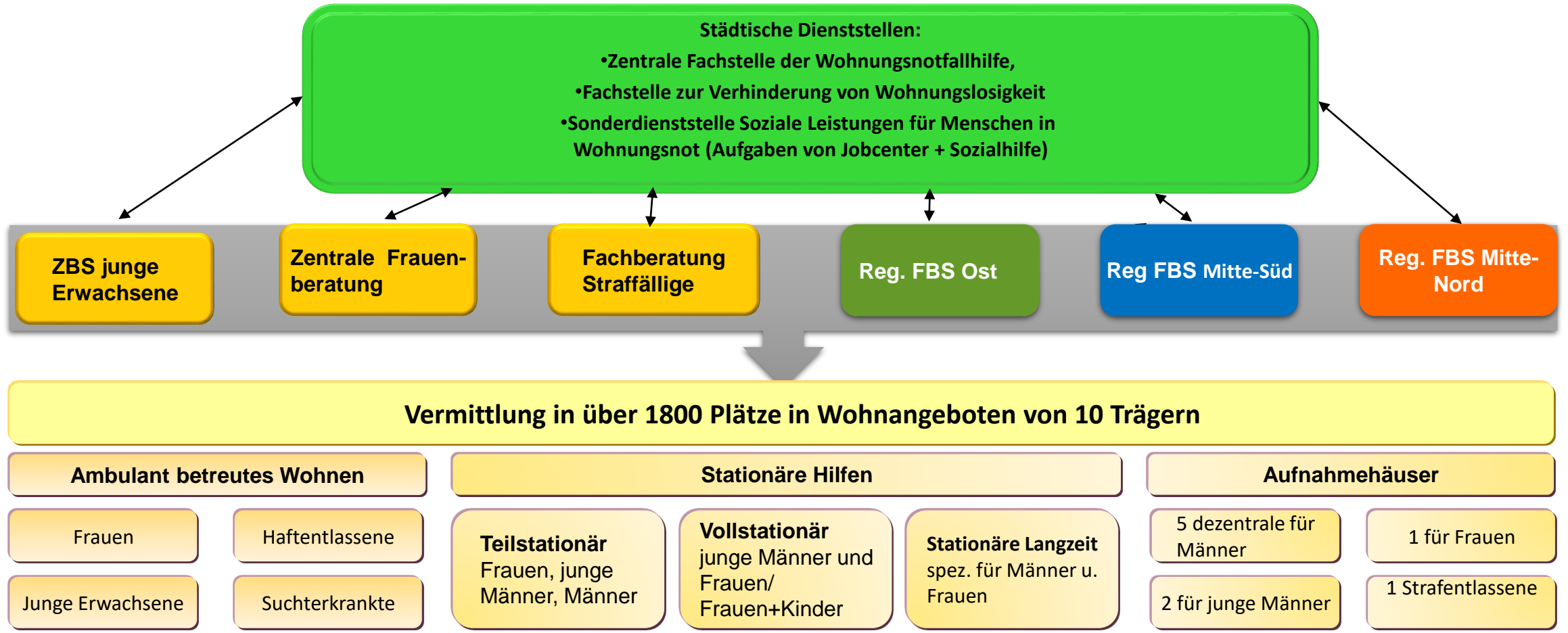
Teilstationäres Betreutes Wohnen

Vollstationäres Betreutes Wohnen

Träger:

Ambulante Hilfe e.V., ASH (Arbeiterinnen- und Arbeiterselbsthilfe e.V.), Caritasverband für Stuttgart e.V., Eigenbetrieb Leben und Wohnen, Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V., Evangelische Wohnheime Stuttgart e.V., Lagaya e.V., Sozialberatung Stuttgart e.V., Sozialdienst katholischer Frauen e.V.

Aufbau der Wohnungsnotfallhilfe in Stuttgart



Zahlen in Baden-Württemberg und in Stuttgart

Zahlen in Stuttgart 2018

- Insgesamt 6797 Fälle erfasst, davon 1572 Frauen (23,12%)
- Davon waren in den Fachberatungsstellen 4369 Fälle, davon 1010 Frauen (23,11%)
- In der Zentralen Frauenberatung waren 642, (368 Frauen bei Junge Erw., Sozialberatung, vereinzelt bei den regionalen FBS)

Zahlen in BA-WÜ 2018 (Stichtagserhebung)

- Seit 2003 führt die LIGA der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg eine Stichtagserhebung in den teilnehmenden Einrichtungen durch. Stichtag ist jeweils der letzte Freitag im September. Im Laufe der Jahre haben immer mehr Einrichtungen und Angebote an der Erhebung teilgenommen, sodass die jeweilige Hochrechnung immer genauer die tatsächliche Dimension der Wohnungslosigkeit anzeigt.
- 2018 sind insgesamt 12.147 Fälle erfasst, davon 3.316 Frauen (27,3%)

Quellen

- LIGA Stichtagserhebung 2018 (Hrsg: Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V.)
- Stuttgarter Gesamtstatistik 2018
- Empfehlung der BAG Wohnungslosenhilfe: sicherstellung bedarfsgerechter Hilfen für Frauen in einer Wohnungsnotfallsituation (Juni 2019)
- Hilfen für wohnungslose Frauen in Baden-Württemberg (Hrsg: Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V. September 2012)
- Frauenspezifische angebote der Wohnungsnotfallhilfe Stuttgart (Hrsg: „Frauenspezifische Hilfekonferenz“ September 2014)
- Caritas Verband für Stuttgart e.V., Manfred Blocher, 2019

13.00-14.30 Workshop 1: Trauma in der Fallarbeit

- Worauf müssen sich Sozialarbeiterinnen einstellen?
- Wie gehen Sie am Besten mit traumatisierten Frauen um?

1. Soziometrie

- Ich habe in meiner Arbeit oft – selten mit traumatisierten Frauen zu tun
- Viele Frauen mit denen ich arbeite haben sexuelle Gewalterfahrungen gemacht: ja – nein
- Ich fühle mich im Umgang mit den traumatisierten Frauen sicher – unsicher
- Ich habe konkrete Fragen zum Workshop mitgebracht: ja - nein

2. Austausch in Kleingruppen an Fallbeispielen

- ❖ Sie betreuen Frau M. in der Wohnungsnotfallhilfe. Sie fällt durch sexualisierte, vulgäre Sprache auf und hat häufig wechselnde Sexualpartner. Diese behandeln sie oft schlecht und nutzen sie aus. Sie wissen, dass Frau M. in ihrer Kindheit von ihrem Vater sexuell missbraucht wurde.

Wie verhalten Sie sich gegenüber Frau M.? Wie können Sie sie unterstützen?

- ❖ Frau Z. ist eine ihrer Klientinnen. In Gesprächen dissoziiert sie immer wieder. Sie bekommt dann einen Tunnelblick und ist wie weggetreten.

Wie können Sie mit der Situation umgehen?

- ❖ Frau K. kennen sie schon lange aus der Wohnungsnotfallhilfe. Sie fällt immer wieder durch starkes Suchtverhalten auf. In der Vergangenheit hat Sie auch von sexuellen Übergriffen in der Kindheit berichtet. Sie ist beratungsresistent.

Wie können Sie sie unterstützen?

- Beim 2. Fallbeispiel machte Frau Wolz praktische Übungen zur Reorientierung mit den Teilnehmenden und gab wichtige Informationen zu Dissoziation.
- Zu den Fallbeispielen 1 und 3 gab es regen Austausch. Es zeigte sich, wie wichtig die Beziehungsarbeit ist und dass die Frauen ein Vertrauen zur Mitarbeiterin aufbauen können. Die Nichtbearbeitung sexualisierter Gewalterfahrungen führt oft zu einer Selbstmedikation mit Suchtmitteln. Hier ist Traumasensibilität gefragt und auch immer wieder Psychoedukation, so dass die Frauen Zusammenhänge besser verstehen können. Wichtig ist außerdem, dass die Kontrolle immer bei der Frau bleibt (da sie bereits durch die sex. Gewalterfahrung die Kontrolle verloren hat) und Beraterinnen ihr nur Angebote machen können, sie aber nicht gegen ihren Willen z.B. zur Therapie bringen können. Es ist hilfreich, niedrigschwellige Angebote zu machen und ihr z.B. einen ersten Termin bei Wildwasser vorzuschlagen zu dem sie von der Mitarbeiterin begleitet wird, mit der Offenheit, dass es bei einem Termin bleibt und unter Einhaltung der Schweigepflicht.

3. Zusammentragen der Ergebnisse und Besprechen offener Fragen

4. Praktische Übung zur Reorientierung bei Dissoziation

- Verortung im Hier und Jetzt: Übungen zur Reorientierung (Füße, Aufstehen, Matheaufgaben, Autos am Fenster zählen, starker Geruch, aber auch Wiederholung Name d. Beraterin, Ort und Datum)

5. Abschlussübung zur Psychohygiene

„Das ist die Erde und das bin ich und alles was mich rüttelt und schüttelt, das werf ich hinter mich.“ (nach Michaela Huber)

Workshop 2: Trauma in der Fallarbeit

Folgende Fragen wurden bearbeitet:

Gibt es konkret messbare Parameter? Was bedeutet Heilung, ist Heilung möglich? Ist die mögliche Hilfe (z.B. in Traumakliniken) für unser Klientel zu anspruchsvoll?

Heilung bedeutet nicht, dass die Traumfolgen verschwunden sind. Die Traumtherapeutin Dr. Redemann hat betont, dass es wichtig ist auf die Menschen zu hören, den Fokus darauf zu richten was wichtig ist. Frau Hilsenbeck selbst sagt, sie hat häufig von der Frau gelernt wie es weiter geht.

Die Hilfeplanung ist meist viel zu verbal. Es gibt Hilfeplankarten mit dargestellten Situationen. Viele Menschen wissen nicht was sie wollen, haben einen erstorbenen Willen. Bei den Hilfeplankarten können sie erkennen und zeigen was sie erkennen. Die Frage was Heilung ist, fängt schon bei der Zielaufstellung an.

Wie gehe ich in der Beratung damit um wenn eine Frau getriggert wird und z.B. dissoziiert/dekompensiert ?

Die erste Regel ist, die Person nicht anfassen ! Sie hat evtl. sexualisierte Gewalt erlebt und kann in dieser Situation nicht differenzieren wer das Gegenüber ist. Zwei Meter davor stehen bleiben und nicht hinter die Person gehen. Sagen ich bin da, es ist alles o.k. . Beim nächsten Gespräch /Kontakt darauf ansprechen und fragen was gut getan hat, was ich tun soll was hilft, einen „Notfallkoffer“ überlegen, zusammen erarbeiten was hilft wieder zu sich zu kommen. Präventiv darüber sprechen. Wenn jemand Schaum vor dem Mund hat ist es was anderes, dann den Krankenwagen holfen. Bei einem aktiven Dissoziativen Traumazustand, z.B. aktiv schreien od. zittern, sagen ich bin Frau xy, wir sind hier in xy. Beispiel Kindersoldaten sind dann plötzlich wieder im Krieg sind. Wenn andere mit im Raum sind, Türe aufmachen, diese aus der Situation holen, die anderen in Sicherheit bringen. Stopp sagen „das brauchen Sie nicht machen“.

Frauen lösen in Gruppen, beim Zusammenleben gegenseitig Trauma aus in dem sie sich ihre Geschichte erzählen. Wie ist damit umzugehen?

Die Aufgabe der Mitarbeiterin ist die anderen zu schützen. Hierzu zählt, ganz konkrete Spielregeln aufstellen, wie z.B. hier werden nicht die Gewalterfahrungen erzählt, wir sprechen nur in Einzelgesprächen darüber. Es ist wichtig die Gruppe aufklären wofür diese Schutzregel ist. Die Aufklärung möglichst sachlich und objektiv, eher mit Seminarcharakter, ressourcenorientiert, wertschätzend, nicht zu lange, nur ca. 1/2 Std. Die anderen Frauen davor warnen nicht zu viel sich anzuhören. Rücksichtnahme aufeinander einfordern. Gut ist die Konzepte und Erfahrungen mit anderen Kolleginnen austauschen.

Gibt es ein Genderbewußtes Konzept, geschlechterpsefizische Anforderungen ? Sind die Anforderungen in der Frauenarbeit anders wie bei Männern?

Im biologischen Prozess gibt es keine Unterschied, in der Psychosozialen Verarbeitungsstrategie mit der Geschlechterrolle, was akzeptiert ist, ja. z.B. in Ohnmacht fallen. Jede Zeit, jede Subkultur erlaubt z.B. Tanzrituale um in der Körper zurückzufinden. Auch für Männer ist es schwierig wenn sie vergewaltigt worden sind, z.B. gibt es Rituale in in Soldatengruppen, das ist ein Riesentabuthema sie scheuen sich darüber zu sprechen.

Welche Haltung ist in der Sozialen Arbeit gegenüber Traumatisierte Personen notwendig?

Grundsätzlich ist es wichtig vorsichtig zu sein, nur in ganz kleinen Schritten vorzugehen und zu stabilisieren. Die Wohnunglosenhilfe und auch die Sozialpsychiatrie ist die Stabilisierungsphase für Früh- und Komplextraumatisierte Menschen. Retraumatisierung erfolgt eh die ganze Zeit. Unserer Aufgabe ist diese nicht zu fördern, sondern wenn z.B. die Frauen erzählen sich einzuschalten und aus der mit Situation gehen, auch ganz konkret.

Eine wichtige Info war, dass die Beratungsstellen die sich auf traumatisierte Klientinnen spezialisiert auch die Aufgabe haben Kolleginnen zu beraten, die nicht mehr weiter kommen/können.

Gibt es eine Arbeitgeberpflicht den Personalschlüssel entsprechend zu gestalten ?

Arbeitgeber haben eine Fürsorgepflicht gegenüber ihren Mitarbeiterinnen. Ein ausreichender Personalschlüssel ist wichtig und muss ausgehandelt werden. Schwierig in Zeiten des Fachpersonalmangels, nicht alle Stellen können sofort ersetzt werden. (Was bringen Wohlfühltag wenn nicht genügend Personal vor Ort ist) Grundsätzlich gilt: eine Mitarbeiterin muss auch für sich selbst sorgen, sonst geht es nicht.

Kann Fr. Hilsenbeck Literaturempfehlungen geben?

Frau Hilsenbeck reicht diese nach, sie können in der Tagungsdokumentation nachgelesen werden.

Polina Hilsenbeck; Traumaexpertin
Ursula Leutert-Ehring Leiterin Neeffhaus

Workshop 3: Trauma und die Schnittstelle zwischen Wohnungsnotfallhilfe und Sozialpsychiatrie

Moderation: Stefanie Naumer, Sozialpsychiatrischer Wohnverbund der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart, e.V.

Assistenz: Jacqueline Damm, Lagaya e.V.

1. Begrüßung

2. Vorstellung des Projektes „Clearingwohnen“ für psychisch kranke wohnungslose Frauen ohne Compliance, Sonderform des Ambulant Betreuten Wohnens im Aufnahmehaus des Neeffhauses (2008-2009)

Um eine Idee von einem gelungenen Zusammenwirken von Sozialpsychiatrie und Wohnungsnotfallhilfe zu erhalten, stellt Stefanie Naumer ein Projekt des sozialpsychiatrischen Wohnverbunds, Büro für Frauenspezifisches Wohnen, und dem Neeffhaus vor. Kernpunkt des Projektes war, dass eine Mitarbeiterin des Wohnverbundes mit 40% ihrer Arbeitszeit im Neeffhaus mitarbeitete und ein Büro und feste Anwesenheitszeiten im Neeffhaus hatte. Dadurch war eine enge Verzahnung der beiden Hilfesysteme geschaffen und der Zugang zu einer Mitarbeiterin der Sozialpsychiatrie sehr niederschwellig. Durch diesen niederschweligen Zugang konnten psychisch kranke und traumatisierte Frauen erreicht werden, die von sich aus nicht in der Lage gewesen wären, Hilfe aufzusuchen.

3. Gruppengespräche

Innerhalb von Kleingruppen findet ein Austausch zu den Erfahrungen und Schwierigkeiten hinsichtlich der Schnittstellen zwischen Wohnungsnotfallhilfe und Sozialpsychiatrie statt.

Bei dem anschließenden Gespräch im Plenum wird deutlich, dass bereits gute Schnittstellenvernetzungen bestehen (z.B. ASH, Frauenpension mit eingestreuten Plätzen nach §53, Biberturm, Wasenstr.), doch weiterhin bedarfsgerechte Lösungen fehlen.

Vor allem in akuten Situationen bzw. bei Personen mit komplexen Problemlagen ist es weiterhin schwierig, schnelle Lösungen und damit eine schnelle Anbindung an die Sozialpsychiatrie zu realisieren. Dies hängt zum einen damit zusammen, dass der Zugang in die Sozialpsychiatrie für den Personenkreis häufig zu hochschwellig ist. Zum anderen besteht oft auch eine Skepsis gegenüber der Sozial-Psychiatrie, wenn negative Erfahrungen in einer psychiatrischen Klinik gemacht wurden und im Anschluss an die Behandlung eine Stigmatisierung aufgrund der Diagnosestellung erlebt wurde. Die Aufnahme in ein Unterstützungsangebot nach §53 SGB XII ist u.a. für traumatisierte, wohnungslose Frauen auch deshalb so schwierig, weil sie schon bei der Vorbereitung der Aufnahme detailliert über sich und ihre Schwierigkeiten Auskunft geben müssen. Dies wird mitunter als „beschämend und als Seelenstrip“ erlebt.

Als weitere Schwierigkeit an der Schnittstelle wird der Wechsel der Bezugspersonen gesehen, der bei einem Wechsel der Hilfesysteme häufig stattfindet. Es wird beschrieben, dass einige traumatisierte wohnungslose Frauen ihre „professionelle Bezugsperson“ in der Wohnungsnotfallhilfe verortet sehen und deshalb eine

Integration der sozialpsychiatrischen Hilfen innerhalb des Systems der Wohnungsnotfallhilfe erforderlich ist. Hier wird beispielhaft auf KollegInnen aus der Suchthilfe hingewiesen, die durch das CMBA Projekt fast in allen Fachberatungsstellen der WNH und in einigen stationären Angeboten regelmäßig vor Ort sind. An der Schnittstelle Wohnungsnotfallhilfe und Psychiatrie bestehen im stationären Bereich der Wohnungsnotfallhilfe i.d.R. bessere Vernetzungen als im ambulanten Bereich. Hier wird psychiatrische Fachkompetenz in die Räume der Wohnungsnotfallhilfe implementiert, z.B. in Form von PIA-Sprechstunden und SpDi-Sprechstunden. Im ambulanten Bereich wird auf das neue Projekt Wasenstr. (ABW) hingewiesen, bei dem ein gemeinsames Team aus Wohnungsnotfallhilfe und Psychiatrie Menschen aus dem 67er und 53er Bereich betreut. Ein Wechsel des Systems ist ohne Bezugspersonenwechsel möglich.

4. Forderungen

Um in Zukunft eine bessere Verzahnung der beiden Hilfen gewährleisten zu können, werden mögliche Lösungen erarbeitet:

- *„Aufweichung“ der „§53 und §67 SGB XII-Systeme“ auf politischer Ebene*
Um bedarfsgerecht arbeiten zu können, gilt es die starre Trennung der beiden Systeme zu lockern und wenn nötig auch Doppelfinanzierungen zu ermöglichen. So wäre gewährleistet, dass die Person im vertrauten Unterstützungssetting bleiben kann, aber auch hinsichtlich des sozialpsychiatrischen Bedarfs angemessen unterstützt wird.
- *Zugang zur 53er Hilfe muss niedrigschwelliger sein*
Der Wechsel in die 53er Hilfe ist für viele traumatisierte und wohnungslose Frauen zu hochschwellig. Hierbei sind die hohen Barrieren zu hinterfragen.
- *Idee: Aufnahmehaus für Sozialpsychiatrie*
Um eine schnelle und niedrigschwellige Unterstützung zu gewährleisten, wäre die Schaffung eines eigenen Aufnahmehauses der Psychiatrie eine Möglichkeit der Clearingarbeit. Voraussetzung hierfür wäre allerdings ein niederschwelliger Zugang analog der Wohnungsnotfallhilfe.
- *Feste Zeiten von Personal aus der Sozialpsychiatrie in den Tagesstätten der WNH/ Eigenes Angebot innerhalb der WNH mit Personal aus WNH und Sozialpsychiatrie*
Da viele wohnungslose und psychisch Kranke Frauen nicht in der Sozialpsychiatrie ankommen, ist es sinnvoll, die Hilfe zu den Frauen zu bringen und sie hierbei in ihrem vertrauten „Unterstützungssystem“ anzutreffen.
- *Beständige Bezugsperson, die zwischen beiden Systemen bestehen bleibt*
Aufgrund der immer wieder auftretenden Beziehungsabbrüche wäre eine ideale Vorstellung, dass es Professionelle gibt, die zwischen den beiden Systemen bestehen bleiben (Stichwort. Brückenteams? Wasenstr.).
- *Ausweitung des Angebotes §67+ SGB XII*
Um eine direkte Anbindung an den §53 SGB XII zu vermeiden, wäre die Schaffung von weiteren Angeboten §67+ SGB XII, wie es vonseiten der ASH angeboten wird, denkbar. Hierbei handelt es sich um eine intensivere Betreuung von, in diesem Fall, Frauen, die psychisch stark auffällig sind, aber keine Diagnose oder Krankheitseinsicht vorliegt.
- *Zugang zu psychiatrischen + psychotherapeutischen Angeboten schaffen*

Die Barrieren zur Anbindung an psychiatrische und psychotherapeutische Angebote müssten, um eine angemessene Versorgung des Personenkreises zu gewährleisten, abgebaut werden und ggf. Kooperationen geschaffen werden.

- *Zugang zur PIA (GPZ) niedrigschwelliger gestalten*

Die Komm-Struktur in der PIA sowie die starre Terminvergabe stellt für den Personenkreis aus der WNH oftmals Schwierigkeiten dar, sodass hier an weiteren Lösungsideen gearbeitet werden müsste, um niedrigschwelligere Zugänge zu schaffen. Auch ist zu hinterfragen, aus welchem Grund gewisse Diagnosen nicht bedient werden und ob man dies verändern könnte.

- *Verzahnung der Gremien*

Um die Hilfesysteme zusammenzubringen und Verständnis für die jeweiligen Strukturen und Aufgaben zu erlangen, ist eine Verzahnung der Gremien ein denkbarer Weg zu einem regelmäßigen Austausch.

- *Wohnraum*

Die bestehende Wohnungsnot ist ein großes Problem. Eine eigene Wohnung ist für viele Frauen ein elementares Grundbedürfnis, das vor allem anderen zur Verbesserung der psychischen Verfassung beiträgt.

Durch die bestehende Wohnungsnot ‚verstopfen‘ die Einrichtungen zusehends, was in der Folge dazu führt, dass viele Frauen nicht mehr adäquat versorgt werden können.

Workshop 4: Was brauchen Frauen in der Wohnungsnotfallhilfe?

Beispiele und Fragen aus der Praxis zu frauenspezifischen Bedarfen in der Wohnungsnotfallhilfe.

Alle Teilnehmenden sind Fachpersonen, daher gemeinsame Erarbeitung des Themas unter 4 Fragestellungen

1. Wie begegnen mir die besonderen Bedingungen für Frauen in meiner aktuellen Praxis?

- Verdeckte Wohnungslosigkeit, schwieriger Zugang, schnelleres erneutes „Abtauchen“
- Wenig Geld/wenig Macht; leben in Beziehungen, haben Kinder
- Anerkennung der Biographie der Frauen
- Berücksichtigung des eigenen Rollenbilds der Frau
- Besondere Verhaltensmuster („Auffälligkeiten“, Sucht) können Halt geben
- Aufrechterhaltung von Kontakt zu den Kindern ist oft aufgrund der äußeren Bedingungen schwierig oder gar nicht möglich
- Existenzielle Fragen stehen im Vordergrund, Gesundheitsthemen (z.B. Vorsorgeuntersuchungen) haben niedrige/keine Priorität; kontinuierliche Begleitung ist hier notwendig

2. An welchen Stellen zeigen sich für mich Schwierigkeiten, weil Frauen traumatisiert sind?

- Misstrauen, Empfindlichkeit, stark wechselnde Stimmungen, Bindungsangst
- Scham, Schuld, niedriges Selbstwertgefühl
- Sucht als Bewältigungsstrategie
- Kommunikation schwierig, Balance zwischen Nähe und Distanz
- Keine „Krankheitseinsicht“
- Psychologische/psychiatrische Hilfen greifen unzureichend, Zugang zu medizinischer Behandlung gestaltet sich schwierig
- „sprengen“ das Hilfesystem bzw. einzelne Einrichtungen
- Trigger durch Wohnumfeld, z.B. im gemischtgeschlechtlichen Sozialhotel, brauchen Schutzraum

3. Hilfreiche Strategien und hilfreiche Strukturen

- Konstanz/Zuverlässigkeit (z.B. in der Anwesenheit)
- Vertrauen, Verschwiegenheit
- Zuhören
- Wertfreie Kommunikation, in der Beratung bei sich bleiben und wahrgenommene Irritationen/Widersprüche aufzeigen
- Individuelle Bewältigungsstrategien anerkennen, wertschätzen („Ich habe überlebt, ich bin stark“)
- Auf „Marotten“ eingehen, z.B. Frau H. behauptet, sie heiße B, dann mit B anreden
- Anerkennung der Biographie
- „Eigensinnige“ Wahrnehmung der Frauen ernst nehmen
- Scheinbar „unnormales, krankes“ Verhalten ist auch Schutz und hat einen gesunden Anteil

- Haltung der Mitarbeiterin: Nicht Schuld/Fehler sind im Focus, sondern die Ressourcen und Stärken der Frau
- Rückzugsmöglichkeit
- Der Frau und sich selbst die notwendige Zeit geben (dürfen)
- Psychohygiene
- Fachliche Unterstützung
- Nachtdienst als Schutz
- Berücksichtigung von und Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Erwartungen (Rollenbilder, „Rabenmütter“, etc.)
- Schutzraum, Frauen beraten Frauen
- Gute Netzwerkarbeit mit anderen Beratungsstellen

4. Was brauche ich als Mitarbeiterin? Was brauche ich vom Team bzw. brauchen wir als Team?

- Gute Teamarbeit, kollegiale Beratung, stärkendes Umfeld
- Möglichkeit, mich mit Kolleginnen auszutauschen, auch außerhalb des eigenen Arbeitsplatzes
- Supervision
- Gutes internes Arbeitsklima, um äußere Belastungen zu kompensieren
- Unterstützung durch die Vorgesetzten
- Fachwissen: Input und Austausch
- Sensibilisierung aller Mitarbeiter*innen bezüglich Traumatisierung und genderspezifischer Arbeit
- Klarheit darüber, wo die Grenzen der eigenen Tätigkeit liegen, Wissen über spezifische Angebote für traumatisierte Frauen
- Spezifisches Wissen zu geschlechtersensiblen Themen und frauenbezogenen Themen (gesellschaftlich, psychologisch, historisch)

Marion Römmele; fetz Frauenberatungs- und Therapiezentrum Stuttgart e.V.
Heidrun Hiller, ASH Frauenwohnprojekt

Workshop 5: Ärztliche Aspekte im Umgang mit traumatisierten Frauen

Workshop 5 setzte sich aus SozialarbeiterInnen aus verschiedenen Städten und Landkreisen sowie Einrichtungen mit sehr unterschiedlichen Konzeptionen zusammen. Trotzdem herrschte bei den

Erfahrungen mit Ärzten, Krankenhäusern und ärztlicher Versorgung allgemein

Übereinstimmung in folgenden Punkten:

- Hausärzte und Fachärzte (anderer Fachrichtungen als der Psychiatrie) sind häufig nicht für den Umgang mit Traumatpatientinnen sensibilisiert. Es steht zu wenig Behandlungszeit zur Verfügung, um sensibel auf deren Belange einzugehen. Für Frauen in der Wohnungsnotfallhilfe ist der Zugang zum Gesundheitssystem oft zu hochschwellig (Termine, Wartezimmer-situation)
 - o Es bieten sich Kooperationen mit Arztpraxen an, die ein Gespür und auch die Geduld für Traumatpatientinnen haben.
 1. Häufig ist es hilfreich, wenn eine Sozialarbeiterin die Traumatpatientin zum Arzt begleitet.
- Zumindest in den großen Städten besteht ein gutes, ausdifferenziertes Angebot für eine traumatherapeutische Behandlung. Die Wartezeiten auf einen Therapieplatz sind aber viel zu lang und die Therapieangebote oft zu sprachbezogen.

Folgende **Verbesserungsvorschläge zur medizinischen Versorgung** wurden in der Gruppe diskutiert:

- Schnellerer und niederschwelliger Zugang zu traumaspezifischen Hilfen. Schaffung einer Traumaambulanz.
- Besseres Entlassmanagement aus Krankenhäusern (keine Entlassung am Freitag)
 - o Hierbei bietet es sich an, mit häufig vermittelnden Krankenhäusern in den direkten Dialog zu gehen.
- Mehr Therapeuten und damit mehr Therapieplätze durch mehr Ausbildung von Traumatherapeuten und mehr Zulassungen durch die Krankenkassen auch für Kunsttherapien etc.
- Verständnisvolle, wertschätzende Betreuung von Traumatpatientinnen durch Haus- und Fachärzte. Diese sollten ein höheres Zeitkontingent für Traumatpatientinnen zur Verfügung haben.
- Therapeuten sollten sich dem Klientel anpassen und nicht umgekehrt. Wir wünschen uns Therapiemöglichkeiten in einfacher deutscher Sprache, in der Muttersprache der Patienten, gestalterische Therapieformen beispielsweise für Menschen mit einer Behinderung sowie Hausbesuche wo nötig.
- Schaffung einer Einrichtung zur stationären Krisenintervention für schwer traumatisierte Frauen, um belastende und unnötig lange und teure Aufenthalte auf psychiatrischen Akutstationen zu vermeiden.

Wir haben in der Gruppe einzelne **Symptome und Verhaltensweisen** herausgegriffen, die im Kontakt mit Traumapatientinnen beobachtet wurden und gemeinsam überlegt, wie wir **als SozialarbeiterInnen damit umgehen können**:

- Mangelndes Vertrauen gegenüber Ärzten: Es wurde beschrieben, dass viele Informationen, die für die ärztliche und therapeutische Behandlung wichtig wären, der Sozialarbeiterin bekannt waren, die Patientin sie aber dem Arzt nicht mitteilen wollte.
 - o Es ist rechtlich so, dass die Patientin selbst entscheidet, wie viel sie gegenüber den Ärzten preisgeben will. Es kann also nur mit viel Geduld immer wieder versucht werden der Patientin zu helfen, sich Ärzten gegenüber zu öffnen.
- Selbstverletzendes Verhalten
 - o Hilfe anbieten aber ohne Erfolgsdruck und Gesprächsbereitschaft signalisieren, ohne Erwartungen. Grenzen benennen, bei denen notwendigerweise eine ärztliche Behandlung erfolgen muss.
- Sucht als Eigenmedikation
 - o Über die möglichen Folgen des Konsums aufklären, über die Möglichkeiten von Psychopharmaka aufklären. Akzeptieren, wenn die Patientin Medikamente dennoch ablehnt.
- Promiskuitives Verhalten
 - o Bei Haus- oder WG-Versammlungen thematisieren, wenn mehrere Bewohner involviert sind
 - o Falls möglich: Vermittlung in ein frauenspezifisches Angebot.
- Essstörungen
 - o Ansprechpartnerin sein und Vertrauen aufbauen
 - o Über Folgen des extremen Essverhaltens aufklären
 - o Grenze für Zwangsmaßnahme festlegen (wenn das Untergewicht lebensgefährlich wird und dadurch auch die kognitiven Fähigkeiten eingeschränkt werden).
- Reinszenierung des immer gleichen Verhaltens, dass jedes Mal negativ endet
 - o Nicht das Verhalten, aber die Tatsache, dass die Traumapatientin sich mit ihrer Not an uns wendet, wertschätzen.

Dr. med. Weigel; Psychiaterin
Michelle Schneider; Stellv. Einrichtungsleitung Neeffhaus.

Außerdem wurde diskutiert,

wie wir SozialarbeiterInnen für uns selbst sorgen können

(Stichwort: Compassion Fatigue)

- Kollegiale Beratung (In Teambesprechungen oder auch mit einzelnen KollegInnen in einem Pausenraum)
- Supervision
- „eine Runde um den Block“ gehen, um den Kopf wieder frei zu bekommen. Falls möglich dabei ins Grüne spazieren.
- Die Verantwortung zumindest teilweise auch wieder an die Traumapatientinnen zurückgeben, indem man z.B. thematisiert, wie hilflos man als Helfer ist, wenn das Gegenüber keine Hilfe annimmt. Humor wurde hier als wichtiges Stilmittel empfohlen.
- Für sich selbst auch immer wieder den Fokus darauf legen, für wie viele Traumapatientinnen schon sehr viel erreicht wurde, nicht nur die Fälle im Blick haben, bei denen man nicht weiter kommt.

Ärztliche Aspekte im Umgang mit traumatisierten Frauen.

Wie ist der medizinische Blickwinkel auf Traumata und was bedeutet dies für die soziale Arbeit mit traumatisierten Frauen?

Es gibt Frauen, die in der Kindheit und Jugend mehr oder weniger schwere Traumatisierungen erlebt haben und die trotzdem später ihr Leben sozial einigermaßen unauffällig meistern – auf Grund einer guten psychischen Widerstandsfähigkeit und rechtzeitiger familiärer oder psychotherapeutischer Unterstützung. Je früher aber die Traumatisierung beginnt, je schwerer und häufiger sie ist und je ungünstiger das familiäre Klima ist, desto häufiger kommt es zu psychischen Problemen und Krankheiten, desto schlechter gelingt die berufliche und familiäre Entwicklung und desto häufiger kommt es zu sozialen Notlagen. Schätzungen und genauere Untersuchungen in 2 Sozialpsychiatrischen Diensten (Bad Cannstadt und Stuttgart Nord) haben ergeben, dass etwa 30-50 % der Frauen und 20-30% der Männer eine schwere psychische, körperliche oder sexuelle Traumatisierung erlebt haben - dabei gibt es noch eine erhebliche Dunkelziffer. Das dürfte im Bereich der Wohnungsnotfallhilfe nicht anders sein.

Die 1. Schwierigkeit besteht schon darin, die Traumagenese überhaupt zu erkennen, denn manchen Betroffenen ist sie gar nicht bewusst oder sie wollen nicht darüber sprechen – aus Angst vor den schlimmen Erinnerungen, aus Scham und Schuldgefühl, aus Angst, für verrückt gehalten zu werden oder wegen der Erfahrung, dass man ihnen doch nicht glaubt.

Wenn eine Patientin in meine psychiatrische Sprechstunde kommt, muss ich nach einem bestimmten Plan vorgehen.

Als 1. beobachte ich sie und lasse mir ihre Beschwerden schildern, um die aktuellen SYMPTOME kennen zu lernen.

Die sind bei Traumapatientinnen sehr vielseitig und häufig unspezifisch. Die Patientinnen stellen sich z.B. wegen Depressionen, Panikattacken, Wutausbrüchen, Eßstörungen oder körperlicher Beschwerden vor und sehen oft keinen Zusammenhang mit der Traumatisierung oder wissen auch gar nichts davon.

Neben diesen *affektiven und psychosomatischen* Störungen ist es wichtig, *kognitive* Störungen zu erkennen. Das sind Erinnerungsverluste, Dissoziationen und Denkverzerrungen mit Veränderungen der Lebenseinstellung: überall droht Gefahr; niemandem ist zu trauen; das Furchtbare geschieht gerade jetzt; ich bin selbst schuld, weil ich so böse bin, Amnesien usw. Dabei spielen auch Hirnveränderungen im Bereich der Regulierung von Affekten, des Immunsystems und der Gedächtnisspeicherung eine Rolle.

Wie tiefgreifend die Symptome auch das soziale Verhalten beeinträchtigen, erkenne ich meist erst im weiteren Gespräch, wenn ich eine BIOGRAPHISCHE ANAMNESE erhebe. Das ist bei Patientinnen mit Traumaerfahrungen besonders schwierig. Oft können sich die Frauen an ihre Kindheit nicht erinnern, die Erinnerungen sind fragmentiert. Vieles ist scham- und schuldbesetzt oder sie fürchten, dass die Erinnerungen Flash-backs triggern. Es braucht in der Regel mehrere Kontakte, in denen Vertrauen aufgebaut wird, ehe die Patientinnen nach und nach über ihre Erlebnisse sprechen können.

Besondere Sorgfalt braucht es, um dissoziative Symptome zu erkennen wie Amnesien, pseudoneurologische Symptome, dissoziativen Stupor oder eine dissoziative Persönlichkeitsstörung (früher multiple Persönlichkeit genannt).

In weiteren GESPRÄCHEN können dann auch pathologische Verhaltensweisen wie Bindungsstörungen, Beziehungsabbrüche, pathologische Opferhaltung, Prostitution, Suchtverhalten u.a. deutlich werden.

Trauma-Patientinnen sind zudem infekтанfälliger oder müssen wegen Selbstverletzungen, gynäkologischer oder anderer Krankheiten nicht-psychiatrisch arbeitende Ärzte aufsuchen. Wenn körperliche, apparative und Labor- UNTERSUCHUNGEN nötig sind, ist ganz besonders Rücksicht zu nehmen auf das Schutzbedürfnis der Frauen vor Berührungen.

Diese Untersuchungen münden in die DIAGNOSE bzw. bei Traumapatientinnen häufig in mehrere Diagnosen. Neben der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und der Komplexen Persönlichkeitsstörung, die bei sehr früh beginnenden, wiederholten und schweren Übergriffen auftritt, werden oft eine Reihe anderer Störungsbilder diagnostiziert wie Depressionen, Angsterkrankungen mit Phobien oder Panikattacken, Zwänge, Suchterkrankungen und Eßstörungen, psychogene Anfälle, psychosomatische Erkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen wie eine Borderlinestörung.

Besonders schwierig ist die Differentialdiagnose zwischen einer Psychose und einer komplexen dissoziativen Persönlichkeitsstörung. Wenn die Klientinnen von inneren Stimmen sprechen, sich bedroht und beeinflusst fühlen, über Fremdheitsgefühle klagen oder sie ihre Gedanken nicht kontrollieren können, werden sie leicht fälschlich als Schizophrenie diagnostiziert und behandelt. Es gibt Screening-Instrumente wie standardisierte Fragebögen etc., um dissoziative Symptome zu diagnostizieren. Es gibt auch Unterschiede, auf die Sie achten können: so sind Amnesien nicht typisch für Psychosen - andererseits gibt es bei dissoziativen Persönlichkeitsstörungen keine Störung des Realitätsbezugs, keinen Autismus, keine Affektverflachung.

Die genauen Diagnosen sind wichtig, um die richtige THERAPIE einzuleiten. Traumafolgestörungen werden in erster Linie ambulant und psychotherapeutisch behandelt. Am meisten Erfolg versprechen traumafokussierte Psychotherapien, zu denen auch die EMDR gehört. Begleitend oder um die oft langen Wartezeiten zu überbrücken, ist manchmal aber eine symptomorientierte medikamentöse Behandlung notwendig mit bestimmten Antidepressiva oder Neuroleptika (Mittel gegen psychotische Symptome). Tranquilizer wie Tavor, die abhängig machen können, sollten nur kurzzeitig bei akuten Krisen eingesetzt werden oder es sollte ganz auf sie verzichtet werden.

Außerdem ist die ärztliche Mitbehandlung wichtig, um Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und andere Atteste auszustellen, Gutachten anzufertigen, stationäre Reha- Maßnahmen einzuleiten oder in Krisen Krankenhauseinweisungen vorzunehmen.

Dr. med. Gabriele Weigel

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing