



**Universität  
Zürich<sup>UZH</sup>**

## **CAS in Forensic Nursing 2015**

---

### **Viktimisierung von psychisch Kranken durch interpersonelle Gewalt**



**vorgelegt am 30.09.2016**

**dem**

**Institut für Rechtsmedizin der Universität Zürich**

**von**

**Christian Kistler**

**Wildbachstrasse 81 – CH-8008 Zürich**

**christian.kistler@zuerich.ch - Tel. +41 78 620 38 99**

**Titelbild**

Caravaggio;1603, Ausschnitt aus „Die Opferung Isaaks“, Uffizien, Florenz

Abraham wurde wegen seiner Gottesfurcht und Glaubensstärke belohnt, weil er bereit war, seinen Sohn Isaak zu opfern. Die Schriften überliefern nichts dazu, wie es Isaak dabei erging.

**1 Inhaltsverzeichnis**

1	Inhaltsverzeichnis .....	2
2	Abstract.....	3
3	Einführung .....	3
4	Themenwahl und Ziele .....	4
5	Begrifflichkeiten .....	5
6	Forschungsergebnisse .....	7
6.1	Prävalenz von Gewalt gegen psychisch Kranke .....	7
6.2	Korrelationen und Hypothesen .....	8
6.3	Präventionsmassnahmen .....	10
7	Gewalterfahrungen: Danach fragen .....	10
7.1	Viktimisierung als Tabu in der Therapie .....	10
7.2	Schwieriges und Tabus ansprechen .....	11
7.3	Chancen für die Behandlung .....	12
8	Viktimisierung bei psychisch Kranken erkennen .....	14
8.1	Akute Belastungsreaktion.....	15
8.2	Symptomverstärkung.....	17
8.3	Dysfunktionales Verhalten.....	18
8.4	Dissoziative Symptome und Störungen .....	19
8.5	Äusserer Rahmen und körperliche Spuren .....	21
9	Postvention nach Gewalt gegen psychisch Kranke .....	22
9.1	Rechtliche Aspekte.....	23
9.2	Rechtsmedizinische Aspekte.....	24
9.3	(Sekundär-)Präventive Aspekte .....	25
9.4	Traumapsychologische Aspekte.....	25
10	Quellenangaben .....	27

## 2 Abstract

Psychisch kranke Menschen erleiden häufiger interpersonelle Gewalt als die Normalbevölkerung. PatientInnen mit Affekterkrankungen oder Psychosen erleben körperliche oder sexuelle Gewalt oft als traumatisch. Neben psychiatrische Erkrankungen sind bei dieser besonders vulnerablen Patientengruppe oft Korrelationen zu sehen wie Obdachlosigkeit, vorbestehende posttraumatische Belastungsstörungen oder Substanzkonsum. PatientInnen, die in der Kindheit Gewalt oder Missbrauch ausgesetzt waren, sind im Erwachsenenleben ebenfalls häufiger gewaltbetroffen. Die Gesundheitsversorgung hat für diese PatientInnen eine besondere Fürsorgepflicht, da Risiken, Gewaltdynamik und deren Folgen hinreichend bekannt sind. Dieses Wissen bedeutet auch Verantwortung. Psychiatrische Institutionen sollten in der Behandlung Hinweise beachten, die auf Gewalterfahrungen hindeuten. In dieser Arbeit werden Anzeichen beschrieben, die im Gesamtbild auf Viktimisierungen hinweisen und Massnahmen gezeigt, mit denen PatientInnen nach Gewalterfahrungen adäquat betreut werden können. Gewaltprävention und Krisenintervention für psychische Kranke müssen in Forschung, Bildung und Praxis energisch vorangetrieben werden. Spezialisierten Pflegenden in der Psychiatrie, *Forensic Nurses*, kommt dabei künftig eine wichtige und anspruchsvolle Aufgabe zu.

## 3 Einführung

Alle Versuche des Beistandes, die 58j. psychisch kranke Frau zu kontaktieren, scheiterten. Frau M. und ihr 34j. Sohn D. verweigerten jeden Kontakt mit ihm. Die beiden IV-Rentner verliessen die Wohnung nur noch selten, um einzukaufen. Die Nachbarn beschwerten sich zunehmend über säuerlichen Geruch und Geschrei aus der Wohnung. Der Beistand suchte dann Unterstützung beim Stadtärztlichen Dienst, da Mutter und Sohn beide an Schizophrenie erkrankt sind und schon mehrfach Wohnungen verloren haben wegen Verwahrlosung und „Verhaltensproblemen“. An einem kalten Februartag verschaffte sich dann die Stadtpolizei Zutritt in Wohnung durch längeres Klopfen und Rufen an der Türe. Die Polizisten, der Beistand und ich standen in einer verschmutzten und verwahrlosten Wohnung, vollgestellt und mit Abfall übersät. Der Sohn D. rannte aufgebracht schimpfend umher. Die Mutter sass ängstlich auf der einzigen Kante der Sitzgruppe im Wohnzimmer, die nicht verstellt war. Sie beruhigte sich dann aber bald und liess sich auf ein Gespräch mit uns ein.

Die Polizistin, die den Einsatz leitete, und ich sprachen länger in Ruhe mit Frau M. Sie willigte im Verlauf des Gespräches ein, wieder zu ihrem Hausarzt zu gehen und eine Grundreinigung der Wohnung zuzulassen. Auch war sie einverstanden mit künftiger hauswirtschaftlicher und psychosozialer Begleitung durch die Spitex im Quartier. Der Sohn beruhigte sich mittlerweile ebenfalls und zog sich in sein Zimmer zurück. Auf den Beizug eines Arztes für die Prüfung einer fürsorgerischen Unterbringung von Mutter oder Sohn verzichteten wir. Hierbei handelte es sich um eine übliche und letztlich gut verlaufene Intervention.

Wäre da nicht ein Monokelhämatom um ihr rechtes Auge gewesen, das die Polizistin und ich im Gespräch bemerkten. Der Bluterguss war klassisch rund, in rot-blau-gelb Tönen gehalten, bereits ohne Schwellung und wirkte wie ein typisches „Veilchen“ in Folge eines Faustschlages (Verhoff, 2014). Frau M.

beharrte aber darauf, sich an einem Möbel gestossen zu haben, gegen das sie ungeschickt gelaufen sei. Sie sagte, sie wäre nie von ihrem Sohn geschlagen worden. Diese Frage wies sie kategorisch von sich. Ein halbes Jahr später begleitete ich Frau M. zu einer Anhörung bei der Staatsanwältin, die gegen ihren Sohn wegen fortgesetzter, jahrelanger Gewalt gegen seine Mutter ermittelte. Die Patientin ging letztlich doch noch zwei Monate nach unserem ersten Hausbesuch zur Polizei und zeigte ihren Sohn D. an. Er habe sie seit seiner Volljährigkeit viele dutzende Male mit Fäusten geschlagen. Stimmen in seinem Kopf hätten ihm immer wieder befohlen, auf sie einzuschlagen. Die Misshandlungen seien meist ohne jeden vorgängigen Konflikt oder irgendwelche Vorzeichen erfolgt. Frau M. erzählte bei der Zeugeneinvernahme, dass sie die Anzeige schlussendlich gemacht habe, weil er sie eines Nachts mitten im Schlaf massiv verprügelt habe. Sie hätte grosse Angst gehabt und habe um ihr Leben gefürchtet. Der Sohn D. wurde dann nach einem halben Jahr U-Haft in eine Klinik überwiesen, wo er nach wenigen Wochen auf eindringlichen Wunsch der Mutter wieder nach Hause zurückkehrte. Auf eine von der Staatsanwältin beantragte und von der forensische-psychiatrischen Gutachterin empfohlene stationäre Massnahme verzichtete das Gericht und sprach nur eine ambulante Massnahme aus. Dank dieser unfreiwilligen ambulanten Behandlung nimmt D. nun regelmässig kontrolliert Neuroleptika ein, steht in enger ambulanter Betreuung durch eine Psychiaterin, eine forensische Psychologin und die Spitex. Glücklicherweise konnte für ihn ein geeigneter geschützter Arbeitsplatz gefunden werden. Durch diese Arbeit hat der Sohn Selbstvertrauen, Sinn und Struktur gefunden. Mutter und Sohn leben wieder zusammen und man hat alles Menschenmögliche getan, um zukünftige Übergriffe zu verhindern. Die Frage bleibt aber, ob man in den Jahren davor nicht schon hätte bemerken müssen, ein psychisch kranker Sohn seine ebenfalls psychisch kranke Mutter immer wieder schwer misshandelte.

#### **4 Themenwahl und Ziele**

Seit ich Ende 1979 Pflegehelfer in einem Spital wurde und mich mein beruflicher Weg durch die Geriatrie, Akutsomatik, Psychiatrie, Krisenintervention und Sozialmedizin führte, verfolgt mich das Thema *Gewalt gegen (psychisch) Kranke*. Zu oft erlebe ich in der Praxis, dass Zeichen nicht erkannt, Aussagen nicht geglaubt und Bitten nicht gehört werden. Bestenfalls glaubt man psychisch Kranken, wenn sie von Gewalterfahrungen berichten, bezieht dies aber nicht in die Behandlung ein. Schlechtenfalls werden ihre Aussagen als unglaubwürdig betrachtet. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind häufiger sexueller, psychischer und körperlicher Gewalt ausgesetzt als „Gesunde“. Die Gesundheitsversorgung hat mit ihrem Fachwissen um die Vulnerabilität ihrer PatientInnen eine verschärfte Fürsorgepflicht in der Prävention und Nachsorge von IG (interpersonelle Gewalt). Die Psychiatrie hat dabei - meiner Meinung nach – aus zwei Gründen eine höhere Verantwortung als etwa die Somatik und die Sozialarbeit. Einerseits weil gerade im psychiatrischen Bereich das Fachwissen rund um die Dynamik von IG und deren Folgen vorhanden ist. Andererseits weil die psychiatrische Anamneseerhebung und Behandlung in intime Bereiche vordringt und dabei relevante Informationen zu IG anfallen, die nicht negiert werden können. Kurz gefasst: Die Psychiatrie hat Wissen und Wissen bedeutet Verantwortung.

Ich möchte nun in dieser Arbeit *den Fragen nachgehen*, wieweit sich

- meine empirischen Erfahrungen aus der Praxis durch Forschungsergebnisse bestätigen lassen
- welche Korrelationen mutmasslich die Risiken für diese Gruppe erhöhen
- ob sich zielgruppenspezifische Präventionsmassnahmen finden lassen, die wirksam sind.
- Weiter möchte ich darlegen, auf welchen Ebenen sich bei Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen, Anzeichen finden lassen, die auf IG hindeuten und
- Letztlich die Grundzüge einer angemessenen Postvention nach IG beschreiben

Weiter werde ich die beiden folgenden Bereiche nur kurz streifen:

- Rechtliche Aspekte rund um das Thema IG
- Forensische Medizin: Vertiefung zu Körperuntersuchung, Spurenasservation und Dokumentation nach IG

Nicht behandeln werde ich einige weitere relevante Themen, da dies den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Dies sind im speziellen folgenden Themenkreise:

- Ethische, rechtliche und psychologische fachliche Fragen bezüglich pro/contra Anzeigeerstattung gegen Täter
- Dynamik der Gewalt aus der Perspektive der Täter, Psychologische und soziale Täterprofile

Weiter werde ich die beiden folgenden Bereiche nur kurz streifen:

- Rechtliche Aspekte rund um das Thema IG
- Forensische Medizin: Vertiefung zu Körperuntersuchung, Spurenasservation und Dokumentation nach IG)

## 5 Begrifflichkeiten



Einige der wichtigsten und häufig gebrauchten Begriffe und deren Verwendung möchte ich kurz skizzieren:

- *Gewalt*: In dieser Arbeit fokussiere ich mich auf die sog. interpersonelle Gewalt IG und klammere darin weitere Themen aus wie die strukturelle Gewalt gegen PsychiatricpatientInnen, weltanschaulich-ethnisch-religiöse Grundlagen der Stigmatisierung wie auch die sozioökonomische und rechtliche Aspekte der Benachteiligung von psychisch Kranken in Gesellschaft und Psychiatrie. Der Begriff der IG umfasst sowohl die Gewalt durch Intimpartner,

Familienangehörige wie auch die Gewalt durch Dritte im Sinne von Personen ohne enge Beziehung zum Opfer oder durch Unbekannte. Auch verwende ich hier den Begriff *Gewalt* immer nicht nur für *physische Gewalt* sondern auch *psychische und sexuelle Gewalt*. Also für aktiv begangene Schädigung von einer gegen eine andere Person, nicht aber für passive Vernachlässigung durch Unterlassen (*Neglect*) oder materielle Schädigung durch Diebstahl, Betrug, Unterschlagung, Raub, etc.

- *Viktimisierung/Victimisation*: Der deutsche Begriff *Viktimisierung* ist v.a. in der Kriminalistik gebräuchlich und ist nicht im selben Sinne besetzt wie der in der Psychologie und Soziologie mehr verbreitete englischsprachige Begriff. *Victimisation* bezeichnet im angloamerikanischen Sprachraum den Prozess durch den eine Person durch interpersonelle Gewalt zum Tatopfer gemacht wird. Wenn ich in dieser Arbeit von Viktimisierung schreibe, dann beziehe ich mich auf den englischen Begriff *victimisation*.
- *Opfer*: Den Begriff *Opfer* verwende ich in dieser Arbeit eher zurückhaltend und nur dort, wo er dem Textverständnis und dem Sprachfluss dient. Die Bezeichnung *Opfer* ist breit besetzt und auch mit negativen Konnotationen verbunden. So wird der Begriff auch als Schimpfwort gebraucht und ist religiös konnotiert. Vor allem aber ist der Begriff aus therapeutischer Sicht kritisch zu hinterfragen. Die Zuschreibung *Opfer* impliziert „*unumstösslich beschädigt, hilflos, schwach und letztlich entwertet sein*“. Hinter dem Wort droht also die Haltung: „einmal Opfer, immer Opfer“ als statische Zuschreibung ohne Aussicht auf Veränderung.
- *Psychisch krank*: Da die deutschsprachige Begrifflichkeit *psychisch krank* einen breiten Interpretationsspielraum offen lässt, möchte ich die Bezeichnung ganz im Sinne des Begriffes *Severe mental illness SMI* verstanden haben. Im angloamerikanischen Sprachraum werden schwere und *chronische psychotische, bipolare und depressive Störungen* als *SMI* summiert und stellen einen relativ klaren *Begriffscluster* dar. Weitere Störungsbilder wie Traumafolge-, Anpassungs-, Angst-, Zwangs-, Substanz-, Entwicklungs- und Persönlichkeitsstörungen werden in Literatur und Forschung *nicht* dem Begriff *SMI* zugeordnet. So ist in vielen Studien etwa von *SMI and Co-occurring Substance Abuse* die Rede oder von *SMI and PTSD*. Ich fokussiere mich also auf *PatientInnen mit Affekterkrankungen (ICD-10: F3)* und *Psychosen (ICD-10: F2)* und nicht auf die ganze Palette der Störungsbilder gemäss Kap. F des ICD-10 (World Health Organization, 1993). In der Arbeit werde ich mehrfach auch die in den gesichteten Arbeiten gängige Abkürzung *SMI* benutzen.
- *Behandlung*: Dieser Terminus soll in dieser Arbeit verstanden werden als Oberbegriff für alle Formen von professionellen Handelns in der Beziehung zwischen PatientIn und *health care professional*-Beziehung. *Behandlung* steht also auch für Pflege, Therapie, Betreuung, Beratung oder Intervention von Pflegenden, Sozialarbeitenden, ÄrztInnen, PsychologInnen, ErgotherapeutInnen und anderen Profis, von denen ich teilweise als *(mental) health care professionals* oder den *Helfenden* spreche. Damit möchte ich auch unterstreichen, dass wir bei Gewalt gegen Menschen mit *SMI* von einem komplexen Problem ausgehen, dass interdisziplinär betrachtet und angegangen werden muss.

## 6 Forschungsergebnisse

### 6.1 Prävalenz von Gewalt gegen psychisch Kranke

Seit den frühen 1990-er Jahren wurde vorwiegend in den USA, Grossbritannien, Neuseeland, Australien den Niederlanden, Finnland und in Italien die Viktimisierung von psychisch Kranken untersucht. In der Mehrheit der Arbeiten wurde auch nach spezifischen Risikofaktoren gesucht. Nicht selten wurde in den Schlussfolgerungen der Studien darauf hingewiesen, dass Gewalt immer viele Ursachen hat und die Suche nach Kausalitäten anspruchsvoll ist. Mehrfach wird auch erwähnt, dass man künftig noch spezifischer relevante Korrelationen (etwa häusliche Gewalt oder kindliche Traumatisierung) untersuchen müsse, um genauere Ergebnisse und letztlich empirische Grundlagen zur Entwicklung von Präventionsmassnahmen zu erarbeiten. Es fällt auf, dass die meisten Studien unter den Stichworten *Victimisation* im Zeitraum 1990 bis 2005 entstanden. Es sind kaum Arbeiten aus den letzten 10 Jahren zu finden. Dafür lassen sich – ab ca. 2010 - zunehmend mehr Arbeiten finden, ob in psychiatrischen Einrichtungen hinreichend nach Symptomen einer *PTSD* gesucht wird.

Der folgerichtige nächste Schritt wären künftig Arbeiten, mit denen gezielt untersucht würde, ob etwa traumatherapeutisches Wissen und Helfen z.B. in die Therapie mit Schizophreniekranken einfließt und wie sich das auf die Behandlung auswirkt. Allenfalls sollten dabei auch diagnostischer Verfahren definiert werden, mit denen bei PatientInnen mit Psychosen gezielt Posttraumatische Belastungsstörungen PTSD festgestellt werden könnten.

In einer systematischen Review (Maniglio, 2009) der Universität Salento fand der Autor Studien, die von einer Viktimisierungs-Prävalenz von 34 % in drei Jahren bei Menschen mit Schizophrenie sprachen. Über ein Drittel aller befragten PatientInnen berichteten, in den letzten drei Jahren Opfer von Gewalt, Misshandlung oder Vergewaltigung worden zu seien (Brekke, 2001).

Eine australische Studie (Fitzgerald, 2005) spricht von einer Gewalterfahrungs-Prävalenz von 4.3% für den Zeitraum von nur einem Monat bei 347 Psychose-PatientInnen. Weiter erwähnt Maniglio eine Arbeit aus Finnland (Honkonen, 2004) – ein Land mit einer ausgesprochen gut ausgebauten Versorgung für psychisch Kranke, einer recht hohen sozialen Sicherheit und wenig Gewalt im öffentlichen Raum – in der 15.7% aller befragten Schizophrenie-PatientInnen von kriminellen Handlungen während der letzten 3 Jahre gegen ihre Person



berichteten. Eine randomisierte last-year-Studie (Teplin, 2005) mit fast 1000 Probanden spricht von 6 bis 23fach erhöhten Risiken für Personen mit SMI, Opfer von schweren Gewalttaten oder Vergewaltigung zu werden im Vergleich zur Normalbevölkerung. Erschreckend ist auch die Inzidenzrate für Vergewaltigung

im Zeitraum von einem Jahr von 0.6 per/1000 bei der Kontrollgruppe im Vergleich zu 8.3 per/1000 bei Personen mit SMI. Dies entspricht einem 12.3-fach erhöhten Risiko. Die Autoren beschreiben dabei von einem Public Health-Problem, dem entschieden entgegen getreten werden muss.

Wenig Daten sind zu finden zur Frage, ob Unterschiede bestehen in der Viktimisierungs-Prävalenz abhängig von unterschiedlichen Störungsbildern: Personen mit Angststörungen scheinen aber häufiger sexueller Gewalt, Menschen mit Schizophrenie häufiger Misshandlungen und Alkoholabhängige öfter schwerer körperlicher Gewalt ausgesetzt zu sein (Silver, 2005).

Interessant auch für die Debatte „Sind psychisch Kranke gefährlich?“. Eine Studie berichtet eine 2 % bis 13 % Prävalenz von Gewaltausübung durch Menschen mit SMI (*violence perpetration*) und Gewalterfahrung (*violent victimisation*) mit Werten von 20 % bis 34 % bei denselben Probanden. Die Autoren konnten also aufzeigen, dass psychisch Kranke in letzten halben Jahr vor der Befragung 3 bis 10 x häufiger Opfer denn Täter waren (Choe, 2008).

## 6.2 Korrelationen und Hypothesen

Folgend werde ich von Forschern postulierte Korrelationen zwischen *victimization* und *severe mental illness* aufzeigen.

*Homelessness*: US-amerikanische Studien (Caton, 1994) (Folsom, 2002) beobachten Obdachlosigkeit als eine häufige Korrelation mit *victimization*. Diese Zahlen lassen sich zwar qualitativ aber keinesfalls quantitativ auf West- und Nordeuropa und nur bedingt auf die Schweiz übertragen. Die psychiatrische Versorgung in den USA hat sich seit der Reagan-Ära in den 1980ern vielerorts massiv verschlechtert. Menschen mit SMI wurden in den letzten 25 Jahren in hohem Ausmass prekariert und kriminalisiert. *Schizophrenia* und *Homelessness* sind etwa in Kalifornien praktisch zu Synonymen geworden. Viele schwer psychisch Kranke leben dort auf der Strasse oder in Gefängnissen. Etwas besser die Situation in New York, wo über 150 Wohnheime und Notschlafeinrichtungen gerade auch für psychisch Kranke zur Verfügung stehen. Goodman et al. stellen die Hypothese auf, dass Obdachlosigkeit Folge und Zeichen einer fortgeschrittenen Dysfunktionalität aufgrund von SMI darstellt (Goodman, 2001). Noch weiter gehen Autoren mit der Vermutung, dass häusliche Gewalt gegen Frauen direkte Ursache für Obdachlosigkeit sein kann. Sie schätzen ein, dass viele Frauen mit erlittener häuslicher Gewalt in die Obdachlosigkeit fliehen.

### Häufigste Korrelationen

- Homelessness
- Substance Abuse
- Femal gender
- Childhood trauma survivors

*Substance abuse*: Ebenso oft genannt werden Substanzabhängigkeiten als häufig auftretende komorbide Störungen (Mueser, 1995). Alkohol und Drogen machen die quälenden Symptome der SMI erträglich, lindern Angst-gefühle und der Konsum wird von vielen PatientInnen als – zumindest zu

Beginn– als selbstbestimmter und identitäts-stiftender Akt erlebt. Die PatientInnen fühlen sich den Symptomen ihrer Grunderkrankung (wie depressiven Stimmungen, Angst, Wahn, Halluzinationen) ausgesetzt und finden im Substanzkonsum eine Möglichkeit, ihr Befinden „modulieren“ zu können. Die Substanzabhängigkeit hat jedoch leider oft zur Folge, dass die eh schon bestehende Gefahr der Prekarisierung und Kriminalisierung noch verstärkt wird. Was wiederum die Wahrscheinlichkeit vom Auftreten von Viktimisierung erhöht durch Risiken im entsprechendes Umfeld wie



Beschaffungskriminalität, Stigmatisierung oder ein verändertes Risikoverhalten. Gerade Frauen mit Drogenabhängigkeit sind in hohem Masse Gewalt ausgesetzt. Eine - wenn auch schon ältere - Studie (Gearon, 1999) aus den USA kam zum Schluss, dass beinahe 100 % aller befragten Frauen mit schwerer Substanzabhängigkeit Gewalt erfahren hat und mehr als die Hälfte davon an einer ausgewiesenen *PTSD* litt.

*Female Gender:* Frauen mit SMI haben deutlich höhere Risiken, Opfer von sexueller Gewalt resp. von Gewalt durch Intimpartner zu werden (Lagdon, 2014). Vorbestehende SMI, dysfunktionale – meist abhängige – Beziehungsmuster sowie vorbestehende PTSD erhöhen das Risiko von Gewalt durch den Intimpartner massiv. Die Autorengruppe um Goodman fand bei einer *last-year-victimisation*-Studie eine Prävalenz von 25.6 % bei Frauen mit SMI gegenüber 1.9 % bei der Normalbevölkerung für körperliche Gewalt und von 20.3 % gegenüber 0.3 % bei sexueller Gewalt innerhalb des letzten Jahres vor der Befragung (Goodman, 2001). Dies zeigt ganz deutlich das hohe Gewaltrisiko, dem psychische kranke Frauen ausgesetzt sind.

*Childhood trauma survivors:* Physische oder sexuelle Gewalt oder Ausnutzung in der Kindheit erlebt zu haben, korreliert ebenfalls häufig mit erneuter Viktimisierung im Erwachsenenleben (Goodman, 2001). Goodman fanden zusammen mit anderen Forschern in einer ein-Jahres-Retrospektivstudie bei Gewaltopfern mit SMI eine Rate von Faktor 2.8 für körperliche Misshandlung in der Kindheit und von Faktor 2 für kindlichen sexuellen Missbrauch vor. Misshandlungen in der Kindheit sind also ein wesentlicher Prädiktor bei psychischen Kranke, als Erwachsene wiederum Gewalt zu erleben.

*Hypothesen zum erhöhten Gewaltrisiko für Menschen mit SMI:* In der Literatur finden sich zwei Hypothesen um die Beziehung zwischen IG und Menschen mit psychischen Krankheiten zu beschreiben.

H1: Hypothese eins beschreibt, dass psychisch Kranke über eingeschränkte soziale Fähigkeiten verfügen oder gar Verhalten aufweisen, dass zu Widerspruch und aktiver Korrektur durch die Umwelt bis hin zu Gewalt führen könne (Silver, 2005). Gewalt also korrektive Reaktion der Umwelt auf „verrücktes“ Verhalten. Ich stimme der Hypothese aber nicht zu, da ausseracht gelassen wird, wie weit die Stigmatisierung von psychisch Kranken führen kann (Lauber, 2008). Stigmatisierung ist kein gesellschaftliches Korrektiv sondern lebt aus sich selbst. Sie wird genährt aus der Abwehr des Andern, des Fremden, ähnlich wie beim Sexismus oder Rassismus durch die Unveränderbarkeit einer Wertvorstellung, die nicht überprüft wird. Psychisch krank sein, kann auch in sog. modernen und aufgeklärten Gesellschaften bedeuten, Freiwild zu sein für Misshandlungen oder sexuellem Missbrauch. Die Gründe für Gewaltausübung sind häufig banal; sie entsteht aus der Möglichkeit, es tun zu können. Im Rahmen der geschichtlichen Aufarbeitung des Holocausts, der Genozide in Ruanda oder der Balkankriege der 1990er-Jahre ist dazu hinreichend geforscht worden: Gewalttäter waren oft nicht auffällige Psychopathen sondern meist Männer, die vorher und nachher unauffällig blieben aber in der Situation zu Schlimmstem fähig waren. Ganz einfach darum, weil man ihnen die Möglichkeit dazu gab.

H2: Hypothese 2 besagt, dass die hohe Vulnerabilität bezüglich Viktimisierungen von Menschen mit psychotischen Störungen auch mit den krankheitsbedingten neurokognitiven Defiziten erklärbar sei,

welche den Betroffenen es erschwere, Risiken zu erkennen und adäquat Konflikten oder Gefahren aus dem Weg zu gehen (Green, 1996). Auch diese Hypothese halte ich für zu kurz gegriffen, da sie nur ein Puzzleteil eines ganzen Bildes darstellt. Die gesellschaftliche Bewertung von psychisch Kranken ist weitgehend eine Entwertung. Und was wenig Wert hat, invalide ist, über das kann – gerade auch sexuell - verfügt werden oder dem kann Gewalt zugefügt werden.

### 6.3 Präventionsmassnahmen

Die meisten Studien halten sich zurück bei der Benennung von Präventionsmassnahmen. Hervorgehoben wird mehrfach die Arbeit mit Hochrisikogruppen wie Schizophrenieerkrankte ohne Kontakten mit psychiatrischen Diensten, Obdachlosen mit psychiatrischen Erkrankungen oder PatientInnen mit Substanzabhängigkeiten (Maniglio, 2009). Auch die Verbesserung der Behandlungssadhärenz wird als wichtige präventive Massnahme genannt. Kritisch beurteilt wird die mangelnde Bereitschaft der *mental health services* aufmerksam zu sein auf Zeichen von Gewalt und überhaupt nach Gewalterfahrung zu fragen (Choe, 2008). Diesbezüglich ist mehrfach die Rede davon, dass *health care professionals* mehr Wissen, Werkzeug und Ermutigung brauchen, um professionell mit dem Thema Gewalt gegen Personen mit SMI umgehen zu können. Ebenfalls wird mehrfach kritisch bemerkt, dass in der psychiatrischen Versorgung kaum Bemühungen gemacht werden, auf zielgruppenspezifische Präventionsmassnahmen von anderen bestehenden Angeboten zu adaptieren, weiterzuentwickeln und anzuwenden (Maniglio, 2009). Ich konnte im Rahmen dieser Arbeit kein einziges Gewalt-Präventionsprogramm finden, das für die Zielgruppe „Menschen mit SMI“ entwickelt, geschweige denn angewendet wird. Eine Erkenntnis, die nachdenklich stimmt.

## 7 Gewalterfahrungen: Danach fragen

### 7.1 Viktimisierung als Tabu in der Therapie

1996 machten Posner et al. den erschreckenden Befund, dass in psychiatrischen Anamnesegesprächen kaum je nach sexueller Gewalt oder *domestic violence* gefragt wird. Und noch erschreckender, dass bei 44% aller bekannten Viktimisierungen die Traumata nicht als behandlungsrelevant betrachtet wurden und in den Behandlungsplänen inexistent blieben (Posner J. E., 1996). Dies ist teilweise nachvollziehbar, da vor 20 Jahren die Psychotraumatologie noch nicht ansatzweise an dem Punkt stand wie heute. Dieselben Autoren machten aber auch eine *ten-year follow-up* (Posner J. E., 2008) mit annähernd denselben Ergebnissen. Andere Forscher kamen zu denselben Resultaten und warfen die Frage auf, warum PatientInnen in psychiatrischer Behandlung nicht routinemässig nach Gewalterfahrungen befragt werden. Leider konnte ich zu dieser Kernfrage, der seltsamen Scheu der Profis vor diesem Thema, keine Arbeiten finden. Es muss aber angenommen werden, dass die Rate von PatientInnen mit SMI, die zusätzlich (oder auch ursächlich) an einer PTSD litten hoch ist und auch häufig unerkannt bleibt. Chessen und Kollegen wiesen zu dem in ihrer Arbeit darauf hin, dass 59% der PatientInnen in einem lokalen Psychiatriestützpunkt berichteten, dass ihre Gewalterfahrungen und die damit verbundenen PTSD-Symptome *nicht* Gegenstand der Behandlung seien, sie sich das aber eigentlich wünschen würden und generell nicht abgeneigt seien über ihre Gewalterfahrungen zu sprechen (Chessen, 2011). Die Betroffenen werden also nicht nach Gewalterfahrungen befragt und wenn das Thema dann doch auf dem

Tisch liegt, wird es therapeutisch nicht bearbeitet. Gerade weibliche Patientinnen sind oft positiv gestimmt auf entsprechende Fragen bezüglich sexueller oder physischer Gewalt zu antworten, so man sie denn auch danach fragt (Feder, 2006). Die Gruppe um Feder und Hutson wies aber auch darauf hin, dass die *Qualität des Kontaktes* zwischen Patientinnen und *health care professionals* massgebend sei für die Bereitschaft, von häuslicher oder sexueller Gewalt zu erzählen.

## 7.2 Schwieriges und Tabus ansprechen

Die psychiatrische Versorgung tut sich schwer mit dem Einbezug von Themen in die Behandlung abseits der klassischen psychiatrischen Anamnese. Diese wird – gerade von Berufsanfängern – oft immer noch verstanden als ein Aufsummieren und Katalogisieren von Symptomen. Psychotische und depressive Symptome sind dabei meist im Vordergrund. Eine ganzheitliche Behandlung ist aber erst dann möglich, wenn bei Gesprächen (v.a. initial bei Anamnese-, Eintritts- oder Abklärungsgesprächen) auch „schwierige“ Themen ganz selbstverständlich erhoben werden. Hierbei sollten vor allem folgende Themenkreise, zu Beginn der psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungen, erhoben werden:

### **"heisse Eisen" im Anamnesegespräch**

- Schutzbefohlene
- Suizidalität
- Sexualität
- soziale Situation
- rechtliche Situation
- Gewalterfahrungen

#### 1. *Schutzbefohlene*

Trägt die Patientin/der Patientin Verantwortung für minderjährige Kinder, für Behinderte oder alte Menschen? Wie kommt sie dieser Verantwortung nach? Braucht sie Unterstützung bei der Sorge und Pflege? Wer übernimmt die Aufgabe während der Behandlung resp. in Krisensituationen? Wie geht es den unterstützten Personen? Haben diese weitere Hilfs- oder Bezugspersonen?

#### 2. *Suizidalität*

Hat oder hatte die Patientin/der Patient Suizidgedanken oder schon Suizidversuche begangen? Gabe es schon Vorbereitungshandlungen? Welche Qualität haben diese Suizidgedanken – aufdrängend, quälend, intrusiv oder entlastend mit dem Charakter eines „Notausganges“? Was verstärkt und was vermindert den suizidalen Druck? Frühere Suizide im Familiensystem?

#### 3. *Sexualität*

Hat die Patientin/der Patient Probleme mit der Sexualität oder der geschlechtlichen Identität? Gibt es etwas, was der Person dabei wichtig ist, besprechen oder angehen möchte? Ist die Sexualität so, wie sie gelebt wird, selbstgewählt oder besteht ein Zwang durch den Partner oder Andere?

#### 4. *Soziale Situation*

Ist die Person in ihrer materiellen Existenz gefährdet? Wie ist die Wohn- und Arbeitssituation? Ist die Patientin/der Patient in der Lage, die eigenen administrativen Angelegenheiten zu regeln? Liegen im sozialen Bereich spezielle Belastungen vor?

#### 5. *Rechtliche Situation*

Bestehen Konflikte oder Bedrohungen im rechtlichen Bereich rund um den Zivilstatus, das Aufenthalts- oder das Strafrecht, Obhut und Sorgerecht? Probleme mit der Polizei? Delinquenz?

## 6. Gewalterfahrungen

Ist in letzter Zeit oder früher zu sexuelle oder körperlicher Gewalt gekommen, die an oder durch die Person begangen wurde? Bestehen dysfunktionale Beziehungen mit Gewalt- oder Ausnutzungsaspekten? Oder das Eingehen von sexuellen Kontakten, die selber als dysfunktional erlebt werden?

Alle diese Themen beinhalten potentiellen Zündstoff, sind oft schambesetzt, verletzen kulturelle Tabus, verlangen Achtsamkeit in der Gesprächsführung, benötigen ein behutsames wie auch klares und professionelles Vorgehen. Und bedingen – v.a. bei den Pt. 3 und 6 - die Würdigung der offenbarten Themen in einer Haltung von: „*Ich bedanke mich für Ihre Offenheit und bemühe mich, sorgsam damit umzugehen.*“

## 7.3 Chancen für die Behandlung

Wo nun aber liegen die Chancen, wenn erlebte IG und deren Auswirkungen in einer professionellen Selbstverständlichkeit Teil der Behandlung sind? Einige der gesichteten Arbeiten enthalten zumindest in den Schlussfolgerungen Hinweise darauf, dass der Einbezug von Viktimisierungserfahrungen in die psychiatrische Behandlung nicht nur dringend notwendig und durch die PatientInnen gewünscht seien, sondern sich auch *positiv für den Therapieerfolg auswirken* könnten (Choe, 2008) (Teplin, 2005). Wie schon unter 5. erwähnt, scheint es zu dieser Frage noch keine Arbeiten zu geben. Aufgrund meiner Erfahrung in der Praxis – gerade auch in der Krisenintervention – kann ich das aber nur bestätigen. Ich bin der festen Überzeugung, dass der Einbezug von Gewalt- und Missbrauchserfahrungen in Anamneseerhebung, Behandlungsplanung und Therapie sich günstig auswirken im Sinne einer ganzheitlichen Behandlung. Siehe dazu auch das grundlegende Werk von Michaela Huber (Huber M., 2012). Die folgenden Variablen *beeinflussen die Behandlung* eines psychisch kranken Menschen mit IG Erfahrung *positiv*:

- *Therapeutische Beziehung*: Tabus werden nicht „gebrochen“ oder „geknackt“ sondern dürfen selbstverständlich unter Würdigung des Schwierigen in die Arbeit einfließen. Die PatientInnen fühlen sich damit ernst genommen und gesehen. Dies mindert wiederum im Einzelfall das Risiko, dass PatientInnen über dysfunktionales Verhalten „non-verbal kommunizieren“ müssen (z.B. durch Selbstverletzung, Substanzabusus oder Suizidversuche). Als Helfer oder Therapeutin offen, interessiert zu sein an Gewalt- und Missbrauchserfahrungen der PatientInnen schafft den notwendigen vertrauensvollen Boden für die folgende Behandlung. Dazu gehören gerade auch die „Prüfungen“ rund um die Frage, ob den PatientInnen geglaubt wird und ob die Helfenden Schwieriges professionell tragen und bearbeiten können und nicht vor Tabus zurückweichen.
- *Diagnostische Sicherheit*: Angesichts der weiten Verbreitung von akuten und chronischen Traumafolgestörungen sollte bei der Diagnosestellung – gerade bei psychotischen Symptomen - immer auch an diese Störungsbilder gedacht werden. Diese Störungen (ausgenommen die *akuten Belastungsreaktion* und die *somatoformen Schmerzstörung*) gehen immer wieder mit starken Bewusstseinsstörungen, Derealisationserleben und wahnhaften Zuständen mit Pseudohalluzinationen (als nicht real empfunden) oder Halluzinationen (als real empfunden)

einher. Bei der BPS läuft weiterhin die Diskussion, ob es sich um eine kausale Traumafolgestörung (Huber, 2012) handelt und im ICD-11 umbenannt werden müsste in komplexe posttraumatische Belastungsstörung (komplexe PTBS) oder ob sie andere Ursachen hat. Lewis zeigte schon 1989 in einer Studie, dass 81 % aller befragten PatientInnen mit Borderline-PS sich an (früh-)kindliche Traumata erinnern konnte. *“Subjects with borderline personality disorder ... were interviewed in depth regarding experiences of major childhood trauma. Significantly more borderline subjects (81%) gave histories of such trauma, including physical abuse (71%), sexual abuse (68%), and witnessing serious domestic violence (62%); abuse histories were less common in those with borderline traits and least common in the subjects with no borderline diagnosis. These results demonstrate a strong association between a diagnosis of borderline personality disorder and a history of abuse in childhood.”* (Lewis, 1989) Huber stellt dazu die berechtigte Frage, ob die Rate nicht noch höher wäre in Anbetracht der Tatsache, dass viele ihrer PatientInnen schon frühkindlich in einer noch vorsprachlichen Entwicklungsphase traumatisiert wurden. Die Traumata also schon gar nicht sprachlich erinnert und noch weniger verbalisiert werden können.

Weiter sollte auch in der Behandlung von somatoformen Schmerzstörungen (ICD-10: F45.4), bei denen somatischer Befund und subjektive Befindlichkeit auseinanderklaffen, eine Traumanaamnese (Tesarz, 2013) erhoben werden. Bei PatientInnen mit somatoformen Schmerzstörungen zeigen sich biografisch oft Traumatisierungen oder lange anhaltende schwere Belastungssituationen, die durch die Betroffenen negiert oder bagatellisiert werden (Egle, Nickel, Schwab, & Hoffmann, 2000). Die These vom abgelehnten Kind als Ursache für somatoforme Schmerzstörungen scheint etwas kurz gegriffen zu sein. Weiter scheint es auch Anzeichen dafür zu geben, dass beim komplexen regionalen Schmerzsyndrom (Morbus Sudeck) eine erhöhte Prävalenz mit PTSD vorliegt (Speck, 2012).

- *Verbesserte Therapieplanung und Krisenmanagement:* Erlebte Viktimisierungen sind auf jeden Fall relevant für die Planung und Durchführung der Behandlung – mit oder ohne Befund einer PTSD. Im ersten Fall bedarf der Aufbau einer therapeutischen Beziehung mehr Achtsamkeit hinsichtlich des Umfangs mit der Viktimisierung. Die Gewaltgeschichte kann z.B. „eingepackt“ werden, um sie auf den Behandlungsweg mitzunehmen. *(Hilfreich dazu sind einfache und wirksame Imaginationsübungen, wie Michaela Huber sie beschreibt* (Huber M., Der innere Garten: ein achtsamer Weg zur persönlichen Veränderung, 2005). Die Viktimisierung wird also nicht Gegenstand der Bearbeitung, bleibt aber als Thema im Hintergrund, das einer gewissen dauernden Achtsamkeit in der therapeutischen Arbeit bedarf.

#### Traumafolgestörungen

- ICD-10: F43.0; *akute Belastungsreaktion*
- ICD-10: F43.1; *Posttraumatische Belastungsstörung*
- ICD-10: F44.81; *Multiple Persönlichkeitsstörung*
- ICD-10: F60.31; *Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typ*
- ICD-10: F45.4; *Somatoforme Schmerzstörung*

Falls jedoch der Befund einer PTSD besteht, führt der Weg über eine entsprechende Traumatherapie oder traumtherapeutisch Ansätze, die in die bestehende Behandlung integriert werden. In der Realität ist das aber häufig eine Herausforderung, weil Behandlungsplätze und Zeit fehlen, die Helfenden unzureichend ausgebildet sind oder die Behandlung an der Finanzierung scheitert. PatientInnen mit schweren psychotischen, depressiven oder dissoziativen Störungen oder einer massiven Substanzabhängigkeit sind häufig auch nicht „traumatherapiefähig“, weil sie nicht hinreichend in der Lage sind, sich für eine Behandlung zu binden und ihr auch zu folgen. In diesem Fall muss die Grundstörung behandelt werden. Dies mit dem Ziel einer hinreichenden Stabilisierung, welche therapeutisches Arbeiten erst möglich macht. Wie oben schon erwähnt, sind im Einzelfall dabei imaginative Übungen hilfreich, mit denen das Traumaerlebnis für eine spätere Behandlung gewürdigt und vorübergehend „wegpackt“ wird. Weiter ist das Wissen um Traumatisierungen von grosser Wichtigkeit für die Prävention von/den Umfang mit dysfunktionalen Verhaltensmustern. Dies etwa Selbstverletzungen, Suizidversuche, Übergriffsexposition oder eine ungenügende *medical adherence*, Rückfälle mit Substanzabusus oder auch eine psychotische Dekompensation. Alles Situationen, die aus vielfältigen Gründen auftreten können, aber immer auch aus dem Blickwinkel des Stress-Copings – z.B. durch Retraumatisierungen -betrachtet werden müssen.

## 8 Viktimisierung bei psychisch Kranken erkennen

- (Dieser Punkt ist nicht nötig oder?) In der Praxis erleben wir oft, dass Menschen mit SMI nicht in der Lage sind, spontan oder auf einfaches Nachfragen hin, von akut erlebten und erlittenen Gewalterfahrungen zu erzählen. Es kann bei dieser Patientengruppe recht anspruchsvoll sein, Gewaltsituationen festzustellen, da oft mühselig Puzzleteile zusammengetragen werden müssen, die nur zögerlich ein klares Bild ergeben. Zudem können viele Anzeichen durch die Grunderkrankung überlagert sein. Die Krankheit verschleiert einerseits Traumatisches, andererseits schützt sie auch vor dem ungefilterten Erleben desselben. Die vermutlich *wichtigsten Hemmschwellen beim Verbalisieren von Gewalterlebnissen* sind:
  - Das traumatische Erlebnis wird wegdissoziiert und verschwindet somit aus „dem Sprachraum“. Es wird so nicht in sprachlicher Form wahrgenommen, somit auch nicht selber benannt (in Worte gefasst) und letztlich auch nicht kommuniziert. Die Dissoziation legt einen dichten Schleier über das Geschehene.
  - Scham- und Schuldgefühle erschweren das Erzählen infolge der Introjekte; „*Es verdient zu haben*“ oder „*Selber Schuld zu sein*“.
  - Als Reaktion auf die Gewalterfahrung kommt es zu einer Verstärkung der psychotischen oder depressiven Symptomatik, welche das Bild überlagern
  - Reaktiver Substanzmissbrauch (als Copingstrategie, Selbstbestrafung oder angelernter Automatismus) verschleiert das Geschehene
  - Durch eine frühe Sozialisation in einem dysfunktionalem System, wird Gewalt und Missbrauch als vermeintlich normal bewertet und ist deshalb „*nicht der Rede wert*“.

- Resignation durch ältere Erfahrungen des Scheiterns: „*Man glaubt mir ja eh nicht!*“

Diese meist eingeschliffenen Muster machen das Erkennen von aktuellen Gewalterfahrungen schwierig. Folgend möchte ich näher auf die fünf wichtigsten Ebenen eingehen, auf denen *health care professionals* akute Viktimisierungen allenfalls erkennen können:

#### **Gewalterfahrung bei psychisch Kranken erkennen:**

- akute Belastungsreaktion
- Symptomverstärkung
- dysfunktionales Verhalten
- dissoziative Symptomatik
- äussere / körperliche Spuren

### **8.1 Akute Belastungsreaktion**

PatientInnen, die ein traumatisches, das Alltagserleben übersteigendes Geschehen erlebt haben, zeigen ein eher beschränktes und überschaubares Repertoire an Reaktionen. Gemäss ICD-10:F43.0 wird diese Antwort auf Traumatisches und Dramatisches als akute Belastungsreaktion (und nicht –störung!)

bezeichnet. Am häufigsten zeigen sich bei der ABR (akute Belastungsreaktion) dissoziative und vegetative Symptome sowie vorübergehende Bewusstseinsveränderungen im Sinne von Distanziertheit gegenüber dem eigenen Körper, den eigenen Emotionen und der Umwelt. Häufig zu sehen sind Formen

#### **typische Phänomene der akuten Belastungsreaktion ABR**

- **Vegetativ:** Schwitzen, Zittern, Erbrechen, Plus-/BD-Anstieg, selten Durchfall/Einnässen,
- **Motorisch:** Tremor, Unruhe mit Umhergehen oder Apathie
- **Awareness:** Schlafstörungen, Hyperarousel, Überreaktion auf Trigger
- **Dissoziation:** Desorientierung, Kamerablick, Distanzerleben, Gefühle der emot. Taubheit

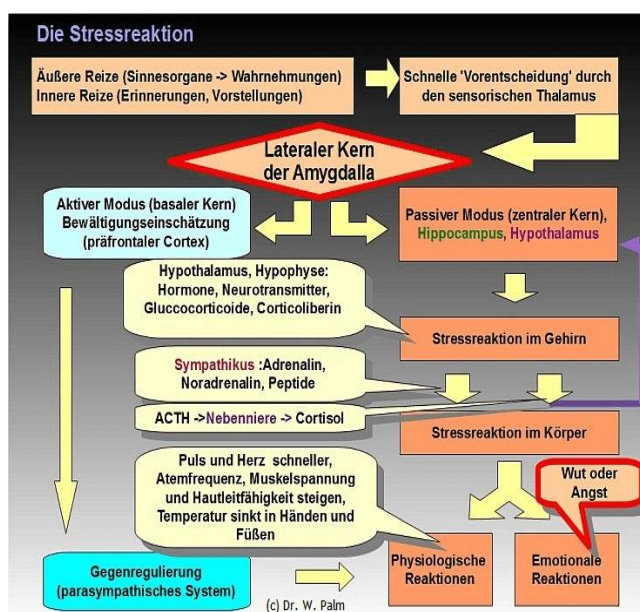
der Selbstbetäubung, des nicht-wahrhaben-wollens und Bewusstseinsengung, Wahrnehmungsstörungen und vorübergehender Desorientierung. Sowie gemäss M Huber 2016 Angst und erhöhte Schreckhaftigkeit, Vermeidung von erneuten Traumareizen durch Ausweichen von Orten und Situationen (sehr selten auch das Gegenteil mit zwanghaftem sich den Reizen aussetzen, den Tatort aufsuchen). Weiter auch plötzliche und schnelle Stimmungswechsel – mitunter mit Affektdurchbrüche - und recht oft motorische Unruhe (hektisches Umhergehen) oder im Gegenteil mit völlige Apathie, Erstarrung. Auch häufig sind vegetative Symptome (siehe Schema unten) wie Zittern,

Schwitzen, Herzrasen, Puls- und Blutdruckanstieg, Schwindel, Übelkeit, Erbrechen oder (selten) plötzlicher Urin- oder Stuhlabgang. Die Phänomene der Bewusstseinsveränderungen und die psychophysischen Symptome haben durchaus Schutzfunktionen in der Abwehr und Selbstbetäubung und des *wieder-aus-dem-Körper-Bringens* (Zittern, Erbrechen, Einnässen, Hyperventilieren) des Erlebten. Die vegetativen Symptome werden durch eine vermehrte Ausschüttung von Stresshormonen angetrieben.

#### **Physiologische Stressreaktion** überarbeitet nach (Wikipedia, 2015) und (Huber, 2012):

1. „Stressoren“ gelangen über die Sinnesorgane ins limbische System
2. Das limbische System bewertet die Informationen und sendet Signale an den Hypothalamus
3. Hypothalamus löst Nervenimpulse aus und befeuert den Sympathikus
4. Sympathisches System stellt die Physiologie auf den *Fight or Flight-Modus* um: Pupillenerweiterung, Bronchienerweiterung, Erhöhung des Herzschlages. Leber baut Glykogen zu Glukose um (Brennstoff!) Um- gekehrte Hemmung bei Verdauungssystem und Geschlechtsorganen.
5. Sympathikus aktiviert parallel dazu das Nebennierenmark -> Adrenalinproduktion

6. Adrenalin und Noradrenalin verstärken Sympathikuswirkung: weitere Erhöhung der Herzfrequenz, Glykogenabbau in Muskulatur und Leber, Erweiterung der Blutgefäße im Bewegungsapparat und Verengung der Blutgefäße und Hemmung der Insulinproduktion. (Glykogen soll möglichst dem Bewegungsapparat zur Verfügung stehen).
7. Weiter wird in einer Hormonkaskade Thyroxin ausgeschüttet, welches die Körpertemperatur und auch wiederum den Sympathikus und den Stoffwechsel stimuliert. Und über Hypothalamus->Hypophyse->Nebennierenrinde wird das wichtige Stresshormon Cortisol produziert, welches ebenfalls in den Glykogenabbau eingreift.
8. Zur besseren Bereitschaft für eine *fight-or-flight*-Situation produziert die Hypophyse zudem Endorphine, welche die Schmerzempfindung dämpfen.



Alle diese Stressreaktionen sind per se weder gut noch schlecht. Ihre Funktion besteht darin, den Organismus in Aufmerksamkeits-, Kampf-, und Fluchtbereitschaft zu halten. Sie bedingen zwar eine nahe und empathische Begleitung jedoch keine Behandlung im engeren Sinne. In den Tagen darauf kann es zu Intrusionen kommen wie Alpträume oder Flashbacks. Häufig kommt es auch zu Vermeidungsverhalten oder sozialem Rückzug. Wichtig ist eine gute Psychoedukation mit der Versicherung, dass diese Phänomene häufig, normal und passager sind. Auch ist es hilfreich, bestehendes positives Coping zu stärken und negatives Coping (wie extremer Rückzug oder Sedation mit Substanzen) zu vermeiden.

PatientInnen mit psychotischen Störungen können aber recht ähnliche Bilder aufweisen. Gerade bei der paranoid-halluzinatorischen Variante der Schizophrenie zeigen sich Symptome, die per se oft von traumatischer Qualität sind. Dies macht die Unterscheidung zwischen einer äusseren – objektiv wirklich erlebten – traumatischen Situation und einem inneren quälenden Drama nicht einfach. Dazu kommt das emotionale Erleben, das bei „innerer und äusserer Gewalt“ oft von ähnlicher Intensität und Qualität ist. Die Betreuung der betroffenen PatientInnen mit SMI

unterscheidet sich in diesem Punkt nicht wesentlich von der Begleitung von „Gesunden“ in derselben Situation. Nicht zu unterschätzen ist die Wichtigkeit einer guten Information an die Betroffenen, einer adäquaten Patientenedukation:

- „Ihre Reaktionen sind normal und angemessen in Anbetracht des Erlebten.“

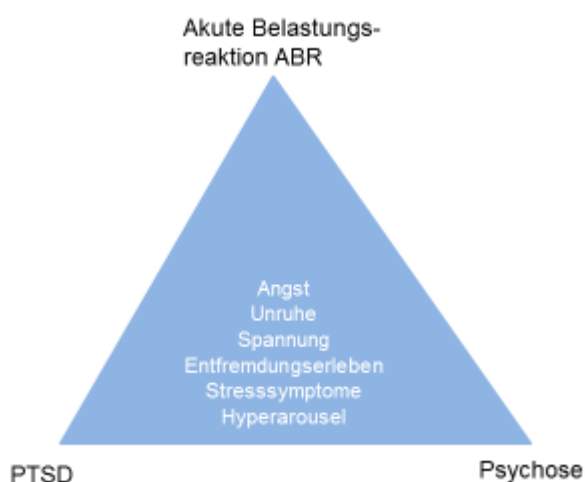
**CAVE:** Symptome der APR wie Apathie, Schwindel, passagere Bewusstseins-eintrübung und Desorientierung, Herzrasen, Nausea und Erbrechen können auch Folge eines Neurotraumas sein im Sinne einer *mild traumatic brain injury MTBI* (Carroll, 2004). Deshalb sollte nach einem Gewalterlebnis immer auch eine Körperuntersuchung erfolgen mit entsprechender Befundaufnahme.



- „Ihr Körper und Ihre Psyche wehren sich gegen das, was passiert ist. Das ist so richtig und gesund.“
- „Sie dürfen und sollen all das tun, was Ihnen Schutz, Sicherheit, Orientierung, Ablenkung und Entspannung bietet...solange es Ihnen nicht schadet!“
- „Bitte verzichten Sie in den ersten 48h nach der Gewalterfahrung auf den Konsum von Alkohol, Drogen und Benzodiazepinen. Diese Substanzen beeinträchtigen nachweislich die Verarbeitung des Erlebten.“
- „Beobachten Sie bitte selber bei sich, wie es Ihnen dabei geht, wenn Sie vom Erlebten erzählen. Halten Sie sich dabei an das, was Ihnen eher guttut: Eher davon zu erzählen oder aber nicht davon zu sprechen und sich abzulenken. Die Menschen sind da recht verschieden!“

## 8.2 Symptomverstärkung

Häufig kommt es nach einer Viktimisierung zur Verstärkung der vorbestehenden Symptomatik einer vorbestehenden PTSD oder SMI. Wenn sich die Symptome dann im Dreieck zwischen einer ABR, einer vorbestehenden PTSD und schizophreniformen Psychose bewegen, ist es praktisch unmöglich, die Zeichen einer Störung zuzuordnen. Halluzinationen können sowohl bei Schizophrenie wie auch bei einer



PTSD in ähnlicher Form und Inhalt auftreten (Jessop, 2008). Halluzinationen in Rahmen einer PTSD aber sind häufiger abwertend und im Zusammenhang mit Selbstverletzung stehend. Jessop, Scott und Nurcombe stellten auch fest, dass Patienten mit PTSD über größeren emotionalen Stress berichteten als Patienten mit Schizophrenie. Auch seien Selbstverletzungen deutlich seltener bei den Psychose- als bei den PTSD-PatientInnen.

Leider habe ich keine Ergebnisse zu der Frage gefunden, wie sich umgekehrt eine aktuelle Gewalterfahrung auf eine vorbestehende Symptomatik einer Schizophrenie oder einer schweren Affektstörung auswirkt. Aus Erfahrung kann ich aber feststellen, dass es gerade bei PatientInnen mit Schizophrenien zu einer Verstärkung der vorbestehenden Produktivsymptomatik (Typ 1) mit Wahn, Halluzinationen, Agitation oder eben der Negativsymptomatik (Typ 2) mit Apathie, soz. Rückzug, Interesselosigkeit, Alogie kommen kann. Eine Symptomverschlechterung bei einer bestehenden Schizophrenie kann natürlich immer auch andere Ursachen haben wie eine Medikamentenumstellung, mangelnde *medical adherence* (regelmässige Medikamenteneinnahme), emotionale oder psychosoziale Belastungen oder einfach eine quasi „endogen“ bedingte Verschlechterung ohne kausalen Auslöser. Dies bedeutet für die Praxis, dass eine Symptomverschlechterung auf jeden Fall Anlass ist, genauer hinzuschauen und im Gespräch nach Ursachen zu suchen. Eine Symptomverschlechterung ist immer von hoher Relevanz für die Behandlung der Grunderkrankung. Sie stellt aber nur ein unspezifisches Zeichen dar in Bezug auf eine erfolgte Viktimisierung.

### 8.3 Dysfunktionales Verhalten

In der psychiatrischen Arbeit begegnen wir oft Menschen mit Viktimisierungen und letztlich auch Traumatisierungen in ihrer Biografie, die nicht die Resilienz von Personen haben, welche Schweres unbeschadet überstehen können. Interpersonelle Gewalt – v.a. aber sexuelle Gewalt im Speziellen - ist in ihrer Wirkung zutiefst beschämend. Noch verheerender sind die Folgen, wenn Gewalt und Übergriffe in der Kindheit von nahen Bezugspersonen ausgingen, zu denen eine Bindung und Abhängigkeit bestand. Täter, die auch Bezugspersonen sind, verletzen nicht nur den Körper sondern in besonderem Ausmass auch die Psyche. Die Vermengung von Bezugsperson und TäterIn, von Intimität und Gewalt, von Zuhause und Tatort, von Fluchtimpuls und Abhängigkeit, führt zu einem Selbstbild voller Scham, Ohnmacht und letztlich zu dysfunktionalem Verhalten. Die Opfer-Täter-Grenze ist durchlässig innerhalb des Systems Familie oder Partnerschaft. Opfer fühlen sich schuldig, Täter sehen sich als Opfer. Diese Dynamik ist in sich so folgerichtig wie auch fatal. Dysfunktionales Verhalten folgt einer inneren, bitteren Logik, sie macht Sinn. Es ist ein wichtiges Ziel der psychotherapeutischen Arbeit, diese Logik zu erkennen. Was erkannt, begriffen, erfüllt, benannt, zugeordnet, validiert und betrauert ist, kann mit der Zeit abgelegt werden. An dysfunktionalem Verhalten sehen wir:

- *Selbstverletzungen*  
Dem eigenen Körper Verletzungen zuführen: schneiden, ritzen, schlagen, quetschen, brennen, ätzen. Dies kann sowohl als spontane Reaktion auftreten auf äussere, reale Viktimisierungen, auf innere Selbstentwertung und als Selbstbestrafung wie auch als Reaktion auf Trigger, die an alten Traumata rühren. Wertfrei ausgedrückt ist die Selbstverletzung ein Akt von innerer Kompensation, bei der die traumatisierte, ohnmächtige Person einen Zustand von A (machtlos, hilflos, ausgeliefert, panisch, angespannt) nach B (selbstwirksam handelnd, sicher, entlastet) überführt.
- *Selbstschädigende Reinigungsrituale*: (v.a. nach sexueller Gewalt)  
„Reinigen“ von Händen, Mund, Darm, Vagina mit scharfen Mitteln oder Gegenständen. Seltener auch exzessives Abführen oder provoziertes Erbrechen. Dieses Verhalten hat sowohl „reinigenden“ wie auch bestrafenden Charakter.
- *Suizidversuche*  
Selbsttötungsversuche mit selbstbestrafendem Charakter, aufgrund eines narzisstischen Zusammenbruchs oder als spontane Überforderungsreaktion. (Henseler, 2000) Der unselige Begriff des „*appellativen Suizidversuches*“ kann hier auch eine positive Bedeutung haben im Sinne von: „*Frage mich, wie es mir geht und was geschehen ist!*“ Bei einem Suizidversuch nach Viktimisierung kann davon ausgegangen werden, dass eine hohe Opfer-Täter-Bindung besteht oder entsprechend resinszeniert wurde. Der Suizid wird so zum dritten Weg zwischen Flucht und oder Kampf und zwischen Bindung oder Ablehnung zum Täter. Wer nicht fliehen oder kämpfen, wer die Nähe zum Täter nicht aushält, aber ihn auch nicht ablehnen kann, dem bleibt der Suizid/-versuch.
- *Substanzkonsum*  
Selbstbetäubung mit Alkohol, Medikamenten oder Drogen in nicht-suizidaler Absicht. Diese Reaktion ist genauso häufig wie auch fatal: Die PatientInnen machen die Erfahrung, dass sie mit

dem Konsum einer Substanz einfach, effizient und auch „selbstbestimmt“ negative Emotionen verändern können. Eine gefährliche Art von Selbstwirksamkeit, die schnell zum Problem werden kann. Nichts modifiziert ein Befinden so effizient und schnell wie eine konsumierte Substanz (Alkohol, Benzodiazepine, illegale Drogen).

- *Sensation Seeking*

Aufsuchen von gefährlichen Orten oder Begehen von gefährlichen Handlungen (z.B. nachts durch „zwielichtige“ Stadtviertel laufen, auf Baukräne oder Leitungen klettern, über ungesicherte Strassen oder Bahngleise gehen). Dies kann als Reinszenierung der realen Gefahrensituation verstanden werden. Dies im Sinne eines urmenschlichen und archetypischen Rituals zur Bekämpfung der inneren Bilder. Aus Ohnmacht soll wieder Selbstbemächtigung werden.

- *Sexuelle Exposition und Eingehen von dysfunktionalen Beziehungen*

Menschen mit einer längeren Geschichte von sexuellen Traumata oder frühem Missbrauch reagieren mitunter mit „aggressivem“ sexuellem Verhalten auf sexuelle Gewalt. So erlebten Frauen, die sich prostituieren, überdurchschnittlich häufig sexuellen Missbrauch in der Kindheit (El-Bassel, 2001) genauso auch wie bei Menschen mit einer Sexsucht (Carries, 1996). Ebenfalls gehen PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht selten sexuelle Kontakte ein im Grenzbereich zwischen gewollt und ungewollt, die oft dysfunktionalen Charakter haben. Die Motive dieser Formen von sexueller Exposition sind psychodynamisch zu verstehen: Die Reinszenierung eines Erlebnisses von ausgeliefert und machtlos sein mit dem Ziel, selber machtvoll und steuernd zu sein, es in der Hand zu haben. Ein Versuch, der immer wieder von neuem scheitert. Oder aber die Resinszenierung von Scham und Schuld, mit dem Ergebnis, sich von neuem selber emotional zu verletzen. Der Selbstheilungsversuch wird so zur Retraumatisierung. Ein anderes Erklärungsmodell ist das „Täterintrojekt“. Sehr vereinfacht ausgedrückt, hatte das Opfer als Kind zum Täter eine Bindung, falls es sich um eine Bezugsperson handelte, was sich dann im Erwachsenenleben durch dysfunktionale Beziehungsmuster zeigt. Klassisches Beispiel dazu: Mädchen, die mit einem alkoholkranken und missbräuchlichen Vater aufgewachsen sind, finden als erwachsene Frauen häufig punktgenau und seriell ebensolche Partner. Gewalt und Sexualität, Missbrauch und Bindung, Liebe und Ausnützung sind miteinander unabgrenzbar vermischt. Ebenso klassisches Beispiel: Frauen in Psychotherapie mit Missbrauchserfahrung versuchen nicht selten männliche Therapeuten zu verführen. Die Erfahrung der nicht sexualisierten männlichen Zuwendung verunsichert zutiefst und wird auf ein sexualisiertes – bekanntes und vermeintlich sicheres – Terrain verlagert. Dysfunktionale und umgekehrt auch „funktionale“, nährenden Bindungen sind weitgehend Wiederholungen von frühen Bindungen. Veränderungen sind natürlich immer möglich, sind aber zäh.

#### **8.4 Dissoziative Symptome und Störungen**

Dissoziative Symptome treten in milderer Ausprägung bereits bei der *Akuten Belastungsreaktion* (ICD-10: F43.0) auf in Form von zeitnahen (sofort bis Tage nachher) Reaktionen auf aussergewöhnliche Belastungen wie interpersonelle Gewalt, Unfälle oder Todesgefahr (z.B. durch einen Herzinfarkt). Dies

häufig als Gefühl, nicht man selbst zu sein oder alles wie durch einen Filter oder eine Kamera zu erleben. Das häufigste Derealisationserleben ist die Abwehr des Erlebten im Sinne von: „*Nein, das ist nicht wahr. Das ist nur ein Film oder ein Traum. Das geschieht jetzt nicht mir!*“. Diese Phänomene stellen einen kurzen zeitlichen Puffer her zwischen Realität und Erleben. Auch hier haben wir wieder die Problematik, dass diese Symptome nicht ganz einfach von vorbestehenden Krankheitszeichen im Rahmen von Psychosen und Substanzabusus unterschieden werden können.

Dissoziative Störungen (ICD-10: F44.0-9) wiederum sind eigenständige Syndrome. Diese Gruppe von Traumafolgestörungen hat in ihrer Betrachtung einen langen Weg hinter sich. Die im 19.JH beschriebene „*Hysterie*“ wurde beerbt von den drei Störungsbildern „*Histrionische Persönlichkeitsstörung*“, „*Konversionsstörung*“ und eben die Gruppe der „*Dissoziative Störungen*“. Letztere Störungen zeigen sich höchst unterschiedlich: (Reedemann, 2001)

- *Dissoziative Amnesie*: Fehlen von Erinnerung an die Vergangenheit. Ein aktuelles Beispiel aus meiner Berufspraxis. Eine 29j. Informatikerin, die in einer Familie mit psychisch schwer kranken Eltern, vernachlässigt und unter hohem emotionalem Stress aufgewachsen ist, kann sich nahezu gar nicht an Begebenheiten aus ihrer Kindheit vor dem 10. Lebensjahr erinnern. Im Zusammenhang mit der „*false memory*“-Debatte in den USA, hat eine Forscherin (Freyd, 1994) nachgewiesen, dass Kinder in der Unfallambulanz eines Spitals, sich später als Erwachsene oft auch nicht ansatzweise an die damaligen (in den archivierten Krankenakten zweifelsfrei dokumentierten) Unfälle und deren Folgen erinnern konnten. Die dissoziative Amnesie schützt Menschen effektiv vor dem Geschehenen. Sie wird aber zum Problem, wenn die Person psychische Störungen zeigt und erlebt, bei denen die Ursache, der biografische Bezug, scheinbar fehlt. Psychische Gesundheit bedingt weitgehend, einen Zugang zur eigenen Geschichte zu haben.
- Bei der *dissoziativen Fugue* geht die Patientin/der Patient unerwartet auf Reisen, nutzt soweit gut organisiert Verkehrsmittel, wirkt äusserlich unverändert und kann sich hinterher meist gar oder nur noch partielle an die Reise erinnern. Eine Fugue kann Stunden oder Tage, in seltenen Fällen auch Wochen und Monate dauern. Diese Reaktion kann psychodynamisch Flucht gesehen werden.
- Beim *Dissoziativen Stupor* erstarrt die Person über Minuten bis viele Stunden. Die Reaktionen auf Sinnesreize sind vermindert oder fehlen ganz. Atmung und Muskeltonus bleiben normal. Das Bewusstsein bleibt ebenfalls erhalten. Die Unterscheidung zu einem *katatonen Stupor* (bei Schizophrenie) oder einem *depressiven Stupor* kann nur in der Gesamtbetrachtung gemacht werden.
- *Dissoziative Bewegungsstörungen* umfassen Gangstörungen, Tremor (Bombentrauma im 1. Weltkrieg), Parkinsonismus, Fehlhaltungen und unwillkürliche Muskelzuckungen.
- Bei *Dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen* werden Sinnesreize über die Haut, Augen, Ohren oder Geruch vermindert oder gar nicht mehr wahrgenommen.
- Auf den ersten Blick nicht immer leicht erkennbar sind auch *dissoziativen Krampfanfälle*. Dieses Bild kommt den im 19.Jh. beschriebenen hysterischen Anfällen am nächsten. Bei psychogenen

Anfällen, im Gegensatz zu *dissoziativen Krampfanfällen*, kommt es aber in der Regel *nicht* zu Zungenbiss, Urinabgang, Sturzverletzungen und v.a. auch nicht zu Bewusstlosigkeit.

- Die *dissoziativen Trancezustände* sind im Kontext der in den USA in freikirchlichen Kreisen grassierenden Dämonen- oder Teufelsaustreibungskulte kritisch zu betrachten (Vielleicht ist das zu spezifisch? Gibt es nicht auch Austreibungen in anderen Religionen?). Diese Trancen zeichnen sich aus durch vorübergehende Bewusstseinsveränderungen (Wegtreten), einer Fokussierung auf Stimuli in der Umgebung (z.B. Kerze, Bild, Musik) und stereotypen Bewegungsmustern und Körperhaltungen. Es steht zu befürchten, dass viele Personen mit „Besessenheit“ eigentlich unter einer dissoziativen Störung leiden, dies aber nicht erkannt und eher ausgenutzt als behandelt wird.

Diesen Bildern ist gemein, dass sie allesamt einem Ziel dienen: Der radikalen Abwehr von lebensbedrohlichen Angriffen gegen Leib, Leben und die sexuelle Integrität, die durch die Dissoziation quasi „ausgeknipst“ werden. Bei den dissoziativen Störungen liegen in der Regel frühe Misshandlungen, Missbrauch oder Vernachlässigung zugrunde, die mit hohem emotionalem Stress und faktischem



Ausgeliefert-sein verbunden waren In den damaligen Konstellationen war es den Betroffenen als Kind nicht möglich, in den Kampf (*Fight*) oder in die Flucht (*Flight*) zu gehen. Was blieb war die Dissoziation (*Freeze*) als Akt der Selbstbetäubung und als

Überlebensstrategie. Wer erstarrt, hofft so, nicht ganz zerstört zu werden. Die Antilope, der die Waffen zum Kampf und der Ausweg zur Flucht fehlen, erstarrt völlig bewegungslos am Boden. Dies als letzte Chance, um so dem Löwen zu entgehen. Wer kämpft, kann besiegt; wer flieht, kann erwischt; wer aber erstarrt, kann für tot gehalten und verschont werden. Die Strategie kann aber zum Problem werden, wenn die Dissoziation zum Verhaltensmuster wird, das sich verselbständigt und ins Erwachsenenalter

hinüberrettet. Beispiel: Eine Frau fällt im Tram in einen dissoziativen Stupor, nachdem sie bei einem Passagier ein bestimmtes After-Shave gerochen hat, das bei ihr als Trigger wirkt. Was in der Vergangenheit einen Akt des Überlebens war, ist heute ein lästiges und quälendes Übel. Im Extremfall wird aus der kindlichen Copingstrategie im Erwachsenenalter eine schwere Störung wie die Dissoziative Identitätsstörung DIS, bei der die Psyche in multiple Persönlichkeitsanteile zerfällt, die dann jeweils ihre Eigenleben führen.

#### **Dissoziative Identitätsstörung im Film**

Eine unterhaltsame Einführung ins Thema bietet das amerikanische TV-Comedy-Drama „United States of Tara“. In der Serie spielt Toni Colette eine typisch amerikanische Vorstadt-Hausfrau, die an einer DIS leidet mit sieben höchst unterschiedlichen Persönlichkeiten, die ihr und ihrer Familie einen anstrengenden Alltag bescheren.

### **8.5 Äusserer Rahmen und körperliche Spuren**

Mehr oder weniger spezifische Hinweise sind auf Gewalterlebnisse sind z.B.:

- Außergewöhnliches Verhalten wie etwa unübliches Fernbleiben, Verspätungen, nicht einhalten von Abmachungen, plötzliches Verschwinden oder soziale Isolation

- Erzählen von unstimmgigen Geschichten wie z.B. von Unbekannten überfallen oder in einen Unfall verwickelt worden zu sein
- Erscheinen mit verschmutzten oder beschädigten Kleidern, Schuhen, Taschen, ohne eine schlüssige Erklärung dazu geben zu können
- Körperliche Spuren von interpersoneller Gewalt siehe folgende Grafik

Zu den körperlichen Spuren (Martinez, 2016) die folgende Übersicht:

Gewaltformen	Anwendung	Anzeichen
Stumpfe Gewalt	Schläge mit Händen, Fäusten, Stöcken, Fußtritte, div. Gegenstände oder Stoßen	Blutergüsse, Hautabschürfungen, Quetsch-Riss-Wunden
Gewalt gegen den Hals	(Er-)Würgen mit Händen Drosseln mit Werkzeugen, in Schwitzkasten nehmen, (Er-)hängen mit Seil, Schnur, Draht Sonderformen wie Einklemmen	Objektive Befunde mit Hautabschürfungen, Blutergüssen und Stauungsblutungen (Petechien)  Subjektive Befunden mit Schluckbeschwerden, Heiserkeit oder Bewusstlosigkeit, Urin- / Stuhlabgang, Schwindel, Sehstörungen
Scharfe Verletzungen	Schnitt- und Stichverletzungen durch Hieb- und Stichwaffen, Werkzeuge oder Scherben	Vorliegende Schnitt- und Stichwunden
Thermische Verletzungen	durch Verbrühen mit Flüssigkeiten oder Brennen mit Gegenständen wie Bügeleisen oder Pfannen	In der Regel lokal abgrenzbare Brandverletzungen ersten, zweiten oder dritten Grades

## 9 Postvention nach Gewalt gegen psychisch Kranke

Die von 8.1 bis 8.5 beschriebenen Ebenen ergeben letztlich eine Fülle von Informationen und Annahmen, die zu einem Gesamtbild zusammengesetzt werden können. Daraus kann resultieren, dass die Betroffenen noch mal in adäquater Art angesprochen und befragt wird, ob und was geschehen sei. Dies möglichst in einem Rahmen von engagierter, professioneller Gelassenheit auf eine klare aber nicht invasive Art durch eine Person des Vertrauens. Diese Person muss in dieses Gespräch genügend Zeit, Erfahrung und Ruhe mitbringen sowie idealerweise eine möglichst gute Vertrauensbasis zur betroffenen Person haben. Eine Verifizierung aber ist letztlich nur möglich, durch

- die Aussage des Gewaltopfers,
- körperliche Spuren (Verletzungen, Spuren von sexueller oder physischer Gewalt, Fremd-DNA)
- oder mit aussagekräftigen Drittinformationen von Augenzeugen

Das Vorliegen einer erlittenen Viktimisierung oder die starke Annahme, machen im Kontext der Behandlung eine entsprechende Postvention nötig. Diese umfasst im Wesentlichen rechtliche, rechtsmedizinische, präventive und traumapsychologische Aspekte, welche ich in diesem Rahmen nur ganz kurz anschnitten kann:

### 9.1 Rechtliche Aspekte

Wesentlich ist in diesem Rahmen eine überschaubare Palette von Gesetzen, die teilweise hinein角度reifen:

- StGB (Strafverfahren gegen den Täter)
- StPo (Strafprozessordnung, regelt die Rechte des Opfers im Strafverfahren)
- GSG (Gewaltschutzmassnahmen)
- OHG (Opferhilfe)
- ZGB (u.a. Eheschutzmassnahmen)
- DSGVO (Datenschutz)
- Gesundheitsgesetz GesG (Meldepflicht bei AGT und Melderechte)
- Kesr und Ausführungen dazu (Schutz betroffener Kinder oder Erwachsenenschutzmassnahmen bei PatientInnen mit „Schwäche“ und „Gefahr“)

Die *allerwichtigsten Grundsätze* in Kürze: Gewalt und Misshandlungen sind grundsätzlich Antragsdelikte.

Die Betroffenen haben das Recht bei einfachen leichten Körperverletzungen, Drohungen, Nötigungen, etc. innert drei Monaten nach der Tat Anzeige zu machen gegen die Täter. Dem gegenüber stehen die Offizialdelikte. Dies sind Straftaten, die so schwer sind, dass die staatlichen Strafverfolgungsbehörden wie Polizei und Staatsanwaltschaft die Straftat verfolgen, auch wenn der/die Geschädigte keine Strafanzeige macht. Dies etwa bei Sexualdelikten, *wiederholten* Tötlichkeiten, leichten Körperverletzungen oder Drohungen, immer bei schwerer Körperverletzung oder bei versuchter Tötung. Im Kontext von Gewalt gegen psychisch Kranke wichtig ist auch die Schändung –

**Schändung** (Art 192 StGB Wer unter Ausnützung der Abhängigkeit einen Anstaltspfleger, Anstaltsinsassen, Gefangenen, Verhafteten oder Beschuldigten veranlasst, eine sexuelle Handlung vorzunehmen oder zu dulden, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft).

wobei es sich ebenfalls um ein Offizialdelikt handelt. Der Begriff der Schändung umfasst gerade auch sexuelle Gewalt von Personal in psychiatrischen Kliniken und Anstalten gegen PatientInnen.

Für die Helfenden in der Gesundheitsversorgung relevant ist das Melderecht. Nach dem Zürcherischen Gesundheitsgesetz ist es *health care professionals* gestattet, Körperverletzungen nach Gewalt gegen Leib und Leben der Polizei zu melden. Das bedeutet, dass das Gesundheitspersonal im Meldefall befugt ist, den Ermittlungsbehörden (Polizei, Staatsanwaltschaft) Auskunft über die verletzte Person zu geben, ohne damit die Schweigepflicht zu verletzen. Der beste Weg führt aber immer über eine Anzeige des Opfers gegen den Täter aus freien Stücken. Im Zweifelsfall können und sollten sich die Betroffenen und Helfenden zeitnah, damit die Spuren so gut wie möglich gesichert werden können, Informationen

**Melderecht** GesG § 15. Abs. 4. Sie sind ohne Bewilligung oder Einwilligung nach Abs. 2 berechtigt, a. Den zuständigen Behörden Wahrnehmungen zu melden, die auf ein Verbrechen oder Vergehen gegen Leib und Leben, die öffentliche Gesundheit oder die sexuelle Integrität schliessen lassen.

einholen bei den entsprechenden OHG-Stellen oder Polizeidienste. Eine Meldung entgegen dem ausdrücklichen Wunsch der betroffenen Person muss gut erwogen werden und sollte nur bei einer massgeblichen Gefährdung und/oder deutlichen Urteilsunfähigkeit des Opfers erfolgen.

## 9.2 Rechtsmedizinische Aspekte

Nebst der forensisch-medizinischen Klärung von Verstössen gegen die Verkehrs- und Betäubungsmittelgesetze, Feststellung des Alters oder Fahrtüchtigkeit/-fähigkeit verfolgt die Rechtsmedizin das Ziel, im Auftrag der Strafverfolgung und –untersuchung rechtswirksame Fakten zu erheben und zu dokumentieren bei physischer und sexueller Gewalt, Misshandlung und Vernachlässigung. Rechtsmedizinische Laien im Gesundheitswesen können wesentlich dazu beitragen, dass Gewalt gegen Patientinnen festgestellt und verfolgt werden kann. Dazu das folgende Vorgehen:

- Möglichst baldige Untersuchung durch RechtsmedizinerInnen eines entsprechenden Institutes. Dies führt in der Regel über eine Anzeige bei der Polizei oder das Aufsuchen einer Gewaltambulanz (2016 in der Schweiz nur in Lausanne und Yverdon-les-Bains existierend).
- Falls die betroffene Person nicht oder noch nicht zu einer Anzeige zu motivieren ist, sollte innerhalb der Institution eine Untersuchung und Dokumentation durch eine ausgebildete *Forensic Nurse* oder durch einen Arzt/eine Ärztin mit entsprechender Erfahrung und Qualifikation erfolgen
- Falls auch dies nicht möglich ist, ist eine laienhafte rechtsmedizinische Erhebung auf jeden Fall besser als gar keine Dokumentation oder Asservation. Dazu empfehlen sich folgende Grundsätze:
  - o *Genaue schriftliche Dokumentation*: Genaue Befragung der Person: Wo hat was, wie, durch wen und in welchem Ablauf stattgefunden. Was geschah vorher und nachher? Diese Informationen werden phänomenologisch und nicht interpretierend ausführlich dokumentiert. Auf Suggestivfragen und Interpretationen bei der Befragung ist dringend zu verzichten. Dabei wird auch festgehalten, in welcher Sprache das Gespräch erfolgt ist und wie das psychische und kognitive Befinden der Person zur Zeit der Erhebung ist.
  - o *Körperliche Untersuchung*: Suchen, Feststellen und Dokumentieren von Hinweisen auf körperliche oder sexuelle Gewalt. Siehe dazu 8.5. Wichtig auch die Abnahme von Blut und Urin zur Feststellung oder Ausschluss von Substanzkonsum. Zur Körperuntersuchung gehört in jedem Fall auch die Kontrolle der Arm- und Bein-Innenseiten und Stellen hinter den Ohren oder unter dem Haarschopf
  - o *Bilddokumentation*: Sichtbare Befunde sollten auf jeden Fall fotografisch und ggf. mit Zeichnungen dokumentiert werden. Dabei muss die Person klar erkennbar sein, worauf vom „Grossen“ ins „Kleine“ fotografiert wird in möglichst hoher Auflösung und idealer Belichtung. Verletzungen und Hautveränderungen sollen immer auch mit einem aufgelegten/hingehaltenen Maßstab fotografiert werden für eine zweifelsfreie Grössenzuordnung.
  - o *Spurenasservation*: Kleidungsstücke und Gegenstände, mit denen der Täter mutmasslich Körperkontakt haben könnte, sind möglichst ohne sie anzufassen, in sauberes Papier einzuschlagen oder einzutüten, wobei hier keine Plastiksäcke zu verwenden sind.



Potentielle Täterspuren durch Speichel, Sperma, Haare oder (unsichtbare) Griffspuren am Körper des Opfers können durch sterile Wattestäbchen sichergestellt werden. Solche Spurenabriebe sind grundsätzlich am ganzen Körper möglich sowie auch in allen Körperöffnungen. Dabei müssen die Wattestäbchen oder Tupfer bei trockenen Spuren mit sterilem NaCl angefeuchtet werden. Bei feuchten Spuren wiederum sind trockene Träger zu verwenden. Selbstredend werden diese Asservate beschriftet und trocken-dunkel-sicher aufbewahrt.

- *Kontamination vermeiden*: Bei der Körperuntersuchung und Spurenasservation müssen immer sterile Handschuhe, Mundschutz und möglichst auch eine Haube getragen werden, um die Kontamination der Spuren durch eigene DNA zu vermeiden.
- *Spuren bewahren*: Falls das Opfer doch bereit ist, sich rechtsmedizinisch untersuchen zu lassen, muss auf jeden Fall auf hygienische Massnahmen verzichtet werden wie: Waschen von Händen, Duschen oder Baden des Körpers, Kämmen der Haare, Kleider- oder Schuhwechsel sowie Mundhygiene durch Spülen oder Bürsten. Dies kann gerade nach sexueller Gewalt quälend sein, ist aber von grosser Bedeutung für die Strafuntersuchung und letztlich für das „geglaubt werden“.

### 9.3 (Sekundär-)Präventive Aspekte

Ein spezielles Augenmerk gilt der Vorbeugung von weiteren Gefährdungen. Hierbei müssen folgende Fragen geklärt werden: Bestehen weiterhin Risiken für die betroffene Person? Falls ja, welche Massnahmen auf therapeutischer, sozialer, polizeilicher und rechtlicher Ebene müssen getroffen werden, um diese Risiken zu minimieren? Weiter muss auch berücksichtigt werden, dass Drittpersonen ebenfalls gefährdet sein könnten. Wertvolle Hilfe und Unterstützung leisten dabei die spezialisierten Polizeidienste im Rahmen des Bedrohungsmanagements.

### 9.4 Traumapsychologische Aspekte

Im Grundsatz gelten auch für Personen mit SMI die üblichen Massnahmen einer adäquaten Krisenintervention bei akuten Belastungsreaktionen mit den drei Eckpfeilern *Patienteninformation* bezüglich natürlichen Reaktionen auf das Erlebte

- Nahe aber nicht aufdringliche *Begleitung* in einer Haltung von engagierter Gelassenheit
- *Validierung* des Erlebten und des Umgangs damit. Dies unter Beachtung der mit der Tat verbundenen Verletzung von gesellschaftlichen Normen und Werten

In der Begleitung von gewaltbetroffenen psychisch Kranken sind darüber hinaus häufig noch weitere Massnahmen notwendig:

- *Prävention von dysfunktionalem Verhalten*  
Thematisierung von früheren Reaktionsmustern wie Suizidversuche, Selbstverletzung, Substanzabusus, sexuelle Exposition, usw. Was spricht für und was gegen eine solche Reaktion? Was bringt dysfunktionales Verhalten näher und was schafft Distanz? Weiter helfen Vereinbarungen, was die Person kurz davor tun kann oder was gilt, wenn es doch dazu kommt. Das nüchterne Thematisieren wirkt dabei nicht als Trigger sondern im Gegenteil als Entlastung durch die Vorwegnahme in der Phantasie und dadurch eine gewisse Entmystifizierung.

- *Krankheitscoping*  
Welche der Patientin/dem Patientin bekannten und erfolgreichen Copingstrategien für den Umgang mit der Grunderkrankung sind jetzt in diesem Moment hilfreich und sollen zur Anwendung kommen?
- *Stabilisierung*  
Was gibt im Moment Orientierung und Sicherheit? Welcher Rahmen und welche Alltagsrituale verschaffen Ordnung, Entlastung und Entspannung? Oder sind umgekehrt spezielle Rituale hilfreich, um das Erlebte aus dem Alltag zu schaffen?
- *Ablenkung vs. Verbalisieren*  
Was verschafft mehr Entlastung und Sicherheit? Vom Erlebten zu erzählen? Wenn ja, wie lange und gegenüber wem? Oder ist Ablenkung die bessere Variante? Dabei Ermutigung, sich selber zu beobachten und aus dem eigenen Erleben heraus zu entscheiden.
- *Imaginative Verfahren*  
Hilfreiche Verfahren fern jeglicher Esoterik sind imaginative Verfahren oder Übungen mit denen das Erlebte aus der momentanen Übererregungs- und Stresssituation „wegpackt“ (Huber M., 2012) werden können. Diese Übungen sind mit richtiger Anleitung von hoher Wirksamkeit. Bekannt ist z.B. die „Tresorübung“, bei der das Erlebte in einen Tresor eigener Wahl gepackt und verschlossen wird. Darauf wird der Tresor in der Imagination an einen sicheren Ort gepackt wie eine Höhle, einsame Insel, Meerestiefe, Gebäude, zu der nur der betroffene Zugang und einen Schlüssel hat. Die umgekehrte Variante ist eine Imaginationsübung „der sichere Ort“, bei der die traumatisierte Person sich in ihrem Körper einen sicheren Ort sucht, an dem sie sich wohlig und sicher einrichtete und den sie jederzeit aufsuchen kann. Fazit und Ausblick

Das Gesundheitswesen und im Speziellen die psychiatrische Versorgung haben durch ihre Fürsorgepflicht, dem vorhandenen grundsätzlichen Wissen wie auch durch die Fallinformationen eine vermehrte Verantwortung für gewaltbetroffene oder gewaltgefährdete PatientInnen. Dieser Verantwortung werden die psychiatrischen Behandelnden (stationär wie ambulant) noch zu wenig gerecht.

Psychiatrische PatientInnen müssen in der Behandlung hinreichend geschützt und unterstützt werden auf allen vorgenannten Ebenen wie etwa bei der Sicherung und Dokumentation von Beweismitteln, im Anzeige- und Opferhilfverfahren und natürlich auch in der emotionalen Bewältigung des Erlebten.

Um diesen berechtigten Anforderungen gerecht zu werden, sollten einige wichtige Massnahmen dringend angegangen und umgesetzt werden:

- Sensibilisierung und kultureller Wandel bei den (*mental*) *health services* durch Information und Bildung (oder ggf. auch durch äusseren politischen Druck)
- Infobroschüren, Fachbücher und Weiterbildungsangeboten für *health care professionals* müssen in guter Qualität zielgruppengerecht erarbeitet werden
- Innerhalb der Institutionen müssen entsprechende Arbeitsblätter und Prozessbeschreibungen geschaffen werden, die in der Praxis zur Anwendung kommen und den Behandelnden entsprechende Orientierung und Sicherheit geben, um der Verantwortung gerecht zu werden

- In der ambulanten und stationären Versorgung müssen Stellen und Stellenbeschreibungen geschaffen werden für *Forensic Nurses*.

*Forensic Nurses* werden zukünftig die Aufgabe haben, PatientInnen adäquat zu betreuen, rechtzeitig Befunde und Beweismittel zu sichern und die Rechtsmedizin und Strafverfolgung bei ihrer Arbeit zu unterstützen. Weiter steuern die *Forensic Nurses* innerhalb der Institutionen die entsprechenden Prozesse, machen intern fachliche Beratungen. Sie sind im Grundsatz wie auch im Einzelfall das Bindeglied zwischen der eigenen Organisation und den Institutionen der Rechtsmedizin, Strafverfolgung und Opferhilfe.

Mit der Entwicklung der beruflichen Weiterqualifizierung für Pflegende im Bereich *Forensic Nursing* wird eine kleine aber wichtige Versorgungslücke geschlossen. Eine Entwicklung, die schon lange fällig war und vorangetrieben werden muss im Dienste einer besonders vulnerablen Gruppe von PatientInnen: Psychisch Kranke, die von Gewalt und Missbrauch betroffen sind.

## 10 Quellenangaben

- Brekke, J. S. (2001). Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community. *Psychiatric Services*.
- Carries, P. J. (1996). Childhood abuse and multiple addictions: Research findings in a sample of self-identified sexual addicts. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 3(3), 258-268.
- Carroll, L. C. (2004). Prognosis for mild traumatic brain injury: results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. *Journal of Rehabilitation Med.*
- Caton, C. L. (1994). Risk factors for homelessness among schizophrenic men: a case-control study. *American Journal of Public Health*, 84(2), 265-270.
- Chessen, C. E. (2011). Untreated posttraumatic stress among persons with severe mental illness despite marked trauma and symptomatology. *Psychiatric services*, 62(10), 1201-1206.
- Choe, J. Y. (2008). Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: balancing public health concerns. *Psychiatric Services*.
- Egle, U. T., Nickel, R., Schwab, R., & Hoffmann, S. O. (2000). Die somatoforme Schmerzstörung. *Deutsches Ärzteblatt* 97(21): A-1469 / B-1229 / C-1149.
- El-Bassel, N. W. (2001). Correlates of partner violence among female street-based sex workers: substance abuse, history of childhood abuse, and HIV risks. *AIDS patient care and STDs*, 15(1), 41-51.

- Feder, G. S. (2006). Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Archives of internal medicine*, 166.
- Fitzgerald, P. B. (2005). Victimization of patients with schizophrenia and related disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(3), 169-174.
- Folsom, D. &. (2002). Schizophrenia in homeless persons: a systematic review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(6), 404-413.
- Freyd, J. J. (1994). Betrayal trauma: Traumatic amnesia as an adaptive response to childhood abuse. *Ethics & Behavior*, 4(4), 307-329.
- Gearon, J. S. (1999). Women with schizophrenia and co-occurring substance use disorders: an increased risk for violent victimization and HIV. *Community Mental Health Journal*, 35(5), 401-419.
- Goodman, L. A. (2001). Recent victimization in women and men with severe mental illness: prevalence and correlates. *Journal of traumatic stress*, 14(4), 615-632.
- Green, M. F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia?. *The American journal of psychiatry*, 153(3), 321.
- Henseler, H. (2000). *Narzisstische Krisen: Zur Psychodynamik des Selbstmords (Vol. 58)*. Springer-Verlag.
- Honkonen, T. H. (2004). Violent victimization in schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(8), 606-612.
- [https://en.wikipedia.org/wiki/United\\_States\\_of\\_Tara](https://en.wikipedia.org/wiki/United_States_of_Tara). (kein Datum).
- Huber, M. (2005). *Der innere Garten: ein achtsamer Weg zur persönlichen Veränderung*. Junfermann Verlag GmbH.
- Huber, M. (2012). *Trauma und die Folgen: Trauma und Traumabehandlung*. Junfermann Verlag GmbH.
- Huber, M. (2012). *Trauma und die Folgen: Trauma und Traumabehandlung*. Junfermann Verlag GmbH.
- Jessop, M. S. (2008). Hallucinations in adolescent inpatients with post-traumatic stress disorder and schizophrenia: similarities and differences. *Australasian Psychiatry*, 16(4), 268-272.
- Lagdon, S. A. (2014). .Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: A systematic review. *European journal of psychotraumatology*, 5.
- Lauber, C. (2008). Stigma and discrimination against people with mental illness: a critical appraisal. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 17(01), 10-13.
- Lewis, J. &. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 1, 46.

- Maniglio, R. (2009). Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(3), 180-191.
- Martinez, R. M. (2016). Körperliche Untersuchung - Universität Zürich, Institut für Rechtsmedizin, Skript für CAS Forensic Nursing.
- Mueser, K. T. (1995). Epidemiology of substance use disorders among persons with chronic mental illnesses.
- Posner, J. E. (1996). .Quality and use of trauma histories obtained from psychiatric outpatients mandated inquiry. *Psychiatric Services*, 47, 165-169.
- Posner, J. E. (2008). Quality and use of trauma histories obtained from psychiatric outpatients: a ten-year follow-up. *Psychiatric Services*.
- Reedemann, L. H. (2001). *Psychotherapie der dissoziativen Störungen: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis-störungsspezifisch und schulenübergreifen*. Georg Thieme Verlag.
- Silver, E. A. (2005). Mental disorder and violent victimization in a total birth cohort. *American Journal of Public Health*, 95(11), 2015-2021.
- Speck, V. &. (2012). Erhöhte Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung bei Patienten mit CRPS. *Schmerz*, 26(Suppl 1), P14.
- Teplin, L. A. (2005). Crime victimization in adults with severe mental illness: comparison with the National Crime Victimization Survey. *Archives of general psychiatry*, 62(8), 911-921.
- Tesarz, J. &. (2013). Somatoforme Schmerzstörungen. In *Praktische Schmerzmedizin* (pp. 389-398). Springer Berlin Heidelberg.
- Verhoff, M. A. (2014). Klinische Rechtsmedizin. In *Rechtsmedizin* (pp. 111-117). Springer Berlin Heidelberg.
- Wikipedia. (2015). <https://de.wikipedia.org/wiki/Stressreaktion>.
- World Health Organization, t. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*.