

Betroffene von Gewalt in Partnerschaften erkennen und unterstützen

Grundlagen für die psychotherapeutische Praxis

Hannah M. Micklitz, Gunda Wössner, Heide Glaesmer & Lasse B. Sander

Zusammenfassung: Gewalt in Partnerschaften ist ein weitverbreitetes Problem und kann schwerwiegende psychische und körperliche Gesundheitsfolgen für betroffene Menschen haben. Der vorliegende Übersichtsartikel beleuchtet, wie Psychotherapeut*innen von Gewalt in Partnerschaften betroffene Menschen erkennen und unterstützen können. Der Artikel erläutert die heterogenen Erscheinungsbilder von Gewalt in Partnerschaften, deren Prävalenz sowie zugehörige ätiologische Modelle. Zudem werden häufige vorzufindende biopsychosoziale Problemlagen im Kontext von Gewalt in Partnerschaften dargestellt. Psychotherapeut*innen erhalten konkrete Hinweise zum routinemäßigen Screening und zur Diagnostik von Gewalt in Partnerschaften. Weiterhin thematisiert der Artikel zentrale Prinzipien und Interventionsansätze für die Psychotherapie mit Menschen, die Gewalt in Partnerschaften erleben oder erlebt haben.

Einleitung

Gewalt in Partnerschaften¹ ist ein häufig auftretendes Problem, welches Menschen aller Geschlechter betrifft und schwerwiegende Gesundheitsfolgen für betroffene Menschen haben kann (World Health Organization, 2012). Die psychotherapeutische Versorgung hat einen besonderen Stellenwert in der akuten und nachhaltigen Behandlung von Menschen, die von Gewalt in Partnerschaften betroffen sind (Oram et al., 2022; Trevillion et al., 2016)². Einerseits wirkt sich das Erleben von Gewalt in Partnerschaften häufig kurz- und langfristig negativ auf die psychische Gesundheit aus (Bacchus et al., 2018; White et al., 2023). Andererseits sind psychische Erkrankungen ein prominenter Risikofaktor für das Auftreten von Gewalt in Partnerschaften (Spencer et al., 2022; Spencer, Mallory et al., 2019).

Der vorliegende Artikel widmet sich daher der Vermittlung von Wissen und Kompetenzen zum Erkennen von und psychotherapeutischem Umgang mit Menschen, die Gewalt in Partnerschaften erleben oder erlebt haben.

Definition und Formen von Gewalt

Gewalt in Partnerschaften ist ein heterogenes, komplexes und dynamisches Phänomen, das verschiedene Gewaltformen und -typen umfasst (Alexander & Johnson, 2023; Ali et al., 2016; Hall et al., 2022). Die WHO (2012) definiert Gewalt in Partnerschaften als „Verhalten eines Beziehungspartners [oder einer Beziehungspartnerin], das körperlichen,

sexuellen oder psychologischen Schaden herbeiführt, einschließlich körperlicher Gewalt, sexueller Nötigung, emotionaler Misshandlung und kontrollierendem Verhalten“ (S. I. G. N. A. L. e. V., 2014, S. VII). Im aktuellen Diskurs werden zusätzlich ökonomische Gewalt, digitale Gewalt und Stalking als spezifische Gewaltformen hervorgehoben (Gilbar et al., 2023; Kim & Ferrareso, 2023; Postmus et al., 2020). Tabelle 1 zeigt Beispiele der unterschiedlichen Gewaltformen.

Die Gewaltformen können gemeinsam oder allein auftreten. Beispielsweise werden physische und sexuelle Gewalt häufig von emotionaler Gewalt begleitet, können aber auch separat auftreten (Alexander & Johnson, 2023; Hall et al., 2022). Neben der Form variieren Gewalterlebnisse in ihrer Chronizität, Häufigkeit und Schwere (Alexander & Johnson, 2023). Zudem kann Gewalt einseitig oder beidseitig ausgeübt werden (Alexander & Johnson, 2023; Dokkedahl & Elklit, 2019). Gewaltvorkommnisse können sich im Verlauf einer Beziehung dynamisch in Form und Schwere verändern (Hall et al., 2022; Kafonek et al., 2022).

1 Der oftmals synonym verwendete Begriff „häusliche Gewalt“ umfasst neben Gewalt in Partnerschaften auch Gewalt gegen Kinder, ältere Familienmitglieder oder andere Haushaltsmitglieder (World Health Organization, 2012).

2 Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie ausführliche bibliographische Angaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis sowie weiterführende Literatur auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Prävalenz

In einer aktuellen repräsentativen Dunkelfeldstudie zur Häufigkeit von Gewalt in Partnerschaften in Deutschland fanden *Jud und Kolleg*innen (2023)*, dass 53,6 % der Frauen und 48 % der Männer mindestens einmal im Leben von psychischer Gewalt in der Partnerschaft betroffen waren. Physische Gewalt hatten bereits 15,2 % der Frauen und 10,8 % der Männer erfahren. Insgesamt berichteten Frauen häufigere und regelmäßige Betroffenheit sowie das gleichzeitige Erleben verschiedener Gewaltformen. Weiterhin waren Frauen (18,6 %) im Vergleich zu Männern (5,5 %) öfter von sexueller Gewalt betroffen (*Jud et al., 2023*).

Hinsichtlich der Bidirektionalität der Gewalterlebnisse überwiegt bei psychischer Gewalt der Anteil beidseitiger Partnerschaftsgewalt (41,2 % der Männer und Frauen übten psychische Gewalt aus und waren von psychischer Gewalt betroffen). Bei physischer, sexueller und ökonomischer Gewalt wurde gleichzeitige Betroffenheit und Täter*innenschaft weniger häufig berichtet (je nach Gewaltform 2,3 bis 3,1 % beidseitige Gewalt). Insgesamt berichteten Frauen im Vergleich zu Männern bei allen Gewaltformen häufiger nur Betroffenheit (8 bis 15,6 %), während Männer häufiger nur Täterschaft berichteten (1,9 bis 9,1 %) (*Clemens et al., 2023*).

Auch trans* Menschen (trans* Männer, trans* Frauen und nichtbinäre Menschen) sowie Menschen in nichtheterosexuellen Beziehungen sind von Gewalt in Partnerschaften betroffen, wobei eine Untersuchung zur Prävalenz in dieser Population in Deutschland aktuell erstmals durchgeführt wird (*Edwards et al., 2015; Rollè et al., 2018; Trombetta & Rollè, 2023*).

Als schwerste Ausprägung von Gewalt in Partnerschaften sei auch auf die Prävalenz von Tötungsdelikten durch (Ex-)Partner*innen hingewiesen. Weltweit werden ca. 38,6 % der Tötungsdelikte an Frauen und 6 % der Tötungsdelikte an Männern durch (Ex-)Partner*innen begangen (*García-Moreno et al., 2013; Stöckl et al., 2013*). In Deutschland starben 2022 186 Frauen und 52 Männer durch Mord oder Totschlag oder in Folge von Körperverletzung durch (Ex-)Partner*innen (*Bundes kriminalamt, 2023*).

Nicht zuletzt aufgrund der ungleichen Geschlechterverteilung von Tötungsdelikten durch (Ex-)Partner*innen gilt Gewalt in Partnerschaften als die häufigste Form von Gewalt gegen Frauen. Jedoch ist die Frage um Gendersymmetrie, inwiefern also Männer und Frauen in gleicher Häufigkeit Gewalt in Partnerschaften erleben und ausüben, seit Jahrzehnten Bestandteil intensiver Debatten und wird von Vertreter*innen verschiedener Ursachentheorien unterschiedlich beantwortet (*Alexander & Johnson, 2023; Ali et al., 2016*). Die empirische Befundlage ist aufgrund abweichender Stichproben (klinische Stichproben vs. Allgemeinbevölkerung) und Messmethoden (inkonsistente oder mangelnde Erfassung von verschiedenen Gewaltformen, Gewaltdynamiken und von beidseitiger Ge-

Gewaltform	Beispiele
Physische Gewalt	ohrfeigen, kratzen, treten, schlagen, mit Gegenständen werfen, verbrennen, anspucken, schubsen, würgen
Sexuelle und sexualisierte Gewalt	jegliche sexuellen Handlungen ohne Einwilligung, z. B. sexuelle Stimulation oder Penetration ohne Einwilligung, Zwang zum Pornografiekonsum, Aufnehmen pornografischer Inhalte ohne Einwilligung, Zwang zur Prostitution
Emotionale Gewalt	Beleidigung, Erniedrigung, Drohung (z. B. Androhung von physischer Gewalt, Wegnehmen der Kinder), Einschüchterung, Erpressung, Manipulation, gezielte Täuschung und Verunsicherung (gaslighting)
Kontrollierendes Verhalten (coercive control)	soziale Isolation von Freund*innen oder Familie, Überwachen der Tätigkeiten einer Person, Zugang zu finanziellen Ressourcen, Bildung, Beruf oder Gesundheitsversorgung einschränken
Stalking	absichtliches und wiederholtes Aufdrängen, Überwachen, Bedrohen und Einmischen, beispielsweise wiederholte unerwünschte Kontaktaufnahme, Beobachten und Auspienieren, wiederholte unterschwellige und direkte Drohungen, Störung des sozialen und beruflichen Lebens
Digitale Gewalt	Einsatz von Technologie zur Ausübung von psychologischer oder sexueller Gewalt oder Stalking, z. B. Überwachen durch Spyware, Kameras, Überwachung der E-Mail und Social Media Accounts, Zusenden unerwünschter Inhalte, Erpressung mit oder tatsächliche Veröffentlichung von Bildern/Informationen, Erstellung von Fake-Accounts im Namen der anderen Person

Tabelle 1: Gewaltformen und Beispiele (nach Oram et al., 2022; Stewart & Vigod, 2019; Gilbar et al., 2023)

walt) sowie genereller Schwierigkeiten in der Erhebung verlässlicher Zahlen inkonsistent (*Alexander & Johnson, 2023; Hall et al., 2022*).

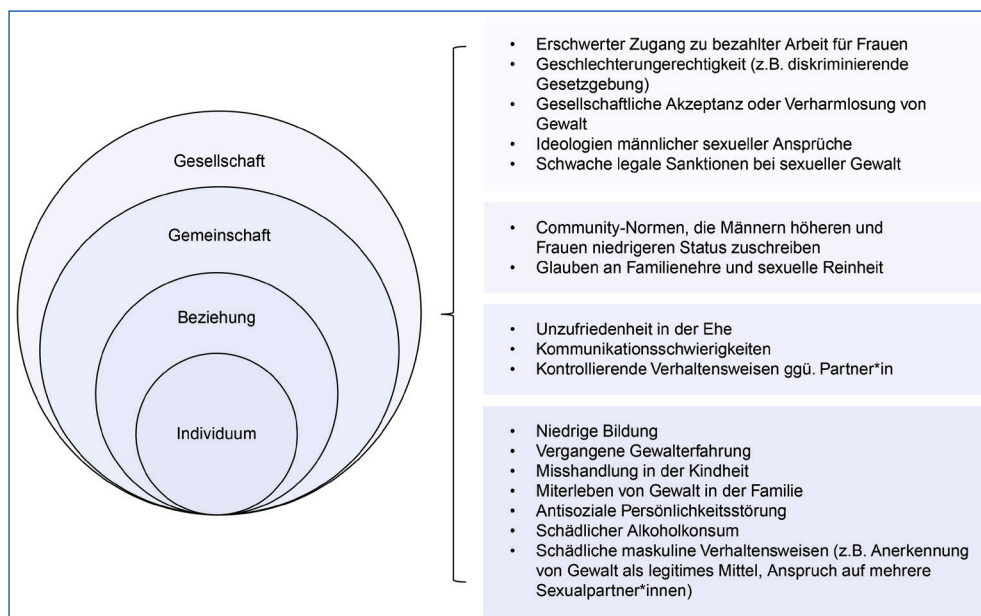


Abbildung 1: „Ökologisches“ Entstehungsmodell von Gewalt in Paarbeziehungen (WHO, 2021)

Ätiologische Modelle

Es bestehen vielfältige theoretische Erklärungsmodelle für Gewalt in Paarbeziehungen (Übersichtsarbeiten bieten z. B. Ali & Naylor, 2013a, 2013b sowie deutschsprachig Schwarz, 2022). Diese identifizieren die Ursachen von Gewalt in Paarbeziehungen in unterschiedlichem Ausmaß auf gesellschaftlicher, sozialer, psychologischer und biologischer Ebene und unterscheiden sich in entsprechend abgeleiteten Präventions- und Interventionsansätzen.

Einige Theorien untersuchen hierbei spezifische Einflussfaktoren und Dynamiken. Einflussreiche Beispiele sind feministische Theorien, die patriarchale Strukturen und Normen als Ursache für Gewalt hervorheben (z. B. Dobash & Dobash, 1979), das Zyklusmodell der Gewalt nach Walker (1977), aber auch die soziale Lerntheorie nach Bandura (1977). Psychodynamische Deutungsrahmen sind in Riehl-Emde (2004) sowie Löwer-Hirsch (2010) zu finden.

Aktuell setzen sich vorrangig „ökologische“ Erklärungsmodelle von Gewalt in Paarbeziehungen durch (basierend auf dem ökosystemischen Modell nach Bronfenbrenner, 1981). Diese beschreiben, wie verschiedene Risikofaktoren auf individueller, interpersoneller, gemeinschaftlicher und gesellschaftlicher Ebene direkt und in Interaktion die Entstehung von Gewalt in Paarbeziehungen sowie die Schwere der Folgen für die Betroffenen beeinflussen (Hardesty & Ogolsky, 2020; Heise & Kotsadam, 2015; Kim, 2023, siehe Abbildung 1).

Die theoretischen Überlegungen zur Entstehung von Gewalt in Paarbeziehungen sind auch für Psychotherapeut*innen relevant: Wird Gewalt in Paarbeziehungen ausschließlich als Resultat der individuellen Psychopathologie von betroffener

Person oder Täter*in betrachtet, kann dies die Pathologisierung und Stigmatisierung von Betroffenen verstärken, bei gleichzeitigem Bagatellisieren des missbräuchlichen Verhaltens des Partners oder der Partnerin und dem Übersehen wichtiger Kontextfaktoren (Sorrentino et al., 2021; Trevillion et al., 2014). Gewalt in Paarbeziehungen nur als Folge sozialer Ungleichheit oder Diskriminierung zu betrachten, riskiert hingegen den Ausschluss und das Übersehen vieler Betroffener, die nicht dem stereotypen Bild von Gewalt in Paarbeziehungen entsprechen, also beispielsweise nicht dem Bild einer heterosexuellen Beziehung, in der eine abhängige Frau schwere physische Gewalt durch einen

dominanten Mann erlebt (Bates et al., 2019; Overstreet & Quinn, 2013). Zudem wird die Chance verpasst, individuelle Risiko- und Schutzfaktoren für wiederholte Gewaltbetroffenheit (im Folgenden auch als Reviktimisierung bezeichnet) und psychische Folgeerkrankungen psychotherapeutisch zu bearbeiten (Oram et al., 2022).

Stattdessen sollte eine individuelle Konstellation an Risiko- und Schutzfaktoren für Reviktimisierung und Eskalation von Gewalt sowie mögliche körperliche, psychische und sozioökonomische Folgen der Viktimisierung im Sinne eines wie im nächsten Abschnitt dargestellten biopsychosozialen Modells diagnostisch erarbeitet und in der psychotherapeutischen Behandlung berücksichtigt werden (Dixon & Graham-Kevan, 2011).

Biopsychosoziale Problemlagen bei Gewalt in Paarbeziehungen

Gewalt in Paarbeziehungen geht häufig mit negativen Folgen für die physische und psychische Gesundheit sowie mit verschiedenen sozioökonomischen Herausforderungen einher (MacGregor et al., 2022; Stubbs & Szoeko, 2022). Oftmals sind physische, psychische und sozioökonomische Probleme nicht nur Folge der Gewalterfahrung, sondern wirken auch als Risikofaktoren für Entstehung und Aufrechterhaltung von Gewalt, als Barrieren bei der Hilfesuche, bei Trennungsentworfungen sowie bei der langfristigen Erholung von der Gewalterfahrung (MacGregor et al., 2022; Oram et al., 2022).

Physische Gesundheit

Neben der Gefahr der tödlichen Eskalation kann Gewalt in Paarbeziehungen sowohl zu akuten Verletzungen als auch

langfristigen körperlichen Beeinträchtigungen und chronischen Schmerzen führen (Stubbs & Szoeko, 2022). Verletzungen und körperliche Einschränkungen gelten wiederum als Risikofaktoren für die erneute Betroffenheit von Gewalt in Paarbeziehungen (Spencer et al., 2022).

Mögliche akute Verletzungen sind Hämatome, Schürfwunden, Prellungen, Quetschungen, Frakturen, Stich-/Schuss- und Brandwunden am gesamten Körper, Schädel-Hirn-Traumata und strangulationsbedingte Anoxie (Glas et al., 2021). Bei akuten Verletzungen sollten Betroffene zur Dokumentation und Behandlung an medizinisches Fachpersonal weitergeleitet werden, vorzugsweise an spezialisierte Ambulanzen (sog. Gewaltschutzambulanzen). Diese verfügen über geschultes Personal im Umgang mit und in der gerichtssicheren Dokumentation von körperlicher und sexueller Gewalt und bieten, falls gewünscht, auch anonyme Unterstützung. Gewaltschutzambulanzen sind daher für eine adäquate medizinische Versorgung von Betroffenen unabdingbar, sind bislang aber leider nicht flächendeckend verfügbar. Zudem sind Hausärzt*innen oder Notaufnahmen örtlicher Krankenhäuser für die Versorgung zuständig (S. I. G. N. A. L. e. V., 2014). Diese verfügen jedoch nicht immer über Qualifikationen und Ressourcen im Umgang mit Gewaltbetroffenheit, sodass die Gefahr inadäquater Reaktionen besteht (Crowe & Murray, 2015). Es kann daher hilfreich sein, potenziell auftretende negative Erfahrungen in der psychotherapeutischen Sitzung vor- oder nachzubereiten (weitere Hinweise hierzu weiter unten im Abschnitt „Hilfe bei der Inanspruchnahme des Unterstützungssystems“; Overstreet & Quinn, 2013).

Auch dauerhafte (psycho-)somatische funktionelle Beeinträchtigungen und chronische Schmerzen sowie sexuell übertragbare Krankheiten, ungewollte Schwangerschaften, Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen können als Folge von Gewaltbetroffenheit in der Paarbeziehung auftreten und eine ärztliche Konsultation erfordern (Hall et al., 2014; Pastor-Moreno et al., 2020; Stubbs & Szoeko, 2022). Tendenziell besteht Gewalt auch während einer Schwangerschaft fort (Devries et al., 2010). Ungewollte Schwangerschaften sind zudem ein Risikofaktor für die Eskalation von Gewalt in Paarbeziehungen (Yakubovich et al., 2018).

Psychische Gesundheit

Neben der Verminderung der allgemeinen Lebensqualität und der sozialen Teilhabe ist das Erleben von Gewalt in Paarbeziehungen mit zahlreichen psychischen Folgen assoziiert, darunter Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Depressionen, Angststörungen, Alkohol- und Substanzmissbrauch, chronische Schmerzen, Essstörungen, Schlafstörungen und Suizidalität (Bacchus et al., 2018; White et al., 2023).

Psychische Folgen von Gewalterfahrung variieren in ihrer Symptomschwere und den Symptomclustern (z. B. An- oder Abwesenheit von Hypervigilanz, komplexe PTBS) sowie im Grad der Beeinträchtigung im Alltag (Bakaitytė et al., 2022; Fernández-Fillol et al., 2021; Hebenstreit et al., 2015). Psychische Folgesymptome können bei allen Gewaltformen und unabhängig von der Schwere der Gewalterfahrung auftreten (Ferrari et al., 2016; White et al., 2023). Aktuelle Evidenz deutet aber darauf hin, dass Gewalterfahrungen kumulativ wirken, sodass das Erleben schwerer und verschiedener gleichzeitig auftretender Gewaltformen, längeres Gewalterleben sowie

Bei akuten Verletzungen sollten Betroffene zur Dokumentation und Behandlung an medizinisches Fachpersonal in spezialisierten Gewaltschutzambulanzen weitergeleitet werden.

beidseitig ausgeübte Gewalt mit negativeren Konsequenzen für die psychische Gesundheit sowie mit umfangreichem Bedarf an psychosozialer Unterstützung einhergehen (Ferrari et al., 2016; Ford-Gilboe et al., 2023; Lagdon et al., 2023). Psychische Folgen können unmittelbar nach dem Gewalterleben oder, wie bei der PTBS, verzögert auftreten (Bonde et al., 2022; Ford-Gilboe et al., 2023). Zudem kann Gewalt in Paarbeziehungen bereits bestehende psychische Beschwerden verschlimmern (Ahmadabadi et al., 2020). Es sei an dieser Stelle auch darauf hingewiesen, dass ein substantieller Anteil Betroffener von Gewalt in Paarbeziehungen keine psychischen Folgesymptome erlebt (Bakaitytė et al., 2022).

Psychische Erkrankungen können nicht nur Folge von Gewalt in Paarbeziehungen sein, sondern das Erleben und Ausüben dieser auch direkt und indirekt erhöhen (Saunders et al., 2021; Spencer, Stith et al., 2019; Spencer et al., 2022; Spencer, Mallory et al., 2019). Hierbei sind die Risikofaktoren für das Erleben und Ausüben von Gewalt in Paarbeziehungen äußerst vielfältig. Dazu zählen selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität, PTBS, Angststörungen, Depressionen, Alkohol- und Substanzgebrauch, (psycho-)somatische Symptome sowie Antisoziale Persönlichkeitsstörung und Borderline-Persönlichkeitsstörung (Saunders et al., 2021; Spencer, Stith et al., 2019; Spencer et al., 2022; Spencer, Mallory et al., 2019). Transdiagnostisch sind frühere Gewalterfahrungen (in Kindheit, Jugend und/oder intimen Beziehungen), Traumata, traumaspezifische Überzeugungen sowie Wut, Scham, Impulsivität, unsichere Bindungsstile (ängstlich-unsicher, vermeidend, desorganisiert), sogenannte Verschmelzung (hohes Maß an Nähe und fehlende Grenzen) und Demand-Withdraw-Muster (d. h. Interaktionsmuster aus unter Druck setzender Anspruchshaltung und vermeidender, zurückziehender Haltung), aber auch mangelnde Kommunikationsfähigkeiten, Annahme traditioneller Geschlechterrollen, bis hin zu internalisierter Homophobie

sowie Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen mit dem Erleben und Ausüben von Gewalt in Paarbeziehungen assoziiert (Kimmes et al., 2019; Saunders et al., 2021; Spencer et al., 2022; Spencer, Mallory et al., 2019; Stefania et al., 2023).

Mitbetroffenheit von Kindern

Gewalt in der Beziehung der Eltern ist auch ein bedeutsames Thema in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Kinder, die Gewalt in der Beziehung ihrer Eltern miterleben, sind potenziell zahlreichen negativen Folgen ausgesetzt. Hierzu zählt ein schlechteres elterliches Fürsorgeverhalten (Chiesa et al., 2018), schlechtere Prognose für Gesundheitsverhalten und physische Gesundheit (z. B. häufigere Notaufnahmebesuche, niedrigere Impfquote) (Holmes et al., 2022), schlechtere physiologische Körperfunktionen (Berg et al., 2022), niedrigere Sozialkompetenz und Emotionsregulation (Bender et al., 2022), Erleben und Ausüben von Bullying (Lee et al., 2022) und schlechtere akademische Leistungen (Cage et al., 2021).

Kinder können für die Gewaltausübung instrumentalisiert werden (z. B. angedrohte oder tatsächliche Sorgerechtsprozesse, Kind als Vorwand ständiger Kontaktaufnahme, Beleidigungen oder Lügen über Partner*in vor Kind) (Spearman et al., 2023). Gemeinsame Elternschaft, Sorgerechtsverhandlungen und Übergabesituationen können im Kontext gewaltvoller Beziehungen bedeutsame Herausforderungen darstellen und psychisch stark belastende Situationen involvieren (Spearman et al., 2023).

Kinder im Haushalt stellen einen leichten Risikofaktor für das Erleben physischer Gewalt in Paarbeziehungen dar, zeigten sich in einer Metaanalyse aber weniger relevant als andere Risikofaktoren (Spencer, Stith et al., 2019). Wenn Kinder aus früheren Beziehungen im gemeinsamen Haushalt leben, ist dies laut einer Metaanalyse von Spencer & Stith (2020) mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für die tödliche Eskalation von Gewalt (insbes. Femizid) assoziiert.

Trennung, soziale Isolation und sozioökonomische Herausforderungen

Nicht alle Menschen, die von Gewalt in Paarbeziehungen betroffen sind, wünschen sich eine Trennung (Crump, 2020). Wenn eine Trennung gewünscht wird, kann diese mit potenziellen Gefahren und Herausforderungen verbunden sein (Spearman et al., 2023; Thomas et al., 2015).

Eine Trennung kann bestehende Gewaltdynamiken für Tage bis hin zu Monaten intensivieren und ist ein signifikanter Risikofaktor für das Erleben von physischer Gewalt, Stalking, ökonomischem und legalem Missbrauch (Instrumentalisierung des Rechtssystems zur Ausübung von emotionaler Gewalt und Kontrolle) sowie für die Eskalation von Gewalt bis hin zu Homizid (insbes. Femizid) von Partner*in und Kindern (Kafo-

nek et al., 2022; Rezey, 2020; Spearman et al., 2023; Spencer & Stith, 2020).

Die Trennung in/von einer gewaltvollen Beziehung ist zudem häufig mit zahlreichen logistischen Herausforderungen assoziiert. Hierzu zählt die Bedrohung von Wohnungslosigkeit und die Notwendigkeit, ein neues Zuhause zu finden, möglicherweise vorübergehend ein Schutzhaus zu beziehen sowie etwaige rechtliche Prozesse zu navigieren (z. B. Schutzanordnungen, Anzeigen, Scheidung und/oder Sorgerecht, wobei nicht alle Betroffenen rechtliche Konsequenzen für den*die Täter*in wünschen) (Thomas et al., 2015; Saxton et al., 2021).

Trennungen in/von einer gewaltvollen Beziehung erfordern die Bewältigung verschiedener emotionaler Prozesse (Messing et al., 2015; *Reisenhofer & Taft, 2013*), die psychotherapeutisch begleitet werden können. Hierzu zählen das Erkennen und Problematisieren der gewaltvollen Erlebnisse (*Reisenhofer & Taft, 2013*). Häufig bestehen ambivalente Gefühle in Bezug auf den*die Partner*in: Da die Beziehung nicht nur von negativen und gewaltvollen, sondern auch von liebevollen Episoden geprägt ist, besteht oftmals eine Hoffnung auf Besserung und möglicherweise auch eine Rechtfertigung des Verhaltens des Partners oder der Partnerin (Heron et al., 2022; Scheffer-Lindgren & Renck, 2008; Sichimba et al., 2020). Zudem ist die Auseinandersetzung mit familiären und kulturellen Erwartungen von Beziehungen und Familie relevant (Heron et al., 2022; Sichimba et al., 2020). Auch können Scham- und Schuldgefühle bestehen, die sich oftmals auf eine (befürchtete und/oder tatsächliche) Mitverantwortung an den Gewalterlebnissen beziehen (Messing et al., 2015; Scheffer-Lindgren & Renck, 2008; Sichimba et al., 2020). Weiterhin sind Angst vor Einsamkeit und tatsächliche oder befürchtete soziale Isolation sowie Trauerprozesse aufgrund des Verlusts einer nahestehenden Beziehung bedeutsam (Messing et al., 2015).

Soziale Isolation, finanzielle und akademische Schwierigkeiten sowie Arbeitslosigkeit und Diskriminierungserfahrungen können zusätzlich erschwerende Faktoren sein und Risikofaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gewalt sowie Inhalt und Folge der Gewalt sein (Lucero et al., 2016; Postmus et al., 2020; Strenio, 2020; Voth Schrag et al., 2019).

Screening und Diagnostik von Gewalt in Paarbeziehungen

Setting

Verschiedene Faktoren können die Offenlegung von Gewalterlebnissen erleichtern. Hierzu zählt zu allererst eine positive und vertrauensvolle therapeutische Beziehung sowie eine sichere und ungestörte Umgebung (*Heron & Eisma, 2021; Kyei-Onanjiri et al., 2022*). Weiterhin ist ein transparentes Vorgehen mit umfangreicher Aufklärung über Schweigepflicht

Infokasten 1: Ausnahmen der Schweigepflicht im Kontext von Gewalt in Partnerschaften

Eine Befreiung von der gesetzlichen Schweigepflicht besteht nur bei vorliegender schriftlicher Schweigepflichtsentbindung (Befugnis i. S. v § 203 StGB) oder im Fall eines rechtfertigenden Notstands in Form einer akuten, nicht anders abwendbaren, schweren Gefahr für Leib, Leben und Freiheit (§ 34 StGB), wobei in diesem Fall keine Offenbarungspflicht besteht (Fydrich, 2021). Grundsätzlich ist hierbei anhand der konkreten individuellen Umstände der Schutz des Patient*innengeheimnisses mit dem Schutz von Leib und Leben abzuwägen (Fydrich, 2021). Es wird empfohlen, bei akuter Gefahr zunächst direkt mit dem*der Patient*in in Kontakt zu treten, Sicherheitsbedenken transparent zu kommunizieren und das Einverständnis zum Einschalten der Polizei und/oder staatlicher Behörden vorab schriftlich einzuholen bzw. den*die Patient*in zu ermutigen, diese selbst einzuschalten (Messing & Thaller, 2015). Liegt basierend auf der Gefährdungseinschätzung ein schweres oder extremes Gefährdungsrisiko vor, wird empfohlen, nach wiederholter erfolgloser Kontaktaufnahme auch ohne vorherige Zustimmung durch die Betroffenen Fachberatungsstellen und/oder die Polizei einzuschalten (Campbell, 2004; Messing & Thaller, 2015). Die Gründe für die Entscheidung zum Einhalten oder Bruch der Schweigepflicht müssen hierbei gut dokumentiert werden (Fydrich, 2021). Bei Kenntniserlangung von einer geplanten schweren Straftat (z. B. Mord oder Totschlag) unterliegen Fachkräfte einer Offenbarungspflicht. Hier ist eine Nichtanzeige nach § 138 StGB strafbar (Fydrich, 2021).

Die gleichen Bestimmungen gelten, wenn eine unmittelbare und erhebliche Gefahr für Leib und Leben eines Kindes besteht (Fydrich, 2021). Zudem gilt bei involvierten Kindern § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG). Bei gewichtigen Anhaltspunkten für den Verdacht auf Kindeswohlgefährdung besteht hiernach eine Pflicht zum Handeln, jedoch keine Pflicht zur Informationsweitergabe (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019). Der Verdacht sollte zunächst mit den sorgeberechtigten Personen erörtert werden und eine Inanspruchnahme anderer Hilfen bewirkt werden, wenn der wirksame Schutz des Kindes dadurch nicht gefährdet wird (§ 4 KKG). Wenn darüber hinaus Tätigwerden für erforderlich eingeschätzt wird, ist eine Mitteilung an das Jugendamt möglich. Bei dringender Gefahr sollte das Jugendamt informiert werden. Liegt kein rechtfertigender Notstand vor, können Jugendamtsmitarbeitende und Beratungsstellen unter Angabe pseudonymisierter Daten die Gefährdungseinschätzung sowie ggf. das weitere Vorgehen unterstützen (ebd.).

Im Hinblick auf etwaige Strafverfahren gilt die Schweigepflicht auch gegenüber Strafverfolgungsbehörden (Polizei, Staatsanwaltschaft). Zusätzlich haben psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (anders als Psycholog*innen mit Heilpraktikererlaubnis) ein Zeugnisverweigerungsrecht (§ 53 StPO). Werden Psychotherapeut*innen von der Schweigepflicht entbunden, führt dies zur Aussagepflicht (Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, 2023).

und Grenzen der Schweigepflicht wichtig (siehe Infokasten 1) (Doyle et al., 2022). Hierbei sollte auch besprochen werden, ob und was Psychotherapeut*innen in der Patient*innenakte dokumentieren, und inwiefern diese in potenziellen gerichtlichen Verfahren (z. B. Sorgerecht) gegen den*die Patient*in verwendet werden können (Brzank, 2005; Doyle et al., 2022; Robinson et al., 2020).

Gerade im diagnostischen Prozess ist eine nichtkonfrontative, nichtwertende und empathische Haltung aufseiten des*der Psychotherapeut*in unabdingbar. Patient*innen sollten selbstbestimmt entscheiden können, was und wie viel sie in diesem Moment offenbaren wollen (Heron & Eisma, 2021; Sorrentino et al., 2021). Hierbei können verschiedene bewusste oder unbewusste Gründe dafür bestehen, dass Patient*innen Gewalterlebnisse zunächst nicht offenbaren, beispielsweise stigmapbezogene Vorstellungen von Gewalt in Partnerschaften (z. B. Überzeugung, Gewalterlebnisse seien „nicht schwerwiegend genug“, man entspricht nicht dem Bild „typische*r Betroffene*r“ von Gewalt), Schuld- und Schamgefühle, psychische Instabilität, innere Widerstände sowie Angst vor möglichen Konsequenzen (Kyei-Onanjiri et al., 2022; Overstreet & Quinn, 2013). Psychotherapeut*innen sollten dies respektieren, Geduld zeigen und eine fortlaufende Bereitschaft signalisieren, über etwaige Gewalterlebnisse sprechen zu können, sobald sich der*die Patient*in hierfür bereit fühlt (Kyei-Onanjiri et al., 2022; Sorrentino et al., 2021). Es wirkt erleichternd, wenn Betroffene wahrnehmen, dass ihr gegenüber sich mit Gewalt in Partnerschaften auskennt und auf die anvertrauten Erlebnisse adäquat reagieren kann (He-

ron & Eisma, 2021). Auch themenspezifische Aushänge und Infomaterialien wirken sich positiv aus (Heron & Eisma, 2021; Kyei-Onanjiri et al., 2022).

Werden Fragebögen (siehe weiter unten) oder Informationsmaterialien ausgehändigt, sollte bei anhaltendem Täter*innenkontakt gemeinsam besprochen werden, inwiefern die Mitnahme der Materialien für die Betroffenen sicher ist oder zur Eskalation der Gewalt beitragen könnte (Doyle et al., 2022). Da Fragebogen-Items und Informationsmaterialien vom individuellen Erleben abweichen können, sollte Zeit für eine Vorbesprechung sowie eventuell auftretende Rückfragen und Schwierigkeiten eingeräumt werden (Micklitz, Nagel et al., 2023).

Screening

In Anbetracht der erhöhten Prävalenz in klinischen Populationen empfehlen einige Autor*innen in der psychotherapeutischen Versorgung ein routinemäßiges Screening zum Erleben von Gewalt in Partnerschaften (Doyle et al., 2022). Patient*innen berichten in qualitativen Studien eine Offenheit dafür, nach Gewalterlebnissen befragt zu werden, und heben hervor, dass das direkte Erfragen das Mitteilen von Gewalterlebnissen erleichtert (Heron & Eisma, 2021; Velonis et al., 2022).

Hierfür liegen verschiedene Screening-Instrumente vor (eine Übersicht sowie konkrete Screening-Fragen bieten Brzank & Blättner, 2010). Das darin aufgeführte HITS-Screening-Instrument (Sherin et al., 1998) wurde für Männer und Frau-

en validiert und ist auch einsetzbar, um Gewalterleben in LGBTQIA+-Beziehungen zu erfassen (Leonardelli, 2014; Velonis et al., 2022).

Für einen weniger konfrontativen Einstieg und anschließende Exploration können die Fragen aus Infokasten 2 eingesetzt werden. Dies kann von besonderer Bedeutung sein, da sich viele Betroffene anfänglich oder generell nicht als Betroffene von „Gewalt“ identifizieren, aber dennoch bestimmte Verhaltensweisen oder das Gefühl der Angst oder Kontrolle kennen (Kyei-Onanjiri et al., 2022).

Exploration

Wenn aufgrund des Screenings oder psychotherapeutischen Gesprächs ein Verdacht auf Betroffenheit von Gewalt in Partnerschaften besteht, können im nächsten Schritt weitere Aspekte und konkrete Erlebnisse exploriert werden, die für das weitere psychotherapeutische Vorgehen sowie die darüber hinausgehende Behandlung von Bedeutung sind (siehe weiter unten). Hierbei können verschiedene Gewaltformen, Schwere (Häufigkeit und Intensität), Uni- oder Bidirektionalität von Gewalt, Gewaltdynamiken (z. B. Ausmaß systematischer Kontrolle und Einschüchterung, Gewalt als Selbstverteidigung, Gewalt als Eskalation von Konflikten) sowie persönliche Warnsignale exploriert werden (Alexander et al., 2022).

Entsprechende Fragebögen beinhalten spezifische Beispiele konkreter Gewalthandlungen und können daher als Grund-

lage der Exploration hilfreich sein (Doyle et al., 2022). Ein häufig eingesetztes Instrument ist hier die revidierte Conflict-Tactics-Scale (CTS-2; Straus et al., 1996).³ Die Skala erfasst in 33 Items psychische Aggression, körperliche und sexuelle Gewalt sowie adaptive Strategien zur Aushandlung von Konflikten.

Suizidalität

Suizidale Gedanken und Verhaltensweisen sind bei Betroffenen und Täter*innen von Gewalt in Partnerschaften im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht (Wolford-Clevenger & Smith, 2017). Das Ausüben oder Erleben von Gewalt in der Partnerschaft kann ein prädisponierender Faktor für einen Suizid sein (Kafka et al., 2022). Zudem ist Suizidalität ein Risikofaktor für das Erleben und Ausüben von Gewalt und Mord in Partnerschaften (Garcia-Vergara et al., 2022; Spencer & Stith, 2020). Als Bestandteil der Diagnostik sollte daher unbedingt auch das Suizidrisiko erfasst werden. Hinweise zur Risikoerfassung bei Suizidalität sind in Glaesmer et al. (2020) zu finden.

Zentrale Prinzipien und Inhalte in der Psychotherapie mit Betroffenen von Gewalt in Partnerschaften

Empathische, nichtwertende und nichtdirektive Haltung

Die WHO-Richtlinien zu Gesprächsführung mit Betroffenen von Gewalt in Partnerschaften betonen die Relevanz einer aufnahmewilligen, nichtwertenden, empathischen und validierenden Haltung (Brzank et al., 2005). Hierfür sollten Psychotherapeut*innen Stereotype sowie eventuelle eigene Vorannahmen hinsichtlich Gewalt in Partnerschaften (wie z. B. Betroffene sind „selbst schuld“ oder könnten die Beziehung einfach verlassen, nur bestimmte Menschen sind von Gewalt in Partnerschaften betroffen, Gewalt ist immer physisch) kritisch reflektieren, um deren Reproduktion zu vermeiden (Crowe & Murrar, 2015; Overstreet & Quinn, 2013; Van Deinse et al., 2019).

Diese Haltung umfasst auch die Anerkennung der Komplexität von Gewalterfahrungen sowie der Bedürfnisse, Bedenken und Entscheidungen von Betroffenen (Oram et al., 2022; Sorrentino et al., 2021). Zwar ist das Bedürfnis, schnelle Lösungen zu finden und Patient*innen aus potenziell gefährlichen Beziehungen getrennt zu wissen, nachvollziehbar, widerspricht aber häufig dem Wunsch oder der Lebensrealität von Betroffenen (Van Deinse et al., 2019). Vorschnelle Lösungsvorschläge und Fragen darüber, warum Betroffene die Beziehung nicht verlassen, können verurteilend wirken und werden

³ Die CTS-2 kann in deutscher Sprache in Böhm (2006, S. 300 ff.) eingesehen bzw. unter folgendem Link heruntergeladen werden: <https://freidok.uni-freiburg.de/data/2554>.

Infokasten 2: Offene Fragen für Screening und Exploration von Gewalterlebnissen in Partnerschaften

- Wie lösen Sie Streitigkeiten mit Ihrem/Ihrer Partner*in?
- Redet Ihr*e (Ex-)Partner*in Ihnen ein, Ihre Gefühle seien irrational oder verrückt?
- Macht Ihr*e (Ex-)Partner*in Sie für seine/ihre eigenen Probleme verantwortlich?
- Wurden Sie von Ihrem/Ihrer (Ex-)Partner*in jemals beschimpft oder angeschrien?
- Hat Ihr*e (Ex-)Partner*in Sie jemals minderwertig behandelt oder beleidigt?
- Hatten Sie jemals Angst vor Ihrem/Ihrer (Ex-)Partner*in oder fühlten Sie sich bedroht?
- Haben Sie das Gefühl, dass Ihr*e (Ex-)Partner*in Sie kontrolliert? (z. B. Ihre Telefonnutzung, Finanzen, soziale Kontakte, wie/wo Sie Ihre Zeit verbringen etc.)
- Hält Ihr*e Partner*in Sie davon ab, Hilfe zu suchen?
- Mischt sich Ihr*e Partner*in in die Beziehung zu Ihrer Familie ein?
- Hat Ihr*e Partner*in Ihnen schon einmal vorgeworfen, eine Affäre zu haben?
- Hat Ihr*e Partner*in Ihnen jemals gedroht, Sie vor Familie/Freund*innen/Arbeitgeber*in und/oder staatlichen Institutionen zu outen? (Communityspezifisch bei LGBTQIA+-Patient*innen)
- Wurden Sie von Ihrem/Ihrer (Ex-)Partner*in jemals physisch verletzt oder hat er*sie Ihnen mit physischer Gewalt gedroht?
- Wurden Sie von Ihrem/Ihrer (Ex-)Partnerin jemals zu sexuellen Aktivitäten gezwungen?

(in Anlehnung an Começanha & Maia, 2018; Leonardelli, 2014; Stewart et al., 2016; Velonis et al., 2022)

als wenig hilfreich erlebt (Van Deinse et al., 2019; Sorrentino et al., 2021). Eine Bevormundung des*der Patient*in kann negative Selbstüberzeugung verstärken (z. B. hilflos, unfähig oder selbst schuld zu sein) (Doyle et al., 2022). Weitere typische Gegenübertragungsreaktionen in der Psychotherapie mit von Gewalt in Paarbeziehungen betroffenen Menschen sind in Riehl-Emde (2004) beschrieben.

Personalisiertes Vorgehen

Wie in jeder psychotherapeutischen Behandlung sollte auch im Kontext von Gewalt in Paarbeziehungen das Vorgehen individuell auf den Einzelfall angepasst und das therapeutische Vorgehen in einer partizipativen Entscheidungsfindung bestimmt werden (Kulkarni, 2019; Oram et al., 2022; Paphitis et al., 2022). Hierbei sind die individuelle Symptomatik und das Strukturniveau des*der Patient*in, die Gewalterfahrungen und Lebensumstände, das Bewusstsein über die Gewaltbetroffenheit sowie die Wünsche hinsichtlich des Fortbestehens der Beziehung und persönliche Therapieziele zu berücksichtigen (Doyle et al., 2022; Oram et al., 2022; Reisenhofer & Taft, 2013; Riehl-Emde, 2004).

Auch Paartherapie kann effektiv sein, um Gewalt in Paarbeziehungen zu reduzieren (Karakurt et al., 2016; Keilholtz & Spencer, 2022). Diese ist nach Keilholtz & Spencer (2022) jedoch nur indiziert, wenn Patient*innen dieses Vorgehen explizit wünschen und wenn die Gewalt situational im Kontext von Konflikten und in weniger schwerer Form auftritt. Hierbei ist es dringend erforderlich, zunächst beide Partner*innen einzeln über die Gewaltvorfälle zu befragen. Beide Partner*innen sollten die Vorfälle ähnlich beschreiben und Therapiemotivation und Bereitschaft zur Fortführung der Beziehung und Beendigung der Gewalt zeigen. Weitere Rahmenbedingungen und Hinweise für Paartherapie im Kontext von Gewalt in Paarbeziehungen sind in Keilholtz & Spencer (2022) sowie für psychodynamisch orientierte Paartherapie in Riehl-Emde (2004) zu finden.

Sicherheitsbedenken in der Psychotherapie berücksichtigen

Die Arbeit mit Betroffenen von akuter Gewalt in Paarbeziehungen erfordert die Beachtung einiger Sicherheitsaspekte, die transparent mit Patient*innen besprochen werden sollten (Doyle et al., 2022). Die Angst vor Eskalation von Gewalt ist eine häufige Barriere in der Inanspruchnahme professioneller Unterstützungsangebote (Robinson et al., 2020). Diese Angst bezieht sich neben körperlichen Angriffen auch auf psychische Gewalt sowie die Wegnahme von Kindern (Robinson et al., 2020). Patient*innen können daher bevorzugen, dass ihre Partner*innen nicht von der Inanspruchnahme von Psychotherapie erfahren. Je nach Bedarf können dann Si-

cherheitsmaßnahmen vereinbart werden (Doyle et al., 2022). Hierzu zählen Sicherheitsmaßnahmen bei telefonischer oder schriftlicher Kontaktaufnahme (z. B. sicherer Zeitpunkt, um anzurufen, ggf. Einrichten einer geheimen Telefonnummer, Vorgabe eines Grunds, wenn andere Person Anruf entgegennimmt, Maßnahmen zur digitalen Sicherheit) sowie die Festlegung eines sicheren Zeitpunkts für die Psychotherapie (kann therapeut*innenseitig Flexibilität erfordern). Zudem sollte besprochen werden, ob Therapiematerialien sicher mit nachhause genommen werden können oder wo diese alternativ aufbewahrt werden können (z. B. bei nahestehender Person).

Psychoedukation und praktische Unterstützung

Die zuvor beschriebenen multiplen Problemlagen können aufseiten der Betroffenen mit vielfältigen psychosozialen Bedürfnissen einhergehen (Paphitis et al., 2022). Bestenfalls können Psychotherapeut*innen diesen Bedürfnissen direkt begegnen, indem sie selbst relevante Informationen, konkrete Unterstützung und Coping-Strategien bieten (Micklitz, Glass et al., 2023; Paphitis et al., 2022).

Die potenziell relevanten Themen sind hierbei vielfältig. Im Themenfeld Gewalt und Paarbeziehungen können beispielsweise die Definition, verschiedene Formen sowie Gesundheitsfolgen von Gewalt in Paarbeziehungen, Merk-

— Psychotherapeut*innen sollten Stereotype sowie eventuelle eigene Vorannahmen hinsichtlich Gewalt in Paarbeziehungen (z. B. nur bestimmte Menschen seien von Gewalt in Paarbeziehungen betroffen) kritisch reflektieren.

male gesunder und ungesunder Beziehungen, Warnsignale für Eskalation sowie Deeskalationsstrategien (z. B. Stopp-Techniken) relevante Inhalte sein (Doyle et al., 2022; Micklitz, Nagel et al., 2023; Riehl-Emde, 2004; Sorrentino et al., 2021). Wenn Kinder involviert sind, können die Aufklärung über die Folgen von Gewalt für das Wohlbefinden der Kinder, aber auch das eigene Erziehungsverhalten, der Umgang mit Herausforderungen sowie elterliche Selbstfürsorge relevante Themen für die Psychotherapie sein (Iverson et al., 2021; Johnson et al., 2016; Micklitz, Nagel et al., 2023). Befinden sich Patient*innen im Entscheidungskonflikt hinsichtlich einer potenziellen Trennung, können sie durch das Explorieren der Ambivalenz, der Vor- und Nachteile einer Trennung sowie bei der Prioritätensetzung unterstützt werden (Hegarty et al., 2019; Micklitz, Nagel et al., 2023). Wird eine Trennung gewünscht, können Informationen über potenzielle sowie die konkrete Unterstützung bei logistischen und finanziellen Herausforderungen (z. B. Erstellen einer Packliste, Eröffnen eines Bankkontos, Fin-

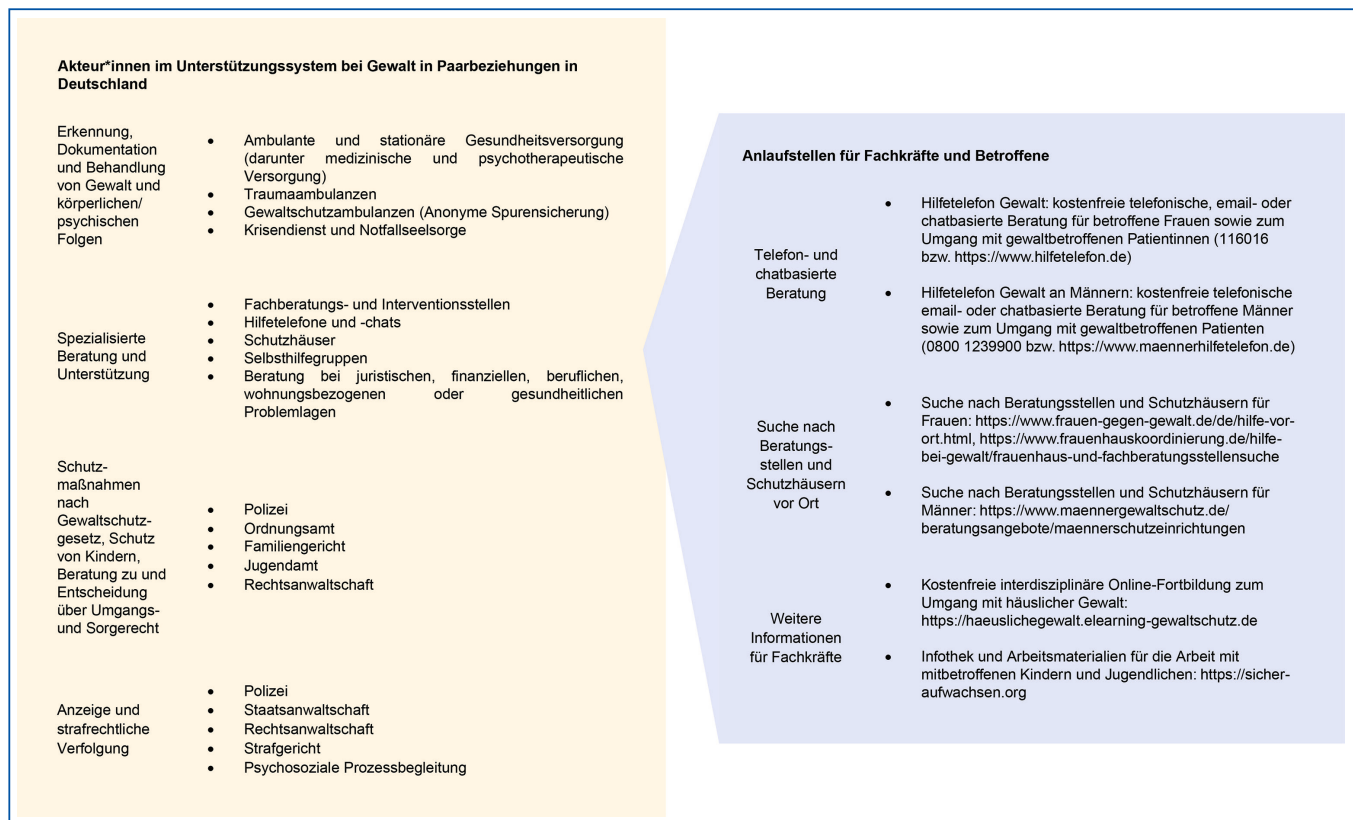


Abbildung 2: Akteur*innen im Unterstützungssystem bei Gewalt in Paarbeziehungen in Deutschland (Sondern & Pfeleiderer, 2020) und Anlaufstellen für Fachkräfte und Betroffene

den einer Wohnung, Behördengänge) und später das Üben des Umgangs mit unerwünschten Kontakten mit dem*der Partner*in (telefonisch, digital oder in Person) sowie Strategien zum Co-Parenting nach einer Trennung hilfreich sein (Iverson et al., 2021; Johnson et al., 2016; Kubany et al., 2004; Micklitz, Nagel et al., 2023).

Hilfe bei der Inanspruchnahme des Unterstützungssystems

Zudem können Psychotherapeut*innen bei der Identifikation und Inanspruchnahme spezialisierter Fachdienste und Beratungsangebote unterstützen (Warshaw & Brashler, 2009). Generell ist bei akutem Gewalterleben und anhaltendem Täter*innenkontakt (zusammen oder getrennt lebend) unabhängig von der Gewaltform eine zusätzliche Beratung durch auf Gewalt spezialisierte Beratungsstellen empfehlenswert, da Betroffene hier eine Gefährdungsbeurteilung und eine personalisierte Sicherheitsplanung durch geschulte Fachkräfte erhalten (Campbell, 2004; Messing & Thaller, 2015). Darüber hinaus sind bei Fällen von Gewalt in Paarbeziehungen oftmals zahlreiche weitere Akteur*innen involviert (siehe Abbildung 2).

Betroffene müssen sich hierbei in einem unübersichtlichen Unterstützungssystem zurechtfinden und sich mit sensiblen Erlebnissen wiederholt fremden Menschen anvertrauen (Trevillion et al., 2016). Dies kann insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und biografischen

Erfahrungen von Verlassen- oder Vernachlässigtwerden belastend sein (Sorrentino et al., 2021). Da nicht alle involvierten Fachkräfte für den Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen geschult sind, können Betroffene auch inadäquate Reaktionen erleben (Van Deinse et al., 2019). Männer, Menschen der LGBTQIA+-Community, Menschen, die von Rassismus betroffen sind, sowie Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit erleben zusätzliche Barrieren (Edwards et al., 2015; Lysova et al., 2022; Satyen et al., 2019).

Betroffene können hierbei durch Üben des Sprechens über die Erfahrungen, Barrierenmanagement sowie den Umgang mit negativen Erfahrungen unterstützt werden (Warshaw & Brashler, 2009). Für eine effektive Unterstützung ist es zudem wichtig, dass sich Psychotherapeut*innen aktiv mit örtlichen Hilfestrukturen vernetzen, sodass sie bei Bedarf nach vorheriger Absprache mit den Patient*innen und bei Vorhandensein entsprechender Schweigepflichtsentbindung direkt den Kontakt herstellen können (Gehring & Wössner, in prep; Trevillion et al., 2016). Zudem können auch Psychotherapeut*innen unter Angabe anonymisierter Daten im Bedarfsfall fachliche Beratung einholen (siehe Abbildung 2).

Gefährdungsbeurteilung

Die Einschätzung der Gefährdungslage gehört nicht in den Aufgabenbereich von Psychotherapeut*innen. Jedoch sollten Psychotherapeut*innen in Abhängigkeit der jeweiligen

Situation der Betroffenen auf die Inanspruchnahme spezialisierter Beratung hinwirken (Campbell, 2004; Messing & Thaller, 2015). Um über die Dringlichkeit und den möglichen aktiven Einbezug weiterer Akteur*innen entscheiden zu können (z. B. Informieren örtlicher Beratungsstellen und ggf. der Polizei, siehe Infokasten 1, S. 29), sollten daher auch Psychotherapeut*innen die Risikofaktoren für Eskalation der Gewalt und Homizid (insbes. Femizid) kennen.

Die stärksten gewaltbezogenen Risikofaktoren für Homizid (insbes. Femizid) in Paarbeziehungen sind der direkte Zugang zu Schusswaffen, Drohungen mit Waffen, Strangulation, angedrohte Verletzung, sexuelle/sexualisierte Gewalt, kontrollierende Verhaltensweisen, Stalking, Eifersucht, eine Zunahme an Schwere und Häufigkeit der Gewalt, intensive Gefühle von Unsicherheit sowie die Wahrnehmung des*der Patient*in, dass der*die (Ex-)Partner*in zu einem Tötungsdelikt fähig ist (Garcia-Vergara et al., 2022; Spencer & Stith, 2020). Zu einer systematischen Erfassung des Risikos für Homizid (insbes. Femizid) in Paarbeziehungen mit Betroffenen ist im Gesundheits- und Sozialwesen das „Danger Assessment“ etabliert (Campbell, 2004)⁴. Hierin werden verschiedene Risikofaktoren für Homizid (insbes. Femizid) in Paarbeziehungen erfasst und gemäß ihrer prädiktiven Stärke gewichtet. Dies resultiert in einer Gefährdungseinschätzung mit den Ausprägungen „variabler Gefahr“, „gesteigerter Gefahr“, „schwerer Gefahr“ und „extremer Gefahr“ (Campbell, 2004).

Zusätzlich können Betroffene die Gewalterlebnisse in einem Kalender schriftlich festhalten (Was ist wann passiert; Verletzungen), um eine eventuelle Zunahme und Eskalationsgefahr der Gewalt zu erkennen (Campbell, 2004). Jedoch ist in Abhängigkeit der individuellen Situation in Abstimmung mit den Betroffenen zu beurteilen, inwiefern das Führen des Kalenders zuhause sicher ist oder von dem*der Partner*in entdeckt werden und potenziell zur Eskalation der Gewalt führen könnte. Alternativ können die Vorfälle auch gemeinsam in einem Gedächtnisprotokoll festgehalten werden (Campbell, 2004). Zudem ist zu beachten, dass keine Verantwortungsverschiebung stattfindet, bei der sich Betroffene für die erlebte Gewalt verantwortlich fühlen, weil sie die Eskalationsgefahr nicht erkannt haben.

Stärkenbasierte Psychotherapie

Um Hilflosigkeitserleben sowie Scham- und Schuldgefühlen von Betroffenen entgegenzuwirken, hat sich die Empowerment- und stärkenbasierte Arbeit mit Betroffenen von Gewalt in Paarbeziehungen etabliert (Doyle et al., 2022; Kulkarni, 2019).

Hierzu zählt bei Therapiebeginn, es als Stärke zu würdigen, dass Patient*innen Hilfe gesucht haben, und ihnen Entscheidungsmöglichkeiten und Kontrolle einzuräumen (z. B. bei Bestimmung der Therapieinhalte) (Iverson et al., 2021; Rhodes et al., 2015). Zudem kann die Nutzung sensibler Sprache dabei helfen, patient*innenseitige Barrieren abzubauen (z. B. „Menschen, die Gewalt erleben“ oder „Betroffene“ statt

„Opfer“) (Doyle et al., 2022). Für einige Patient*innen kann das Erkennen von Gewaltbetroffenheit förderlich sein, um das eigene Handeln und eigene psychische Reaktionen nachvollziehen zu können (Doyle et al., 2022).

Im Therapieverlauf können Aspekte herausgearbeitet werden, welche der*die Patient*in kontrollieren kann (z. B. eigenes Verhalten, Sicherheitsmaßnahmen, Selbstfürsorge), und von denjenigen Aspekten differenziert werden, die außerhalb der Kontrolle des*der Patient*in liegen (z. B. Verhalten des Partners/der Partnerin) (Riehl-Emde, 2004; Sorrentino et al., 2021). Hierbei können interne (z. B. Symptommanagement, Umgang mit negativen Gedanken und Gefühlen in Bezug auf sich selbst) und externe Ressourcen (z. B. Aufbau eines sozialen Netzwerks) sowie interpersonelle Kompetenzen (z. B. Kommunikations- und Konfliktlösefähigkeiten, Selbstbehauptung und Aushandlung von Grenzen) gestärkt werden (siehe Tabelle 2, S. 34) (Doyle et al., 2022; Riehl-Emde, 2004; Sorrentino et al., 2021).

Auch hier sollte eine Verantwortungsverschiebung vermieden werden, bei der sich Betroffene für die erlebte Gewalt verantwortlich fühlen, weil sie bei der Umsetzung der erarbeiteten Strategien „versagt“ haben. Schuldbezogenen Kognitionen können Psychotherapeut*innen entgegenwirken, indem sie die Verantwortung klar der gewaltausübenden Person zuschreiben und die Schwierigkeit der Situation für die betroffene Person herausarbeiten (z. B. können bei schuldbezogenen Kognitionen wie „Warum habe ich mich nicht eher getrennt?“ Schwierigkeiten herausgearbeitet werden, die eine „einfache“ Trennung verhindert haben) (Kubany et al., 2004).

Für die Überwindung von Schuldgefühlen sowie den langfristigen Prozess der Verarbeitung und Bewältigung von Gewalt in Paarbeziehungen betonen Betroffene im Einklang mit psychodynamischen Ansätzen zudem die Relevanz des Wiederaufbaus und Zurückgewinnens der eigenen Identität, die Verbesserung des Selbstkonzepts, die Stärkung der Selbstbestimmung sowie die Sinn- und Hoffnungsfindung (Löwer-Hirsch, 2010; Sinko & Saint Arnault, 2019). Hierbei kann die Arbeit mit persönlichen und kulturellen Werten einen zentralen Stellenwert einnehmen (Doyle et al., 2022). Darüber hinaus kann nach einer Trennung der Aufbau neuer romantischer Beziehungen sowie Exploration und Selbstbestimmung der eigenen Sexualität zum Inhalt der Psychotherapie werden (Flasch et al., 2019).

Fazit

Gewalt in Paarbeziehungen ist aufgrund der schwerwiegenden Auswirkungen, aber auch aufgrund der hohen Prävalenz ein für die psychotherapeutische Arbeit hochrelevantes Prob-

⁴ Das Danger-Assessment kann in deutscher Sprache in Brzank (2005, S. 57), verfügbar unter: https://www.signal-intervention.de/sites/default/files/2021-05/Brzank_2005_SIGNAL_Materialien%20zur%20Implementierung%20von%20Interventionsprogrammen.pdf heruntergeladen werden.

Bereich	Inhalte
Emotionsbezogene Strategien	<ul style="list-style-type: none"> ■ Stressmanagement ■ Entspannungsübungen ■ Skills ■ Umgang mit Wut ■ Umgang mit Trauer
Verhaltensbezogene Strategien	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aktivitätenaufbau ■ Selbstfürsorge ■ gesundheitsrelevantes Verhalten (z. B. Schlafhygiene, Bewegung, reproduktive Gesundheit)
Kognitionsbezogene Strategien	<ul style="list-style-type: none"> ■ Monitoring negativer Gedanken ■ Coping-Strategien ■ Problemlösung ■ kognitive Umstrukturierung (in Bezug auf das eigene Selbst, schuld- und schambezogene Kognitionen) ■ Aufbau positiver Gedanken (in Bezug auf das Selbst, die Zukunft)
Interpersonelle Strategien	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kommunikations- und Konfliktfähigkeiten ■ Selbstbehauptung und Grenzen setzen ■ Aufbau eines sozialen Netzwerks
Störungsspezifische Behandlungen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Suizidalität ■ Depression ■ PTBS ■ Angststörungen ■ Alkohol-, Drogen- und Substanzkonsum ■ Somatoforme Störung ■ Essstörungen
Geschlechtstypische und kulturelle Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Einfluss von und Umgang mit genderstereotypen Rollenerwartungen ■ Umgang mit Diskriminierungserfahrungen (z. B. Homo- und Transfeindlichkeit, Rassismus) ■ Arbeit mit kulturellen Stärken

Tabelle 2: Inhalte der Ressourcenarbeit mit Betroffenen von Gewalt in Paarbeziehungen (Doyle et al., 2022; Micklitz, Glass et al., 2023; Micklitz, Nagel et al., 2023)

lem. Betroffene Menschen sind häufig mit multiplen biopsychosozialen Problemlagen konfrontiert, die zur Aufrechterhaltung der Gewalt beitragen und die Hilfesuche sowie das Offenlegen von Gewalterfahrungen erschweren. Universelle Screenings, ein informiertes und transparentes Vorgehen sowie eine nichtwertende und empathische Haltung können die Offenbarung und psychotherapeutische Bearbeitung von Gewalterlebnissen erleichtern. Neben der individuellen Symptomatik und Gewalterfahrung sollten die Lebensumstände, das Bewusstsein über Gewaltbetroffenheit des*der Patient*in sowie seine*ihre Ziele erarbeitet und in einem individualisierten Vorgehen berücksichtigt werden. Sicherheitsbedenken sollten transparent kommuniziert und durch zielgerichtete Sicherheitsmaßnahmen adressiert werden. Psychotherapeut*innen können Betroffene bei der Navigation durch das vorhandene Hilfesystem beraten und durch eine fachgerechte Diagnostik, Psychoedukation sowie durch stärkenbasierte Psychotherapie unterstützen.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl – das vollständige Literaturverzeichnis sowie weiterführende Literatur für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Alexander, E. F. & Johnson, M. D. (2023). On categorizing intimate partner violence: A systematic review of exploratory clustering and classification studies. *Journal of Family Psychology, 37* (5), 743–752.

Brzank, P. & Blättner, B. (2010). Screening nach Gewalt gegen Frauen durch den Partner - Internationale Diskussion, Überlegungen für Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, 53*, 221–232.

Bundeskriminalamt. (2023). Bundeslagebild Häusliche Gewalt 2022. Verfügbar unter: <https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/HaeuslicheGewalt/HaeuslicheGewalt2022.html?nn=219004> [2.10.2023].

Clemens, V., Fegert, J. M., Kavemann, B., Meysen, T., Ziegenhain, U., Brähler, E. et al. (2023). Epidemiology of intimate partner violence perpetration and victimisation in a representative sample. *Epidemiology and psychiatric sciences, 32*, e25. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1017/S2045796023000069> [31.01.2024].

Doyle, K. W., Knetig, J. A. & Iverson, K. M. (2022). Practical implications of research on intimate partner violence experiences for the mental health clinician. *Current Treatment Options in Psychiatry, 9* (3), 280–300.

Heron, R. L. & Eisma, M. C. (2021). Barriers and facilitators of disclosing domestic violence to the healthcare service: a systematic review of qualitative research. *Health & Social Care in the Community, 29* (3), 612–630.

Jud, A., Grafe, B., Meshkova, K., Kavemann, B., Meysen, T., Hoffmann, U. et al. (2023). Prevalence and predictors of affirmations of intimate partner violence in Germany: a first nationwide study on victimization in women and men. *Journal of Interpersonal Violence, 38* (1–2), NP1473–NP1493.

Löwer-Hirsch, M. (2010). Kampf um Anerkennung. *Psychotherapeut, 55*, 106–112.

Micklitz, H. M., Glass, C. M., Bengel, J. & Sander, L. B. (2023). Efficacy of psychosocial interventions for survivors of intimate partner violence: a systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 23* (0), 15248380231169481. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1177/15248380231169481> [31.01.2024].

Oram, S., Fisher, H. L., Minnis, H., Seedat, S., Walby, S., Hegarty, K. et al. (2022). The Lancet Psychiatry Commission on intimate partner violence and mental health: advancing mental health services, research, and policy. *The Lancet Psychiatry, 9* (6), 487–524.

Paphitis, S. A., Bentley, A., Asher, L., Osrin, D. & Oram, S. (2022). Improving the mental health of women intimate partner violence survivors: Findings from a realist review of psychosocial interventions. *PLoS One, 17* (3), e0264845. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264845> [31.01.2024].

Reisenhofer, S. & Taft, A. (2013). Women’s journey to safety – The Trans-theoretical model in clinical practice when working with women experiencing Intimate Partner Violence: A scientific review and clinical guidance. *Patient Education and Counseling, 93* (3), 536–548.

Riehl-Emde, A. (2004). Destruktivität in Paarbeziehungen: Paartherapeutische Behandlungsmöglichkeiten. *Psychotherapeut, 49*, 110–118.

Schwarz, S. (2022). Gewalt in heterosexuellen Beziehungen - Theoretische Verortungen und Defizite in der psychotherapeutischen Versorgung. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 54*, 83–95.

S. I. G. N. A. L. e. V. (2014). Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen: Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik. Berlin: World Health Organization. Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/84612/6914801e1d81730e0e58ed7d9c8b32b6/who-leitlinien-data.pdf> [24.10.2023].

Sorrentino, A. E., Iverson, K. M., Tuepker, A., True, G., Cusack, M., Newell, S. et al. (2021). Mental health care in the context of intimate partner violence: Survivor perspectives. *Psychological Services, 18* (4), 512.

Trevillion, K., Corker, E., Capron, L. E. & Oram, S. (2016). Improving mental health service responses to domestic violence and abuse. *International Review of Psychiatry, 28* (5), 423–432.



Hannah Moon Micklitz

Korrespondenzanschrift:
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Hebelstr. 29, 79104 Freiburg i. Breisgau
hannah.micklitz@psychologie.uni-freiburg.de

Hannah M. Micklitz, M. Sc. Psych., ist Doktorandin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. In ihrer Dissertation beschäftigt sie sich mit psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen für Menschen, die von Gewalt in Paarbeziehungen betroffen sind, mit einem Schwerpunkt auf digitalen Interventionen als niedrigschwellige Unterstützungsmöglichkeit.



Prof. Dr. Gunda Wössner

Prof. Dr. Gunda Wössner ist Professorin für Allgemeine Psychologie und Klinische Psychologie an der Evangelischen Hochschule Freiburg sowie Fachpsychologin für Rechtspsychologie BDP/DGPs. Sie forscht zu Resozialisierung und Rückfallverhalten von (Sexual-)Straftätern sowie zu viktimologischen Aspekten genderbasierter Gewalt.



Prof. Dr. Heide Glaesmer

Prof. Dr. Heide Glaesmer, Psychologische Psychotherapeutin, ist stellvertretende Leiterin der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Leipzig. Dort leitet sie die Arbeitsgruppe „Psychotraumatologie und Migrationsforschung“, in der sie sich schwerpunktmäßig mit Gewalterfahrungen in zivilen Kontexten sowie in Konflikt- und Postkonfliktregionen auseinandersetzt.



Dr. Lasse B. Sander

Dr. Lasse B. Sander, Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, leitet eine Forschungsgruppe an der Universität Freiburg und ist als Psychotherapeut in eigener Praxis tätig. Schwerpunkte seiner Forschung liegen in der Digitalisierung von Psychotherapie, der Prävention von Depressionen und Suiziden sowie der psychologischen Versorgung schwer zu erreichender Bevölkerungsgruppen.