



„Ein Auge weint, das andere ist blind...“ – Psychische Folgen häuslicher Gewalt und ihre innerfamiliäre Dynamik

Dr. P. Kriependorf

Klinisch Psychologische Leitung

Internistisch-Psychosomatische Fachklinik Hochsauerland



- 25 % aller Frauen in der BRD zwischen 16 und 85 J. haben in ihrem Leben Gewalt in der Beziehung erlebt („Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“, BMFSFJ 2004 u. „Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen“, BMFSFJ 2012)
- 50% aller Tötungsdelikte an Frauen werden vom Partner oder Ex-Partner verübt
- Frauen ohne Bildungsabschluss erleiden doppelt so häufig Gewalt wie Frauen mit niedrigen oder mittleren Abschlüssen (28 versus 13%)
- Frauen ab 45J. mit hoher Bildung erleiden ebenfalls signifikant häufiger Gewalt, auch häufig schwere Gewalt (27% im Vergleich zu 15-17% mit niedrigem oder mittlerem Abschluss)

- 65% der Frauen, die körperliche oder sexuelle Gewalt durch Partner erfahren, haben körperliche Verletzungsfolgen (weniger als 10% erstatten polizeiliche Anzeige)
- Ein Drittel dieser Frauen benötigte medizinische Hilfe
- 56-83% der Frauen erleiden psychische Beeinträchtigungen (am häufigsten nach psychischer Gewalt, gefolgt von sexueller und körperlicher Gewalt)
- 36% der Frauen nach körperlicher/sexueller Gewalt gaben Depressionen an, 46% der Frauen nach psychischer Gewalt
- 30% langfristige psychosoziale Folgen (Trennung, Umzug, Arbeitsplatzwechsel/verlust)

Häufige psychische Beeinträchtigungen nach Gewalt

- Depressionen ca. 40-50%
- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), 50% nach sexueller Gewalt
- Dissoziative Störungen (sehr ausgeprägte Erinnerungslücken, funktionelle Einschränkungen, z.B. Gehstörungen, Seh- oder Hörstörungen)
- Borderlinepersönlichkeitsstörungen (sehr hoher Prozentsatz in Gewaltfamilien, gekennzeichnet durch emotionale Instabilität und geringe Stresstoleranz)
- Dissoziative Identitätsstörung (Multiple Persönlichkeit, sehr häufig bei Überlebenden von organisierter Pädokriminalität oder Kultkriminalität)
- Sucht

Depressionssymptome (ICD-10, DSM IV)

- Depressive Stimmung
- Verlust von Interessen oder Freude
- Verminderte Energie
- Konzentrationsprobleme
- Verlust von Selbstwert und Selbstvertrauen
- Selbstverletzung, Suizidversuche
- Schlafstörung, Unruhe, Gewichtsveränderungen, geschwächtes Immunsystem

- **Leichte depressive Episode**, F32.0, 4 Kriterien erfüllt, nicht sehr ausgeprägt
- **Mittelgradige depressive Episode**, F32.1, kann nur schwer soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortsetzen
- **Schwere depressive Episode**, F32.2, erhebliches Maß an Verzweiflung und Agitiertheit, hohes Suizidrisiko
- Depressive Episode F32.3, **schwer mit psychotischen Symptomen**
- Das **somatische Syndrom** ist bei einer mittelgradigen depressiven Episode oft, bei einer schweren fast immer vorhanden (F32.11; F32.21) und betrifft den Schlafrythmus, Appetit, Agitiertheit bzw. Hemmung, und Libidoverlust.
- **Rezidivierende depressive Störungen** sind durch Wiederholung gekennzeichnet (F33.0, F33.1, F33.2)

- Dauerhafte Gewalterfahrungen führen zu chronischen Stressreaktionen
- U.a. zu Depressionen als chronischer Stressreaktion
- Mit neurologische Veränderungen, z.B. Serotoninabfall mit Einengung des Denkens und Fühlens, Schlafstörungen
- Mit immunologische Veränderungen: Gefahr für Entzündungen, Krebserkrankungen und Autoimmunerkrankungen nimmt zu
- ZNS reguliert Immunaktivität und umgekehrt (vgl. hierzu auch Schubert, neue Ergebnisse der Psychoneuroimmunologie)

- Depressive Mütter und Väter haben Wahrnehmungsdefizite, d.h. sie nehmen ihre Kinder nur eingeschränkt wahr (Lächeln des Babys wird übersehen, vgl. Brisch 2007, 2008, 2009)
- Depressive Eltern haben eine reduzierte Mimik und Gestik, können in der Eltern-Kind-Interaktion nur eingeschränkt mitschwingen (Still Face Experimente, Tronick et al. 1987)
- Wiederholte frustrane Kontaktversuche des Kindes führen zu hoher Stressbelastung beim Kind, Folge Unruhe und Schreien
- Dies führt zu Stressbelastung bei der Mutter mit Selbstentwertung und Schuldgefühlen, Folge vermehrte Depression
- Teufelskreis von Depression und unsicherer Bindung, Borderline Persönlichkeitsstörung und Problemverhalten in der nächsten Generation entsteht

Still face experiment, Tronick 1979

An experiment entitled “Still Face Experiment” shows how babies react when they do not manage to interact with their mothers.



Still face experiment



Was ist eine Dissoziation?

- **Dissoziation** oder auch **Konversionsstörung** ist der teilweise oder völlige Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen (nach ICD-10)
- D.h. Dissoziation ist ein **Abspaltungsmechanismus** im Gehirn zum Zweck der Schmerzvermeidung, er kann kognitiv, aber auch sensorisch oder motorisch erfolgen.
- Dissoziationen treten häufig nach traumatischen Ereignissen im Zusammenhang mit posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) auf.



Dissoziative Amnesie F44.0

Dissoziative Fugue F44.1

Dissoziative Bewegungsstörungen F44.4

Dissoziative Sensibilitäts und -empfindungsstörungen F44.6

Dissoziative Identitätsstörung (Multiple Persönlichkeit) F44.81

Strukturelle Dissoziation (nach Nijenhuis)

Primär

- Einfache PTBS
- Ereignis wird abgespalten
- Persönlichkeit bleibt erhalten

Sekundär

- Komplexe PTBS
- Borderline Persönlichkeitsstörung
- Gefühlszustände übernehmen die Führung

Tertiär

- Dissoziative Identitätsstörung
- Verschiedene Personen mit eigener Persönlichkeit/ Gedächtnis etc. übernehmen die Führung



Dissoziation im Familienalltag...



...heißt Wiederholung des Traumas

- durch Wegsehen und Weghören
- durch Verschweigen
- durch inneres Abspalten und damit verbundenem großen Leidensdruck
- durch mangelnde/maladaptive Regulation (Computer, Fernsehen, Nikotin, Alkohol, körperliche und seelische Gewalt, Missbrauch)

- Anzeige erfolgt selten oder spät (Verjährung)
- Verschiedene Ego States machen widersprüchliche Angaben zum Tathergang, sie erzählen fürchterliche Dinge und bagatellisieren die Tat in einem Atemzug
- Opfer mit diss. Identitätsstörung (häufig mit Hintergrund aus organisierter Kriminalität oder Kult) sind systematisch auf Vergessen, Selbstverletzung und Täterkontakt programmiert worden. Z. B. ein Persönlichkeitsanteil möchte anzeigen: dann springt ein Programm an und eine *andere Persönlichkeit* übernimmt die Führung und verletzt sich selbst oder ruft die Täter an, um die „Strafe abzuholen“. Der ursprüngliche Anteil wacht zu Hause auf, schwer verletzt und weiß nicht woher.
- Täterloyalität als Folge der Bindungsstörung, das Opfer fühlt sich für den Täter verantwortlich

- Gefahr der Kindesvernachlässigung durch Wahrnehmungsdefizite bei traumatisierten/depressiven Eltern
- Gefahr der Kindesmisshandlung/-tötung durch mangelnde Emotionsregulation und Dissoziation der Eltern
- Gefahr der Bindungstraumatisierung mit Folgen für die neuronale und soziale Entwicklung des Kindes (Teufelskreis)

Surrealistische Darstellung einer gestörten Mutter-Kind Beziehung



Depression und Dissoziation als Risikofaktoren häuslicher Gewalt

- Wahrnehmungs- und Reaktionsdefizite bei depressiven Eltern begünstigen Entwicklungsstörungen der Kinder (emotionale und soziale Störungen, Borderlinestörungen, Bindungstrauma)
- Kinder wirken als Trigger
- Abspaltungsmechanismus wirkt als Dauerverstärker (durch Abspalten von Information und unbewusstes Agieren werden Täter- und Opferrollen von einer Generation zur nächsten stumm weitergereicht: viele Geheimnisse, viel Schuldgefühl, viel Ohnmacht, keine Verantwortung)
- Täterintrojekte verhindern das Durchbrechen des Teufelskreises (ich bin schuld, ich bin wertlos, ich habe es verdient)

- Kriegebelastete Nationen haben mehr familiäre Gewalt (Israel, türkische Migrantinnen erfahren zu 37% häusliche Gewalt, dt. Frauen zu 25%)
- Studien an Kindersoldaten in Afrika zeigen eine neg. Korrelation zwischen ausgeübter Gewalt und PTBS, d.h. Täter regulieren eigene Traumatisierung durch Gewalt (Elbert et. al., 2011)
- Junge Migranten in Europa werden von Terrormilizen (IS) mit Heimatangeboten geworben (Brüderlichkeit, Zugehörigkeit, Gemeinschaft etc.)
- Gebildete deutsche Frauen >45J. haben ein hohes Risiko (27%) an häuslicher Gewalt

- Äußere Sicherheit (Täterkontakt verhindern, existenzielle Absicherung, vor Geiselnahme schützen, Opferschutz, Frauenberatungen, Frauenhaus, Psychiatrie)
- Isolation nach innen und außen durchbrechen
- Sichere Bindung erfahren (Hilfe für Risikofamilien durch Erziehungsberatung, Jugendamt, Familienhilfe, bessere Ausbildung von Erzieherinnen)
- Mentalisierung (Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildung bei Polizei, Justiz, Beratungsstellen, bei Betroffenen Klärung der Elternbiografie)
- (Selbst)wahrnehmung der Eltern trainieren (Innere Kind Arbeit, Eltern Kind Training, z.B. SAFE von Brisch et.al.)

Nicht im Stich lassen (Hilde Domin)

- Nicht im Stich lassen,
- sich und andere nicht,
- das ist die Mindestutopie,
- ohne die es sich nicht lohnt,
- Mensch zu sein.

Vielen Dank

Dr. P. Kriependorf

Klinisch Psychologische Leitung

Internistisch-Psychosomatische Fachklinik Hochsauerland

Kontakt

E-Mail: petra.kriependorf@fachklinik-hochsauerland.de

Tel.: 02974-73 21 49