

Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Bachelor-Arbeiten

Die auf dem Dokumentenserver der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern (ZHB) gespeicherten und via Katalog IDS Luzern zugänglichen elektronischen Bachelor-Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit dienen ausschliesslich der wissenschaftlichen und persönlichen Information.

Die öffentlich zugänglichen Dokumente (einschliesslich damit zusammenhängender Daten) sind urheberrechtlich gemäss Urheberrechtsgesetz geschützt. Rechtsinhaber ist in der Regel¹ die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Vorschriften verantwortlich.

Die Nutzungsrechte sind:

- Sie dürfen dieses Werk vervielfältigen, verbreiten, mittels Link darauf verweisen. Nicht erlaubt ist hingegen das öffentlich zugänglich machen, z.B. dass Dritte berechtigt sind, über das Setzen eines Linkes hinaus die Bachelor-Arbeit auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen (Online-Publikation).
- Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers bzw. der Autorin/Rechteinhaberin in der von ihm/ihr festgelegten Weise nennen.
- Keine kommerzielle Nutzung. Alle Rechte zur kommerziellen Nutzung liegen bei der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, soweit sie von dieser nicht an den Autor bzw. die Autorin zurück übertragen wurden.
- Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Allfällige abweichende oder zusätzliche Regelungen entnehmen Sie bitte dem urheberrechtlichen Hinweis in der Bachelor-Arbeit selbst. Sowohl die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit als auch die ZHB übernehmen keine Gewähr für Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der publizierten Inhalte. Sie übernehmen keine Haftung für Schäden, welche sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben. Die Wiedergabe von Namen und Marken sowie die öffentlich zugänglich gemachten Dokumente berechtigen ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Marken im Sinne des Wettbewerbs- und Markenrechts als frei zu betrachten sind und von jedermann genutzt werden können.

Luzern, 16. Juni 2010

Hochschule Luzern
Soziale Arbeit



Dr. Walter Schmid
Rektor

¹ Ausnahmsweise überträgt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit das Urheberrecht an Studierende zurück. In diesem Fall ist der/die Studierende Rechtsinhaber/in.

Die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

empfiehlt diese Bachelor-Arbeit

besonders zur Lektüre!

Bachelorarbeit
Hochschule Luzern - Soziale Arbeit

Trauma als Folge häuslicher Gewalt

Sozialarbeiterische Beratung und
Interventionen mit betroffenen Frauen
in fünf Lebensbereichen



Anina Hotz, Melanie Bieri, Priska Stöckli

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang **Sozialarbeit**
Kurs **TZ 2007-2011**

Anina Hotz, Melanie Bieri, Priska Stöckli

Trauma als Folge häuslicher Gewalt

**Sozialarbeiterische Beratung und Interventionen mit betroffenen Frauen
in fünf Lebensbereichen**

Diese Bachelorarbeit wurde eingereicht im August 2011 in 4 Exemplaren zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialarbeit**.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiter/innen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2011

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Die vorliegende Literaturarbeit befasst sich mit Trauma als Folge häuslicher Gewalt und soll einen Beitrag zur fachlichen Weiterentwicklung von Sozialarbeitenden aller Berufsfelder leisten. Ein Beziehungstrauma – wie ein Trauma als Folge von häuslicher Gewalt bezeichnet wird – stellt für betroffene Frauen eine besonders schwere Traumaart dar. Häufig kommt es zu schwerwiegenden Auswirkungen in fünf Lebensbereichen, was zu einer massiven Beeinträchtigung des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens der Betroffenen führt. Hier eröffnen sich Unterstützungsmöglichkeiten für Professionelle der Sozialen Arbeit.

Nach Ansicht der Autorinnen haben sich entsprechende Beratungen und Interventionen mit gewaltbetroffenen, traumatisierten Frauen hauptsächlich an gesundheitsfördernden Konzepten zu orientieren. Diese richten ihren Fokus auf das Positive im Menschen, beziehen dessen Lebenssituation mit ein und ermöglichen somit eine ganzheitliche Betrachtungsweise. Das Resilienz-Konzept liefert eine Erklärung dafür, weshalb bestimmten weiblichen Betroffenen die Bewältigung ihrer erschwerten Lebenssituation eher gelingt als anderen. Risiko- und insbesondere Schutzfaktoren sind dabei von grosser Bedeutung und spielen daher auch für die sozialarbeiterische Tätigkeit mit betroffenen Frauen eine entscheidende Rolle.

Unter Berücksichtigung spezifischer Aspekte in der Zusammenarbeit mit gewaltbetroffenen, traumatisierten Frauen können sozialarbeiterische Interventionen eine heilende Wirkung haben, zur längerfristigen Verbesserung der gesamten Lebenssituation und somit massgeblichen Steigerung des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens der Betroffenen beitragen.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Inhaltsverzeichnis	II
Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	IV
Dank	V
1 Einleitung	6
1.1 Ausgangslage und Berufsrelevanz	6
1.2 Fragestellung	7
1.3 Motivation	7
1.4 Ziel der Arbeit und Adressatenschaft	8
1.5 Aufbau der Bachelorarbeit	8
2 Häusliche Gewalt und Trauma	10
2.1 Häusliche Gewalt	10
2.1.1 Definition	10
2.1.2 Ausgewählte Studien	11
2.1.3 Formen häuslicher Gewalt	13
2.1.4 Dynamik häuslicher Gewalt	14
2.2 Trauma	17
2.2.1 Definition	18
2.2.2 Traumatische Ereignisse und Arten von Traumata	19
2.2.3 Beeinflussende Faktoren	20
2.2.4 Trauma als Prozess	22
2.2.5 Reaktionen auf ein traumatisches Ereignis	24
2.2.6 Traumaverarbeitung	25
2.2.7 Posttraumatische Belastungsstörung	26
2.3 Beziehungstrauma	29
2.3.1 Häusliche Gewalt als traumatische Erfahrung	29
2.3.2 Besonderheiten von Beziehungstraumata	31
3 Auswirkungen in fünf Lebensbereichen	34
3.1 Lebensbereich Gesundheit	35

3.1.1	Körperliche Verletzungen und Beschwerden	35
3.1.2	Andere psychische Krankheits- oder Störungsbilder	35
3.2	Lebensbereich Kognition und Lebensentwurf	37
3.3	Lebensbereich soziale und kulturelle Vernetzung	38
3.4	Lebensbereich Ausbildung und Arbeit	39
3.5	Lebensbereich materielle Existenzsicherung und Wohnen	40
4	Schutz- und Risikofaktoren in Gesundheitskonzepten	42
4.1	Gesundheitskonzepte und Gesundheitsförderung	43
4.1.1	Konzept der Salutogenese	46
4.1.2	Konzept der Positiven Psychologie	48
4.2	Resilienz-Konzept	51
4.2.1	Definition	51
4.2.2	Resilienzforschung	52
4.2.3	Entwicklung von Resilienz	53
4.3	Schutz- und Risikofaktoren	55
5	Resultierende Erkenntnisse	61
6	Sozialarbeiterische Beratung und Interventionen	63
6.1	Spezifische Aspekte	64
6.1.1	Erkennen eines Beziehungstraumas	64
6.1.2	Ansprechen von häuslicher Gewalt	67
6.1.3	Aufklärung über Beziehungstrauma	68
6.1.4	Schutz und Sicherheit	69
6.1.5	Stärkung der Persönlichkeit	70
6.1.6	Vertrauensbildung	73
6.1.7	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	74
6.2	Phasenmodell der allgemeinen normativen Handlungstheorie	76
6.3	Fallbeispiel	77
6.3.1	Phase I	79
6.3.2	Phase II	81
6.3.3	Phase III	84
6.3.4	Phase IV	86
6.3.5	Phase V	89
7	Schlussfolgerung	90
7.1	Beantwortung der Fragestellungen	90

7.2 Praxisbezug	92
7.3 Ausblick	92
8 Quellenverzeichnis	94
Anhang	103

Die gesamte Arbeit wurde von den Autorinnen Anina Hotz, Melanie Bieri und Priska Stöckli gemeinsam verfasst.

Abbildungsverzeichnis

Titelblatt: Eigene Darstellung

Abb. 1: Der Kreislauf der Gewalt	14
Abb. 2: Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung	23
Abb. 3: Entwicklungsaufgaben und Resilienzfaktoren	54
Abb. 4: Bewältigung von Entwicklungsaufgaben	56
Abb. 5: Belastung und Ressourcen: Eine Gegenüberstellung	57
Abb. 6: Phasenmodell der allgemeinen normativen Handlungstheorie	76

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Objektive und subjektive Faktoren	21
Tab. 2: Komplexe PTBS	28
Tab. 3: Risiko- und Schutzfaktoren	58
Tab. 4: Checkliste Beziehungstrauma	64
Tab. 5: Ziele	85
Tab. 6: Handlungsplan	86

Dank

An dieser Stelle möchten wir uns bei allen herzlich bedanken, die uns während dem Verfassen dieser Arbeit unterstützt haben. Ganz besonders danken möchten wir den Dozierenden der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, Simone Villiger, Maria Solèr, Andrea Wechlin, Elke Brusa und Ursula Fuchs für ihre fachliche Begleitung und hilfreichen Inputs. Speziellen Dank gebühren auch Christian Walker und Brigitte Muff für die wertvollen Rückmeldungen und Korrekturen.

1 Einleitung

Nachfolgend wird die Ausgangslage dieser Arbeit beschrieben. Die daraus folgende Berufsrelevanz wird aufgezeigt sowie die Fragestellungen erläutert. Ferner werden die Motivation der Autorinnen, das Ziel der Arbeit sowie die Adressatenschaft aufgeführt. Schliesslich rundet ein Überblick über den Aufbau der vorliegenden Bachelorarbeit das erste Kapitel ab.

1.1 Ausgangslage und Berufsrelevanz

Häusliche Gewalt ist ein weit verbreitetes Phänomen, auch wenn sie oft immer noch in ihrer Häufigkeit und Schwere unterschätzt wird. Wissenschaftliche Studien belegen, dass häusliche Gewalt nicht nur vereinzelt vorkommt, sondern ein Problem von grossem Ausmass darstellt, von welchem vor allem Frauen und Kinder, aber auch Männer betroffen sind. Die vorliegende Bachelorarbeit legt den Fokus auf weibliche Opfer ohne Kinder.

Eine Grosszahl der von häuslicher Gewalt betroffenen Frauen lebt oft über Jahre hinweg in einer gewalttätigen Beziehung, ohne dass jemand Kenntnis davon hat. Die Betroffenen sind den entsprechenden Situationen schutzlos ausgeliefert und erleben sie oft als lebensbedrohend. Wie die vorliegende Arbeit zeigen wird, kann häusliche Gewalt als traumatische Erfahrung definiert werden. Eine traumatische Erfahrung erschüttert gemäss Gaby Gschwend (2006) für kurze Zeit oder auch auf Dauer die psychische und physische Gesundheit der Betroffenen. Viele Menschen schaffen es unter günstigen Bedingungen, ihr Trauma zu überwinden. Anderen gelingt dieser Bewältigungsprozess jedoch nicht und die psychischen und physischen Belastungsreaktionen entwickeln sich zu chronischen Beschwerden. (S. 10)

Die langfristigen Reaktionen beeinträchtigen das Leben von betroffenen Frauen in hohem Mass. Je nachdem, in welchem Lebensbereich und in welchem Zusammenhang die Beeinträchtigungen von den Opfern selber oder ihrem sozialen Umfeld wahrgenommen werden, ist die Wahrscheinlichkeit gross, dass sie an Professionelle der Sozialen Arbeit gelangen, welche nicht direkt im Kontext von häuslicher Gewalt tätig sind. Dies kann beispielsweise auf einem polyvalenten Sozialdienst, in der betrieblichen Sozialarbeit sowie einer Sucht- oder Familienberatungsstelle sein. Professionelle der Sozialen Arbeit stellen demzufolge vielfach die ersten Kontaktpersonen dar, denen sich die betroffenen Frauen in irgendeiner Weise anvertrauen.

Im Hinblick auf die Unterstützung gewaltbetroffener, traumatisierter Frauen tragen daher Sozialarbeitende aller Berufsfelder eine grosse Verantwortung. Häusliche Gewalt bewirkt

gemäss Gabriella Schmid (2010) eine schwere Erschütterung des Selbstwertgefühls und des Vertrauens in das soziale Umfeld (S. 47). Daher erweist sich die Zusammenarbeit mit betroffenen Frauen als Herausforderung für Professionelle der Sozialen Arbeit. Die Kenntnis über Traumatisierung als Folge von häuslicher Gewalt und deren Auswirkungen auf das Leben weiblicher Betroffener ermöglicht eine adäquate Vorgehensweise und ist daher für Sozialarbeitende aller Berufsfelder von grosser Bedeutung.

In der vorliegenden Arbeit wird der Fokus auf die Möglichkeiten sozialarbeiterischer Beratung und Interventionen in der Zusammenarbeit mit betroffenen Frauen gelegt. Die Interventionsplanung stützt sich auf gesundheitsfördernde Konzepte. Um Betroffene bei der Bewältigung der Probleme in den einzelnen Lebensbereichen zu unterstützen und sie zu einem selbstbestimmten Leben zu ermächtigen, ist es die Aufgabe der Sozialen Arbeit, Schutz- und Risikofaktoren zu erkennen, diese zu fördern beziehungsweise zu mindern. Auf diese Weise soll das physische, psychische und soziale Wohlbefinden betroffener Frauen gesteigert und die Qualität sozialarbeiterischer Beratung und Interventionen gesichert werden.

1.2 Fragestellung

In der Auseinandersetzung mit dem Thema, ergaben sich für die vorliegende Arbeit folgende drei Fragestellungen:

1. Frage

Was ist unter Trauma als Folge von häuslicher Gewalt zu verstehen und welche Auswirkungen zeigen sich in fünf Lebensbereichen von weiblichen Betroffenen?

2. Frage

Welche Bedeutung haben Schutz- und Risikofaktoren im Hinblick auf die Bewältigung erschwerter Lebenssituationen?

3. Frage

Wie können sozialarbeiterische Beratung und Interventionen mit betroffenen Klientinnen gestaltet werden, um ihr physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden zu steigern?

1.3 Motivation

Das Interesse der Autorinnen an der Thematik dieser Arbeit wurde in verschiedenen Modulen der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit (HSLU - SA) sowie im Rahmen der absolvierten Praktika geweckt. Häusliche Gewalt sowie Gesundheit gehörten zum Inhalt diver-

ser Modulen der HSLU - SA. In ihren Praktika kamen die Autorinnen in Kontakt mit Frauen, welche Gewalterfahrung und Folgeerscheinungen aufwiesen. Dadurch waren sie mit der Komplexität der Thematik und den vielfältigen Herausforderungen im Umgang mit betroffenen Frauen konfrontiert. Traumatisierung als Folge von häuslicher Gewalt und die daraus resultierenden Probleme in den unterschiedlichen Lebensbereichen erachteten die Autorinnen als Angelegenheit der Sozialen Arbeit. Um ein vertieftes Wissen über die Auswirkungen von Traumatisierung als Folge von häuslicher Gewalt zu erlangen sowie spezifische Beratungsgrundsätze mit betroffenen Frauen aufzustellen, entschieden sich die Autorinnen, ihre Bachelorarbeit diesem Thema zu widmen.

1.4 Ziel der Arbeit und Adressatenschaft

Diese Arbeit soll einen Beitrag zur fachlichen Weiterentwicklung von Sozialarbeitenden aller Berufsfelder leisten. Der Zusammenhang zwischen dem Erleben von häuslicher Gewalt und einem Trauma soll ebenso aufgezeigt werden wie mögliche Auswirkungen einer Traumatisierung auf das Leben von betroffenen Frauen. Die Kenntnis über Gesundheitskonzepte sowie gesundheitliche Schutz- und Risikofaktoren bieten eine wertvolle Grundlage für die Beratung und Interventionen mit gewaltbetroffenen, traumatisierten Frauen. Indem aufgezeigt wird, dass sich das Wohlbefinden von Klientinnen durch professionelle Unterstützung der Sozialen Arbeit steigern lässt, soll Sozialarbeitenden Mut gemacht werden, Betroffene auf das schwierige Thema anzusprechen und Unterstützung anzubieten. Die Arbeit richtet sich an alle Sozialarbeitende in den verschiedenen Berufsfeldern. Sie soll zudem allen Studierenden und Interessierten zugänglich gemacht werden.

1.5 Aufbau der Bachelorarbeit

Diese Bachelorarbeit wird in sieben Kapitel gegliedert. Nachfolgend werden die einzelnen Kapitel kurz erläutert:

Im **Kapitel 2** werden die Themen häusliche Gewalt und Trauma beschrieben. Zuerst wird der Begriff häusliche Gewalt definiert, die Häufigkeit anhand diverser Studien aufgezeigt und der dynamische Prozess häuslicher Gewalt erläutert. Sodann wird auf die Begriffe Trauma und traumatische Ereignisse, den Traumaverarbeitungsprozess und Traumafolgestörungen eingegangen. Die Beantwortung der ersten Teilfrage betreffend dem Zusammenhang von häuslicher Gewalt und Trauma wird unter 2.3 vorgenommen. Dabei richtet sich der Fokus auf die Besonderheiten einer Traumatisierung durch häusliche Gewalt.

Im **Kapitel 3** werden, um die zweite Teilfrage der Frage eins zu beantworten, die Auswirkungen für betroffene Frauen in fünf – für die Soziale Arbeit relevanten – Lebensbereichen beleuchtet.

Das **Kapitel 4** widmet sich dem Theorieteil dieser Bachelorarbeit und dient der Beantwortung der zweiten Frage. Es werden die Gesundheitskonzepte erklärt, welche sich durch ihre positiven Grundgedanken für die Lösungsorientierung in der Beratung betroffener Frauen eignen. Nebst der Erläuterung der Konzepte der Salutogenese, der Positiven Psychologie und der Resilienz wird der Fokus insbesondere auf gesundheitliche Schutz- und Risikofaktoren gelegt.

Im **Kapitel 5** werden die gewonnenen Erkenntnisse der Kapitel zwei bis vier zusammengefasst.

Im **Kapitel 6** werden zuerst spezifische Grundsätze in der Arbeit mit traumatisierten Frauen erläutert. Danach werden – bezogen auf ein fiktives Fallbeispiel – Interventionen anhand des *Phasenmodells der allgemeinen normativen Handlungstheorie* mit Einbezug des Beschreibungs- und Erklärungswissens durchgeführt. Das sechste Kapitel dient der Beantwortung der dritten Fragestellung.

Im **Kapitel 7** werden die Fragen zusammenfassend beantwortet und der Praxisbezug erläutert. Schliesslich rundet ein Ausblick auf mögliche Forschungsthemen die vorliegende Bachelorarbeit ab.

2 Häusliche Gewalt und Trauma

Häusliche Gewalt und Trauma sind zwei Begriffe, die in engem Zusammenhang stehen und sowohl im alltäglichen Sprachgebrauch wie auch in der Fachliteratur immer wieder gemeinsam erwähnt werden. Im Folgenden wird – vorerst getrennt – aufgezeigt, was unter häuslicher Gewalt und unter Trauma zu verstehen ist. Im Anschluss werden die beiden Themen miteinander verknüpft und die Besonderheiten einer Traumatisierung durch häusliche Gewalt hervorgehoben.

2.1 Häusliche Gewalt

Häusliche Gewalt hat ein erschreckend grosses Ausmass. Dennoch wird diese Tatsache in der Öffentlichkeit vielfach tabuisiert. Erst seit 2004 ist die Vergewaltigung in der Ehe ein Officialdelikt, was bedeutet, dass es von Amtes wegen verfolgt werden muss. Für viele Personen ist häusliche Gewalt mit Unwohlsein oder sogar Angst verbunden. Bei Verdacht wird das Thema daher selten angesprochen oder wenn überhaupt, dann vielfach bagatelisiert. Vielen Menschen ist nicht bewusst, welche unterschiedlichen Formen häusliche Gewalt haben kann. Darauf wird in diesem Unterkapitel eingegangen, wobei vorerst eine Begriffsklärung vorgenommen wird.

In der Folge wird nur von Tätern gesprochen und nicht von Täterinnen, da es in dieser Bachelorarbeit um Frauen als Opfer geht. Dies geschieht jedoch im Bewusstsein, dass es auch Gewalt in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften gibt, was jedoch nicht Thema dieser Arbeit ist.

2.1.1 Definition

Für den Begriff häusliche Gewalt werden sowohl im Alltag wie in der Fachliteratur verschiedene Synonyme verwendet: Gewalt in intimen Partnerschaften, Gewalt im sozialen Nahraum, Familienstreitigkeiten, Gewalt in der Ehe oder Gewalt in Geschlechterbeziehungen. Teilweise wird bereits im verwendeten Begriff Bezug auf die Opfer genommen: Gewalt gegen Frauen, Männer und Kinder. Gemäss Cornelia Helfferich (2007) wurde häusliche Gewalt als Arbeitsbegriff eingeführt (S. 24).

Im Folgenden werden zwei Definitionen von häuslicher Gewalt einander gegenübergestellt und verglichen. Zuerst wird die Definition von Marianne Schwander (2003) aufgezeigt:

„Häusliche Gewalt liegt vor, wenn Personen innerhalb einer bestehenden oder aufgelösten familiären, ehelichen oder eheähnlichen Beziehung physische, psychische oder sexuelle Gewalt ausüben oder androhen“ (S. 199).

In Schwanders Definition können sowohl Männer wie auch Frauen oder Kinder beziehungsweise Täter/innen von häuslicher Gewalt sein. Fünf Jahre nach Schwander wies Jochen Peichl (2008) die Opfer- und Täterrolle einem Geschlecht zu und hob in seiner Definition die Frau als Opfer und den Mann als Täter hervor. Er definiert häusliche Gewalt wie folgt:

„Jede geschlechtsbezogene gewalttätige Handlung, die einer Frau Schaden oder Leid körperlicher, sexueller oder seelischer Art zufügt oder wahrscheinlich zufügen wird, einschliesslich der Androhung solcher Handlungen, der Nötigung oder der willkürlichen Freiheitsberaubung im öffentlichen oder privaten Leben“ (S. 29).

Peichl erwähnt, dass einer Frau auf drei Arten Schaden zugefügt werden kann. Im Gegensatz zur vorhergehenden Definition wird auch auf die Auswirkungen häuslicher Gewalt hingewiesen. Ausserdem spricht Peichl davon, dass häusliche Gewalt im privaten Raum wie auch im öffentlichen Raum stattfinden kann. In Schwanders Definition wird nur von engen Beziehungen im privaten Raum gesprochen. Wie Schwander zählt auch Peichl das Androhen von Gewalttaten zur häuslichen Gewalt.

Für diese Arbeit wird die Definition von Peichl verwendet. Peichl legt im Vergleich zu Schwander grossen Wert auf die Auswirkungen, welche die drei Formen (siehe 2.1.3) häuslicher Gewalt auf eine Frau haben können. Von Bedeutung ist für diese Arbeit auch die Tatsache, dass Peichls Definition von Frauen als Opfer handelt.

2.1.2 Ausgewählte Studien

Gemäss Daniela Gloor und Hanna Meier (2010) spielt es eine entscheidende Rolle, mit welcher Methode eine Studie zu häuslicher Gewalt gemacht wird. Dabei können unter anderem Aspekte wie Erhebungsart, erforschte Gewaltform sowie die Formulierung der Fragen zu unterschiedlichen Ergebnissen führen. (S. 22) Das Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann [EBG] (2011) hebt hervor, dass es bei Studien über das Ausmass von häuslicher Gewalt zusätzlich zur Methode auch auf die Art der Studie (Hellfeld- oder Dunkelfeldstudien) ankommt. In den Hellfeldstudien wird häusliche Gewalt erfasst, welche unterschiedlichsten Institutionen gemeldet wurde. Im Unterschied dazu

wird in den Dunkelfeldstudien (auch Prävalenzstudien genannt) häusliche Gewalt erforscht, welche nicht durch Behörden erfasst wurde. (S. 2)

Schweizweit wurde im Jahr 2009 eine revidierte polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) zu den gemeldeten Gewalttaten häuslicher Gewalt aufgestellt. Dabei sind 9'761 Individuen (76 Prozent Frauen) als Opfer in diese Statistik aufgenommen worden. Die PKS informiert jedoch lediglich über die polizeilich registrierten Vorfälle. (zit. in EBG, 2011, S. 4) In der Opferhilfestatistik vom Jahr 2008 wurden insgesamt 28'752 Personen beraten, davon waren 73,2 Prozent weibliche Opfer und 54,1 Prozent mit einer familiären Täter-Opfer-Beziehung (Bundesamt für Statistik [BfS], 2008, ¶1). Ausserdem wurde in der Schweiz in den Jahren 2000 bis 2004 Zahlen zu Tötungsdelikten in Partnerschaften erhoben. Gemäss dieser Studie waren 45 Prozent aller gemeldeten Personen Opfer eines versuchten oder vollendeten Tötungsdelikt von häuslicher Gewalt. Davon waren 317 weibliche Opfer. (BfS, 2006, S. 5 und S. 33)

Bei den drei genannten Untersuchungen ist darauf hinzuweisen, dass es sich um Hellfeldstudien handelt und dabei nur die Personen erfasst wurden, welche sich bei der Behörde gemeldet haben. Die Zahlen aus den Dunkelfeldstudien sprechen eine andere Sprache. Bisher wurden in der Schweiz drei grössere Befragungen zu häuslicher Gewalt gemacht, eine gesamtschweizerische Befragung wurde jedoch noch nicht durchgeführt. In der ersten Studie von Lucienne Gillioz, Jacqueline de Puy, Véronique Ducret und Katharina Belsler (1997) wurden 1'500 Frauen im Alter von 20 bis 60 Jahren befragt. Die Frauen befanden sich aktuell oder in den letzten zwölf Monaten in einer Partnerschaft. Diese Untersuchung kam zum Ergebnis, dass 20,7 Prozent der Befragten unter körperlicher und/oder sexueller Gewalt in ihrer Beziehung litten. (S. 15 und S. 19) Bei der zweiten Befragung aus dem Jahre 2003 von Martin Killias, Mathieu Simonin und Jacqueline de Puy (2005) wurden 1'975 Frauen, welche zwischen 18 und 70 Jahren alt waren, telefonisch interviewt. Gemäss dieser Befragung waren 39,4 Prozent aller befragten Frauen mindestens einmal in ihrem Leben Opfer von physischer oder sexueller Gewalt geworden. (S. 113-115) In der dritten Untersuchung wurden 1'772 Patientinnen in der Maternité Inselhof Triemli (Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie) befragt. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass 76,8 Prozent der Frauen mindestens einmal psychische Gewalt in ihrem Leben erduldet haben. 43,6 Prozent gaben an, schon einmal von physischer Gewalt betroffen gewesen zu sein und 12,9 Prozent haben sexuelle Gewalt erlebt. (Gloor & Meier, 2004, S. 2) Im Vergleich zu den Zahlen aus der Schweiz wurde in Deutschland in einer bedeutend grösseren Befragung (20'264 Interviews) eruiert, dass gut 25 Prozent, also jede vierte Frau, unter körperlichen oder sexueller Gewalt litt oder leidet (Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ], 2004, S. 9).

Es steht fest, dass das Ausmass von häuslicher Gewalt, trotz unterschiedlichen Ergebnissen der Studien, kein Randphänomen in der Gesellschaft darstellt, sondern gravierend und nicht zu unterschätzen ist.

2.1.3 Formen häuslicher Gewalt

Gemäss Gloor und Meier (2010) werden folgende Formen von häuslicher Gewalt unterschieden: *psychische, physische, sexuelle, soziale* sowie *ökonomische Gewalt* und *Stalking* (S 18). Gschwend (2006) betont, dass häusliche Gewalt keine gesellschaftlichen Schranken kennt. Sämtliche Formen häuslicher Gewalt können in allen Schichten und Altersklassen vorkommen. (S. 39)

Das Büro für die Gleichstellung und für Familienfragen [GFB] des Kantons Freiburg und die kantonale Kommission gegen Gewalt in Paarbeziehungen (2007) beschreibt *psychische Gewalt* als besonders schädigend für betroffene Frauen. Psychische Gewalt richtet sich gegen die Identität, Vitalität und das Selbstbewusstsein einer Person und kann beim Opfer tiefschürfende Verletzungen verursachen. Diese Form von häuslicher Gewalt wird oftmals von Aussenstehenden unterschätzt. (S. 7) In der Untersuchung zu Gewalt in Ehe und Partnerschaft von Gillioz et al. (1997) waren 26,2 Prozent aller befragten Frauen in den letzten zwölf Monaten Opfer von psychischer Gewalt (S. 19).

Soziale und *ökonomische Gewalt* sind gemäss Gloor und Meier (2010) eine spezielle Form psychischer Gewalt. Typisch für diese beiden Formen ist das Ziel, Kontrolle über den Partner zu erlangen. (S. 19) Unter *sozialen Gewalt* versteht das EBG (2007a) die Einschränkung des sozialen Lebens des Opfers durch den Täter. Dies geschieht durch ständige Kontrolle, Verbote und Einsperren des Opfers. (S. 2) Als *ökonomische Gewalt* definiert das GFB des Kantons Freiburg und die kantonale Kommission gegen Gewalt in Paarbeziehungen (2007) das Kontrollieren von Haushalt, Güter, Geld sowie der beruflichen Tätigkeit. Es wird betont, dass je grösser die finanzielle Abhängigkeit und die soziale Isolation eines Individuum ist, desto empfindlicher ist dieses in Bezug auf andere Formen von häuslicher Gewalt. (S. 7)

Diese anderen Formen können auch *physische* oder *sexuelle Gewalt* sein. Unter *physischer Gewalt* wird unter anderem Drohung oder Verletzung mit Waffen oder anderen Gegenständen, alle Formen von Schlägen und Bissen, Einsperren, Verbrennungen, Würgen sowie Tötungsversuche oder Tötung zusammengefasst (Gillioz et al., 1997, S. 17-18). *Sexuelle Gewalt* beinhaltet gemäss Peichl (2008) jede Art von intimen Handlungen, zu welcher die Frau nicht zustimmt. Dies sind beispielsweise: Zwang zu sexuellen Handlungen und Vergewaltigungen sowie das Weglassen von Verhütungsmitteln zum Schutz vor

Geschlechtskrankheiten. Ausserdem sieht Peichl auch eine ungewollte Schwangerschaft als Teil der sexuellen Gewalt an. (S. 16) Gillioz et al. (1997) schreiben in ihrer Untersuchung über Gewalt in Ehe und Partnerschaft in der Schweiz, dass jede fünfte Frau während ihres Lebens körperliche und/oder sexuelle Gewalt durch ihren Lebensgefährten erfahren hat. 6,1 Prozent der befragten Frauen gaben an, im letzten Jahr mindestens einmal körperliche und/oder sexuelle Gewalt erlebt zu haben. (S. 19)

Das GFB des Kantons Freiburg und die kantonale Kommission gegen Gewalt in Partnerschaften (2007) betont, dass durch eine Trennung vom gewalttätigen Partner die Gewalt nicht immer gestoppt werden kann oder diese sich sogar verschlimmert. Möglicherweise fängt sie auch erst nach Beendigung der Beziehung an. (S. 7) Darauf verweist auch Schwander in ihrer Definition (siehe 2.1.1). Gloor und Meier (2010) definieren *Stalking* als eine Form von häuslicher Gewalt und verstehen darunter „das wiederholte, zwangshafte Verfolgen, Belästigen und Terrorisieren einer Person“ (S. 18).

Abschliessend ist zu erwähnen, dass die verschiedenen Formen von häuslicher Gewalt nicht in einer Hierarchie zueinander stehen, sondern sich jede Form je nach Häufigkeit und Schwere der Gewalt, sowie der Persönlichkeit der betroffenen Frau unterschiedlich auswirken kann. Darauf wird im späteren Verlauf dieser Arbeit vertieft eingegangen.

2.1.4 Dynamik häuslicher Gewalt

Häusliche Gewalt ist als dynamischer Prozess zu verstehen. Um die Dynamik von häuslicher Gewalt zu begreifen, führte Lenore E. A. Walker (2000) den *Gewaltkreislauf* (Cycle of Violence) ein. In diesem Kreislauf, oft auch Gewaltspirale genannt, gibt es drei verschiedene Phasen. Diese nennen sich *Spannungsaufbau*, *Gewaltausbruch* und *Entschuldigungsphase*. (S. 126)

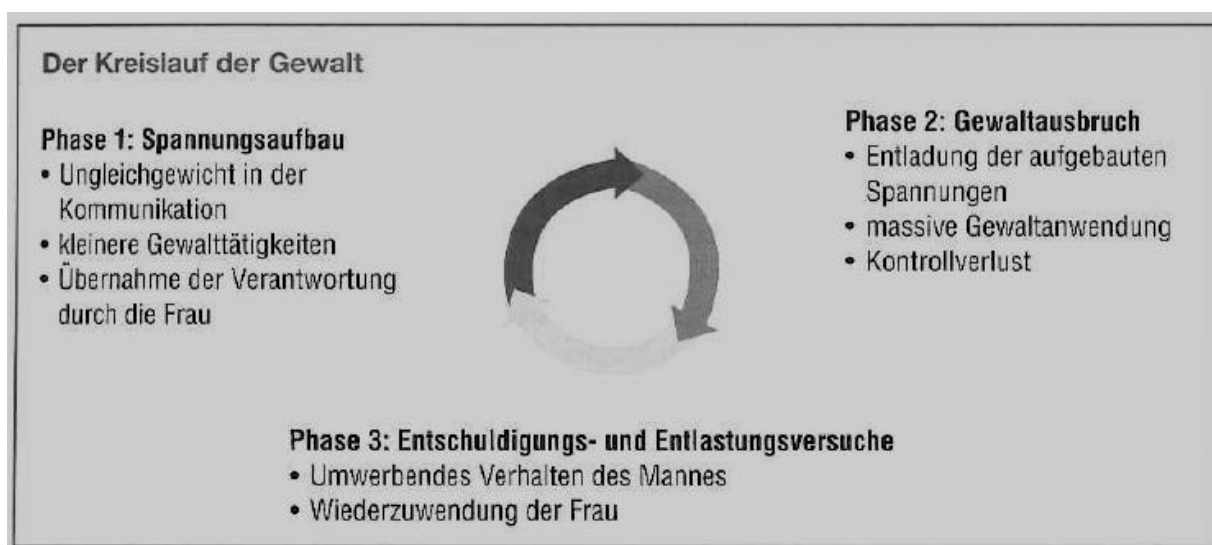


Abb. 1: Der Kreislauf der Gewalt (Schmid, 2010, S. 40)

Das EBG (2007b) beschreibt, dass das Opfer in der ersten Phase des *Spannungsaufbaus* versucht, dem Täter alles recht zu machen, mit dem Ziel, eine schwierige Situation, die zur Misshandlung führen kann, zu vermeiden. Dennoch kann die Gewalttat nicht verhindert werden, da das Opfer nicht verantwortlich ist für die Taten des Täters. (S. 1) Schmid (2010) führt aus, dass die zweite Phase durch die Gewalttat gekennzeichnet ist. Für das Opfer bedeutet dies, der Gewalt hilflos ausgeliefert zu sein. Es weiss nie, wann die Gewalt anfängt, aufhört und wie stark sie sein wird. Die dritte Phase wird gemäss Schmid oftmals als *Honeymoonphase* bezeichnet. Der Täter bereut seine Tat und versichert, dass er sich ändern wird. Er umwirbt seine Frau und beginnt, sich um sie zu kümmern. Trotz eventuellen Trennungsabsichten gibt die Frau ihrem Mann eine (erneute) Chance. Somit beginnt der Kreislauf wieder von vorne. Die Gewaltausbrüche nehmen dabei, wie Schmid betont, stetig an Stärke zu und kommen immer öfters vor. Eine Trennung wird von den meisten Frauen während dem Durchlaufen der Spirale zwar in Erwägung gezogen, vielfach fehlt aber die Kraft, den endgültigen Entschluss zu fassen. Die Gründe dafür können die fortwährende Liebe zum Partner sein, aber auch Ängste vor dem Alleinsein, dem finanziellen Überleben oder davor, die Kinder an den Mann zu verlieren. Ausserdem fürchten viele Frauen die Reaktion des sozialen Umfeldes. (S. 39-41)

Der Gewaltkreislauf von Walker wurde bisher mehrfach erweitert. Da es aber zu keinen einschneidenden Veränderungen, sondern mehrheitlich bloss zur Verfeinerung der einzelnen Phasen gekommen ist, werden diese Erweiterungen an dieser Stelle nicht aufgezeigt. Helfferich und Barbara Kavemann (2004) haben jedoch in einem Forschungsprojekt völlig neue Muster der Gewaltdynamik entwickelt, welche für diese Arbeit bedeutsam erscheinen. Sie untersuchten dabei, wie Frauen, bei welchen ein Platzverweis gegen den Mann durch die Polizei ausgesprochen wurde (das heisst, der Mann wurde aus der gemeinsamen Wohnung weggewiesen), ihre Geschichte erzählen und wie handlungsmächtig die Frauen zu diesem Zeitpunkt waren. Die vier Muster der Gewaltdynamik von Helfferich und Kavemann sind: *rasche Trennung*, *neue Chance*, *fortgeschrittener Trennungsprozess* und *ambivalente Bindung*. (S. 48)

Dem Muster *rasche Trennung* ordnet Helfferich (2006) meist junge, unverheiratete Frauen zu. Die Partnerschaft mit dem Mann war eher von kurzer Dauer bis es zur Gewalttat kam. Durch den Platzverweis wurde die Beziehung beendet. Die Frauen in diesem Muster erlebten ihre Handlungsmacht immer als aktiv. Das Muster *neue Chance* bezieht sich oft auf ältere Frauen, die mehrere Kinder haben und eine langjährige Ehe führten. Die Frauen wollen die Beziehung zu ihrem Mann fortführen, jedoch ohne Gewalt. Ihre Handlungsmacht erfuhren sie stets als aktiv, manchmal als ineffektiv. Frauen mittleren Alters, die verheiratet sind und Kinder haben, sind im Muster *fortgeschrittener Trennungsprozess* zu finden. Je mehr die Gewalttaten eskalierten, desto stärker wurde die Trennungs-

absicht der Frauen. Sie empfanden ihre Handlungsmacht vorerst als nicht so gross, doch sie entwickelte sich und die Frau wurde aktiver. Der Platzverweis führte zur Beendigung der Beziehung. Im Muster *ambivalente Bindung* befinden sich Frauen, die schon seit langem der Gewalt ausgesetzt sind und sich machtlos und inaktiv fühlen. Die häusliche Gewalt verläuft entlang der *Gewaltspirale* von Walker, deshalb nahmen diese Frauen den Mann nach dem Platzverweis schnell wieder zu sich zurück. (zit. in Schmid, 2010, S. 50-51)

Gemäss Helfferich und Kavemann (2004) können sich die beschriebenen Muster verändern. So kann sich beispielsweise eine Frau des Musters *ambivalente Bindung* in das Muster des *fortgeschrittenen Trennungsprozesses* begeben. Einige Frauen im Muster *fortgeschrittenen Trennungsprozess* erzählten von dieser Veränderung. Ebenfalls kann sich das Muster *rasche Trennung* in dasjenige der *neuen Chance* ändern, wenn die Frauen ihre Meinung zur Trennung ändern und ihrem Partner nochmals eine Chance geben. (S. 51)

Aufgrund der Erkenntnisse über die vier Muster, haben Helfferich und Kavemann (2004) die Anfänge eines neuen Modelles formuliert, das – im Gegensatz zur Gewaltspirale von Walker – die Ressourcen der Frauen in den Mittelpunkt stellt. Helfferich und Kavemann kritisieren, dass die Gewaltspirale defizit- und nicht ressourcenorientiert ist. Ihrer Meinung nach deckt sie nur den Schlusspunkt einer Gewaltbeziehung ab und erklärt, wie Frauen zu diesem Punkt kommen, an welchem sie schutzlos ausgeliefert sind und sich selbst aufgeben. Laut Helfferich und Kavemann sind diese Frauen nur im Muster *ambivalente Bindungen* zu finden, weshalb ihrer Meinung nach der Gewaltkreislauf von Walker nicht auf alle gewaltbetroffenen Frauen zutrifft. Für professionelle Interventionen ist es jedoch gemäss Helfferich und Kavemann bedeutsam, auch die Ressourcen gewaltbetroffener Frauen zu erkennen. Das von Helfferich und Kavemann entwickelte Modell soll für alle vier Muster eine Erklärung bieten und heisst *Modell der Übergänge*. Die Phasen dieses Modelles sind: *erstes Mal*, *weitere Vorfälle (Eskalationen und Stufen)* sowie *Zuspitzung*. (S. 146-147)

Anhand ihres Modells zeigen Helfferich und Kavemann (2004) auf, dass eine gewaltbetroffene Frau nach der ersten Gewaltausübung die Wahlmöglichkeit hat, bei ihrem Partner zu bleiben oder ihn zu verlassen, wie es die Frauen im Muster *rasche Trennung* tun. Wählt das Opfer die Möglichkeit zu bleiben, kommt es zu *weiteren Vorfällen*. Helfferich und Kavemann betonen, dass die Frau dabei jedes Mal erneut die Möglichkeit hat, sich zu entscheiden, ob sie bleiben oder gehen und damit die Gewaltbeziehung beenden will. Sollte sie nach jeder weiteren Gewalttat beschliessen, bei ihrem Partner zu bleiben, befindet sie sich in der klassischen Gewaltspirale. Durch eine mögliche Trennungsabsicht

oder Trennung der Frau kann sich die Situation gemäss Helfferich und Kavemann nochmals zuspitzen, womit die Frau sich in der letzten Phase der *Zuspitzung* befindet. Helfferich und Kavemann betonen, dass der Prozess der Trennung oftmals sehr lange dauert sowie Geduld und Beharrlichkeit auf Seiten der betroffenen Frauen und auf derjenigen der professionell beratenden Person benötigt. (S. 146-148)

Es hat sich gezeigt, dass häusliche Gewalt von unterschiedlicher Dynamik ist. Das *Modell der Übergänge* von Helfferich und Kavemann weicht ab vom defizitären Blickwinkel und rückt Frauen ins Zentrum, die es aufgrund vorhandener Ressourcen schaffen, ihren Partner zu verlassen. Es zeigt auf, dass jede Frau immer wieder von neuem die Möglichkeit hat, sich zu entscheiden, ob sie in einer gewalttätigen Beziehung bleiben will oder nicht. Dabei wird betont, dass auch Frauen, die beim gewalttätigen Partner bleiben, über Ressourcen verfügen. Diese werden allerdings vielfach von ihr selber nicht erkannt, bleiben verdeckt, müssen daher vorerst sichtbar gemacht und aktiviert werden. Diese Auffassung ist für sozialarbeiterische Interventionen und somit für diese Arbeit von grosser Bedeutung.

Um sozialarbeiterische Interventionen angemessen auf die Klientinnen abstimmen zu können, braucht es nebst dem Wissen über Formen und der Dynamik häuslicher Gewalt auch Kenntnis über die Folgen, welche häusliche Gewalt bei den betroffenen Frauen haben kann. Diese können sich in psychischer, physischer oder psychosomatischer Hinsicht zeigen. Gloor und Meier (2010) betonen, dass die Folgen umso gravierender sind, je massiver die Gewalt ausgeübt wird oder wurde (S. 32). Im Zusammenhang mit psychischen Folgen wird meistens von psychischer Traumatisierung gesprochen. Darauf soll im Weiteren vertieft eingegangen werden.

2.2 Trauma

Ein Trauma stellt eine psychische Folge häuslicher Gewalt und oftmals auch den Beginn einer Kette längerfristiger Folgeerscheinungen dar. Was unter einem Trauma zu verstehen ist und welchen Verlauf eine Traumatisierung nehmen kann, wird im Folgenden aufgezeigt. Dazu ist zu erwähnen, dass sich die Beschreibung der Symptome und Krankheitsbilder in dieser Arbeit auf das *Diagnostische und Statistische Handbuch Psychischer Störungen* (DSM-IV-TR) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung [APA] stützt. Dies aus dem Grund, weil es genaue diagnostische Kriterien enthält, geschlechtsspezifische Unterschiede berücksichtigt und daher auch von den meisten Autorinnen und Autoren, die in dieser Arbeit zitiert werden, herangezogen wurde. Im Folgenden wird vorerst eine Begriffsklärung vorgenommen.

2.2.1 Definition

Das Wort Trauma stammt aus dem Griechischen und bedeutet „Wunde“. Er wird in der Medizin für körperliche und seelische Verletzungen verwendet (Duden, 2005, S. 1053). Handelt es sich um eine seelische Verletzung, wird die Differenzierung in psychisches Trauma oder Psychotrauma gemacht (Gottfried Fischer & Peter Riedesser, 2009, S. 24). In der vorliegenden Arbeit geht es in erster Linie um seelische Verletzungen, wobei aber körperliche Beeinträchtigungen nicht vollständig ausgeklammert werden können, wie die weiteren Ausführungen zeigen werden. Da Fachleute meist auch für Verletzungen der Psyche von Trauma sprechen, wird nachfolgend der Einfachheit halber diese Kurzform verwendet.

In der Fachliteratur wird mit dem Begriff Trauma sehr unterschiedlich umgegangen. Beim Vergleich von verschiedenen Autorinnen und Autoren tauchen Ungereimtheiten auf. Einerseits werden Reaktionen und Folgeerscheinungen auf ein lebensbedrohliches Ereignis als Trauma bezeichnet, andererseits werden aber häufig auch diese traumatischen Ereignisse selber Trauma genannt. Stephanie S. Covington (2008) beispielsweise spricht von Trauma als ein Ereignis aber auch von Trauma als eine Reaktion auf Gewalt oder eine andere, überwältigend negative Erfahrung (S. 28).

Fischer und Riedesser (2009) sind in ihrer Auslegung sehr differenziert, weshalb im Folgenden von ihrer Definition ausgegangen wird. Die beiden Autoren sind der Meinung, dass der Begriff Trauma sowohl objektiv wie auch subjektiv definiert werden muss. Für sie ist das Zusammenwirken vom objektiven Ereignis und erlebenden Subjekt für die Entwicklung eines Traumas entscheidend. (S. 63-64) Fischer und Riedesser definieren Trauma wie folgt:

„Vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (S. 84).

Ein Trauma wird also gemäss der Definition von Fischer und Riedesser (2009) immer von zwei Faktoren beeinflusst: Zum einen von den objektiven Situationsfaktoren, womit gemäss Fischer und Riedesser die äussere Lagebestimmung der Situation gemeint ist, und zum anderen von den subjektiven Bewältigungsmöglichkeiten der betroffenen Person. Mit „dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis“ deuten die Autoren auf den Verlust des Selbstvertrauens vieler traumatisierten Personen hin, gleichzeitig aber auch auf den Vertrauensverlust in die soziale Umwelt, der sich später als Traumafolge einstellen kann. (S. 90 und S. 149) Darauf wird unter 3.2 ausführlicher eingegangen.

Anhand der Definition von Fischer und Riedesser wird ersichtlich, dass eine Unterscheidung gemacht werden muss zwischen einem Trauma (als seelische Verletzung) und dem traumatischen Ereignis (als objektiver Situationsfaktor), welches eine solche Verletzung auslösen kann.

2.2.2 Traumatische Ereignisse und Arten von Traumata

Traumatische Ereignisse werden in der Fachliteratur unterschiedlich auch traumatische Situationen oder traumatische Erfahrungen genannt. Vor allem bei langandauernden traumatischen Vorkommnissen erscheinen die Begriffe Erfahrung oder Situation treffender. In ihrer Auslegung weisen die unterschiedlichen Bezeichnungen wenig Diskrepanzen auf. In der deutschen Bearbeitung des DSM-IV-TR werden traumatische Ereignisse folgendermassen beschrieben:

„Ereignisse, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalten“ (Henning Sass, Hans-Ulrich Wittchen, Michael Zaudig & Isabel Houben, 2003, S. 193).

Auch in der Fachliteratur wird in der Beschreibung traumatischer Ereignisse die tiefe Bedrohung und die damit verbundene Auswegs- und Hoffnungslosigkeit hervorgehoben. Horst Kraemer (2003) schreibt, dass ein Ereignis, welches zu einem Trauma führt, eine ernsthafte Gefahr beinhalten muss, welche die körperliche und geistige Integrität gefährdet (S. 34). Gschwend (2006) betont, dass solche Ereignisse oft eine Lebensgefahr beinhalten und bei den betroffenen Personen Entsetzen, Furcht und intensive Hilflosigkeit bewirken (S. 9). Ingrid Olbricht (2004) fügt hinzu, dass Traumatisierungen stets mit Ereignissen verbunden sind, die ausserhalb gewöhnlicher menschlicher Erfahrungs- und Verarbeitungsmöglichkeiten liegen (S. 26).

Es wird ersichtlich, dass bereits bei der Beschreibung traumatischer Ereignisse auf die Verarbeitungsfähigkeit der betroffenen Person, also auf die subjektiven Faktoren eines Traumas, Bezug genommen wird. Dies erschwert die Differenzierung von einem traumatischen Ereignis und dem Trauma, die jedoch unbedingt gemacht werden muss.

Trauma kann, wie unter 2.2.1 erläutert, nicht nur objektiv definiert werden. Es hängt also nicht allein vom Ereignis ab, ob es zu einem Trauma kommt oder nicht. Gleichwohl aber besteht in der Fachliteratur verbreitet die Meinung, dass es Situationen gibt, die tendenziell traumatisierend wirken. Dies sind gemäss Luise Reddemann und Cornelia Dehner-Rau (2004) unter anderem Naturkatastrophen, Krieg, Folter, Unfälle, Verlust ei-

ner nahen Bezugsperson, Vernachlässigung in der Kindheit, (sexualisierte und/oder häusliche) Gewalt sowie Miterleben von Gewalt und der anderen traumatischen Ereignissen als Zeuge (S. 18).

Es zeigt sich, wie gross die Bandbreite der traumatischen Ereignisse ist. Aufgrund dessen wird auch eine Differenzierung verschiedener Arten von Traumata gemacht, welche sich anlässlich dieser Ereignisse entwickeln können. Lenore Terr (1991) unterscheidet dabei zwischen den Folgen einmaliger traumatischer Ereignissen (*Typ I-Trauma*) sowie wiederholten, langanhaltenden Traumata (*Typ-II Trauma*) (zit. in Christiane Sanderson, 2010, S. 21). Typ-II Traumata werden in der Fachliteratur oft auch *komplexe Traumata* genannt. Dieser Typ entsteht nicht aufgrund eines einmaligen traumatischen Ereignisses, sondern vielmehr durch eine langanhaltende Bedrohung der körperlichen und psychischen Integrität. Daher erscheint der Begriff traumatische Erfahrung anstelle von traumatischem Ereignis treffender. Olbricht (2004) hebt die Häufigkeit dieser Form hervor (S. 27).

Reddemann und Dehner-Rau (2004) unterteilen in drei Kategorien: *Man-made-Trauma* (durch Menschen zugefügtes Trauma), *Naturkatastrophen* oder *schwere Schicksalsschläge* und *kollektive Traumatisierung* (ebenfalls durch Menschen zugefügt, jedoch nicht im individuellen Kontext, beispielsweise Krieg) (S. 15). In der Fachliteratur werden Traumata als Folge von Gewalt durch nahe Bezugspersonen oft auch *Beziehungstraumata* genannt.

Die Differenzierung nach verschiedenen Arten von Traumata ist insbesondere deswegen relevant, weil sich die Traumafolgen und somit die Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen je nach Art des Traumas unterscheiden können. So kann ein *Man-made-Trauma* zu einer erheblichen Verletzung des Vertrauens in Beziehungen zu anderen Menschen führen, was bei einem durch eine Naturkatastrophe hervorgerufenen Trauma möglicherweise weniger der Fall ist. Meistens sind auch die Folgen eines lang andauernden *Typ-II Traumas* gravierender als jene eines einmaligen *Typ-I Traumas*, wobei aber nicht pauschalisiert werden darf. Wichtig ist zu beachten, dass ein Trauma akut oder chronisch verlaufen kann. Im Folgenden soll aufgezeigt werden, welche Faktoren bei diesem Verlauf eine entscheidende Rolle spielen.

2.2.3 Beeinflussende Faktoren

Das Ausmass und die Art der akuten oder chronischen Reaktion auf ein traumatisches Ereignis hängen, wie die Definition von Fischer und Riedesser besagt, von objektiven und subjektiven Faktoren ab. Auch Olbricht (2004) sowie Reddemann und Dehner-Rau (2004)

erwähnen solche Faktoren. Die nachfolgende Tabelle soll einen Überblick über die wichtigsten Einflussgrößen verschaffen.

Objektive Faktoren	
Art und Lebensbedrohlichkeit der Situation	<ul style="list-style-type: none"> • Naturkatastrophen oder schwere Schicksalsschläge • Man-made-Trauma • Kollektives Trauma
Schweregrad der traumatischen Situation	<ul style="list-style-type: none"> • Skala 1-6 der Belastungsfaktoren für ein akutes Ereignis oder länger andauernde Lebensumstände im DSM- IV-TR
Dauer und Häufigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Einmaliges, traumatisches Ereignis (Typ-I Trauma) • Wiederholte, langanhaltende traumatische Erfahrung (Typ-II Trauma)
Art der Betroffenheit	<ul style="list-style-type: none"> • Unmittelbare Betroffenheit • Mittelbare Betroffenheit (Angehörige) • Indirektes Einwirken der traumatischen Situation (Helfer/innen nach einer Katastrophe)
Verhältnis zwischen Täter und Opfer	<ul style="list-style-type: none"> • Fremde Person • Enge Bezugsperson
Subjektive Faktoren	
Bisherige Lebensgeschichte	<ul style="list-style-type: none"> • Beeinträchtigungen vor der traumatischen Situation

	<ul style="list-style-type: none"> • (Traumatische) Erfahrungen in der Vergangenheit
Aktuelle Disposition	<ul style="list-style-type: none"> • Erwartbarkeit der traumatischen Situation
Schutz- und Risikofaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Interne Schutz- und Risikofaktoren • Externe Schutz- und Risikofaktoren (siehe Kapitel 4)
Persönliches Wertesystem	<ul style="list-style-type: none"> • Subjektive Bedeutungszuschreibung

Tab. 1: Objektive und subjektive Faktoren (eigene Darstellung in Anlehnung an: Fischer & Riedesser, 2009, S. 149-166; Olbricht, 2004, S. 27-34; Reddemann & Dehner-Rau, 2004, S. 19)

2.2.4 Trauma als Prozess

Die bisherigen Ausführungen haben verdeutlicht, dass es „das“ Trauma nicht gibt, und es von unterschiedlichsten Faktoren abhängt, wie sich ein Trauma entwickelt. Fischer und Riedesser (2009) betonen, dass Trauma als Prozess zu verstehen ist (S. 48). Der Begriff Traumatisierung bringt diese Prozesshaftigkeit deutlicher zum Ausdruck.

Um die Prozesshaftigkeit einer Traumatisierung zu verdeutlichen, haben Fischer und Riedesser ein *Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung* entwickelt, das Aspekte anderer bedeutender Modelle über die Bewältigung traumatischer Ereignisse kombiniert. Gemäss Silke Birgitta Gahleitner (2005) verdeutlicht das Modell von Fischer und Riedesser das Zusammenwirken von objektiven traumatischen Aussenfaktoren, sozialen Umweltfaktoren und subjektiven Bedeutungszuschreibungen (S. 48). Zusätzlich wird in diesem Modell die Bedeutung der bisherigen Lebensgeschichte der betroffenen Person hervorgehoben sowie die Zeitdimension veranschaulicht, welche ebenfalls von grosser Wichtigkeit ist.

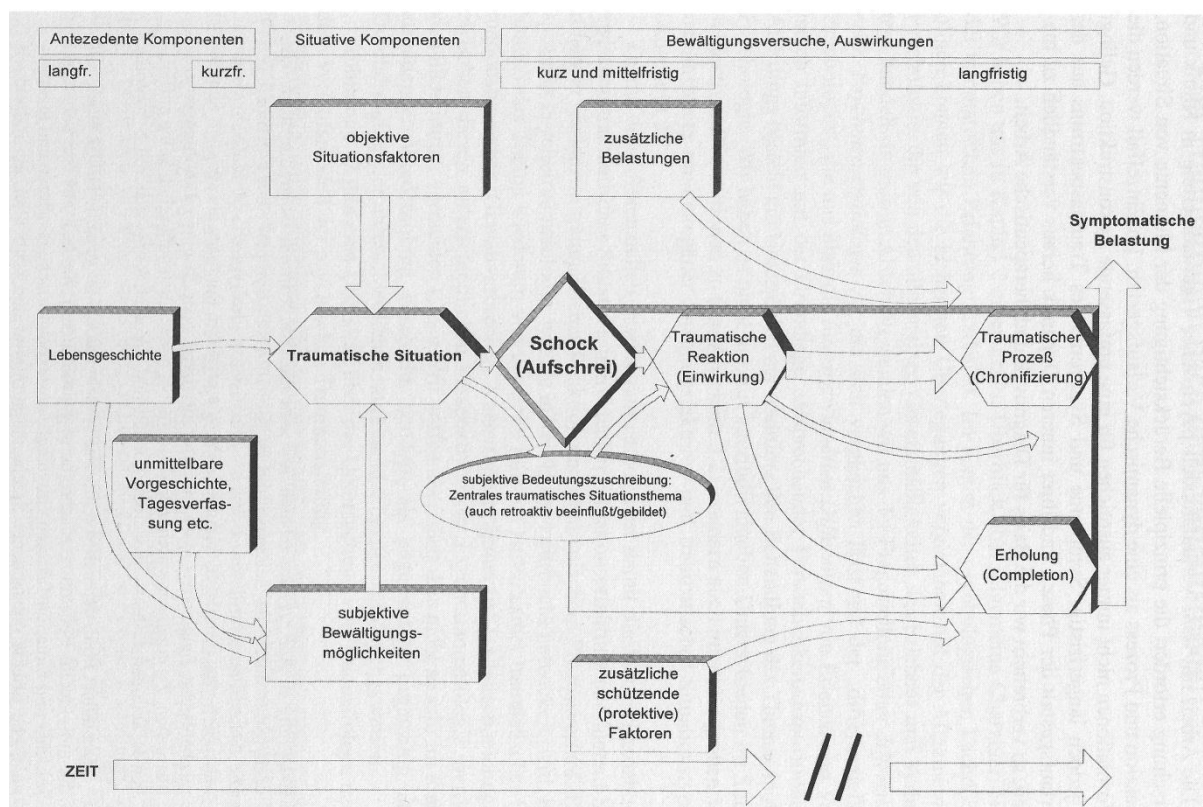


Abb. 2: Verlaufmodell der psychischen Traumatisierung (Fischer & Riedesser, 2009, S. 145)

Die erste Phase des *Verlaufmodells psychischer Traumatisierung* nennen Fischer und Riedesser (2009) die *traumatische Situation*. Sie verdeutlicht, was beim Eintritt eines traumatischen Ereignisses geschieht und wie betroffene Personen darauf reagieren. Die zweite Phase wird *traumatische Reaktion* oder *Einwirkungsphase* genannt. In dieser Phase geht es um die Verarbeitung einer traumatischen Erfahrung. Die Phase drei mit dem Namen *traumatischer Prozess* oder *Chronifizierung* verdeutlicht, wie betroffene Personen bei einer misslungenen Verarbeitung versuchen, das Trauma in ihr Leben zu integrieren. Diese Phase zeigt auf, dass die kurz- und mittelfristige traumatische Reaktion unter Umständen zu einem langfristigen Lebensentwurf wird. Die Symptome der traumatischen Reaktion chronifizieren sich und die Betroffenen versuchen unter Umständen ihr Leben lang, in einem Wechselspiel von Zulassen der Erinnerungen und kontrollierter Abwehr die gemachte Erfahrung zu begreifen und diese in ihr Selbst- und Weltverständnis zu integrieren. (S. 64-65)

Die folgenden Ausführungen erfolgen anhand dieses Verlaufmodells von Fischer und Riedesser. Zuerst wird aufgezeigt, wie Menschen auf ein traumatisches Ereignis reagieren (erste Phase) und anschliessend, wie die Traumaverarbeitung nach dem traumatischen Ereignis vonstatten geht (zweite Phase). Schliesslich wird die Posttraumatische Belas-

tungsstörung als Folgestörungen (dritte Phase) beleuchtet, die bei einer ungenügenden Verarbeitung entstehen und sich chronifizieren kann.

2.2.5 Reaktionen auf ein traumatisches Ereignis

Es ist an dieser Stelle wichtig, eine klare Unterscheidung zwischen gewöhnlicher Stressreaktion und einer traumatischen Reaktion zu machen. Fischer und Riedesser (2009) betonen, dass eine Stressreaktion zwar die Antwort des Organismus auf eine kritische Belastungssituation ist, dass es dabei jedoch nicht zu einer Veränderung von psychischen und/oder organischen Gebilden kommt, wie dies bei einer Traumareaktion der Fall ist (S. 49). Auch Kraemer (2003) schreibt, dass eine Traumatisierung erst dann zu einer echten Traumatisierung wird, wenn eine Fragmentierung der Wahrnehmung stattfindet mit der Folge, dass die erlebte, bedrohliche Situation nicht mehr gesamthaft zusammengesetzt und erinnert werden kann (S. 27). Dies soll im Folgenden genauer erläutert werden.

Reddemann und Dehner-Rau (2004) legen dar, dass es grundsätzlich drei Reflexe gibt, mit welchen Menschen und Tiere auf negative Stresssituationen reagieren. Dies sind entweder Kampf, Flucht oder Erstarrung (S. 30). Michaela Huber (2009) kommentiert, dass Menschen, denen es gelingt, die Gefahr mit erfolgreicher Kampf- oder Fluchtreaktion abzuwenden, das Ereignis wahrscheinlich als stark belastend speichern, es dadurch aber nicht zu einer Traumatisierung kommt. Ist jedoch Kampf oder Flucht nicht mehr möglich und versagen auch alle anderen Bewältigungsstrategien, kommt es zu einer Widersprüchlichkeit zwischen den bedrohlichen Situationsfaktoren und den persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten (siehe 2.2.1). Dadurch bleibt dem Hirn nichts Weiteres übrig als die Erstarrung. (S. 41-43) Gemäss Fischer und Riedesser (2009) werden auf diese Weise unangenehme Bedingungen der Umwelt und auch der „Innenwelt“ ausgeblendet, um so der Informationsüberflutung entgegenzuwirken (S. 84).

Olbricht (2004) erklärt die Veränderung der Wahrnehmungsverarbeitung, zu welcher es in diesem Moment kommt. Die Informationen werden nicht – wie normalerweise – kontrolliert und biografisch, sondern bruchstückhaft, ohne zeitliche und räumliche Zuordnung gespeichert. Dadurch sind sie später nicht abrufbar und es fällt traumatisierten Menschen schwer, über die gemachte Erfahrung zu berichten. (S. 27-31)

Kraemer (2003) schreibt, dass durch diesen Vorgang im Gehirn der gesamte Ablauf des Geschehens für die betroffene Person unwirklich erscheint. Das Ereignis wird dissoziiert, das heisst von sich abgespalten. (S. 28) Fischer und Riedesser (2009) berichten, dass bei der nachträglichen Befragung von Traumabetroffenen vor allem Gefühle des absoluten Gefangenseins in der Situation sowie dissoziative Symptome wie Depersonalisierung (un-

ter anderem das Gefühl, neben sich zu stehen) und Derealisierung (das Gefühl zu träumen, statt die Wirklichkeit zu erleben) geschildert werden. Diese dissoziativen Fähigkeiten dienen dem Selbstschutz. Gleichzeitig stellen sie unter Umständen, wie die folgenden Ausführungen verdeutlichen werden, auch den Beginn einer dauerhaften Störung der psychischen Selbstregulierung dar. (S. 85-88)

2.2.6 Traumaverarbeitung

Ein traumatisches Ereignis kann, wie bereits erläutert, im Moment des Eintreffens zu Ausnahmeständen führen. Die traumatisierte Person befindet sich vorerst in einem Schockzustand, in welchem noch keine Verarbeitung des Erlebten möglich ist (Maria Solèr, 2010, S. 12). Dieser kann gemäss Fischer und Riedesser (2009) von einigen Stunden bis zur einer Woche dauern. Die beschriebenen Ausnahmestände bestehen auch nach dieser Zeit, in der zweiten Phase des *Verlaufsmodells von psychischer Traumatisierung*, weiterhin fort. (S. 97) Kraemer (2003) verdeutlicht, dass das traumatische Ereignis in Psyche und Körper aktiv bleibt, die starke Bedrohung anhält und dadurch die Wirklichkeit überlagert (S. 28).

In der *Einwirkungsphase* versucht der Organismus in einem umfassenden Abwehrvorgang, ähnlich wie das Immunsystem bei einer Krankheit, das Trauma als Fremdkörper zu zerstören oder sich ihm anzupassen (Fischer & Riedesser, 2009, S. 97). Dies erfordert von den betroffenen Personen viel Kraft, denn sie befinden sich in einem Wechselspiel unterschiedlichster Gefühlen. Die Einwirkungsphase ist durch drei Elemente gekennzeichnet: *Übererregung*, *Intrusion* und *Konstriktion*.

Als erstes zeigen in der Zeit nach dem traumatischen Erlebnis betroffene Personen eine anhaltende *Übererregung* (innere Unruhe, Schreckhaftigkeit, schnelle Reizbarkeit, Konzentrations- und Schlafstörungen) auf (Huber, 2009, S. 69). Zusätzlich kommt es gemäss Olbricht (2004) in Alpträumen und Tagtraumsequenzen immer wieder zu einer Reaktualisierung des Traumas (S. 31). Diese Reaktion wird in der Fachsprache *Intrusion* (Eindringen) genannt. Olbricht (2004) erklärt, dass traumatische Erinnerungen zwar nicht abrufbar, jedoch triggerbar sind. Ein Trigger ist gemäss Olbricht „ein Auslöser für unkontrollierte Erinnerungen“. Situationen und Reize, welche Ähnlichkeiten mit der vergangenen traumatischen Situation aufweisen, können jederzeit als Trigger wirken. Betroffene werden von blitzartigen, nicht kontrollierbaren Erinnerungsfragmenten (Flashbacks) überfallen, die nicht der Vergangenheit zugeordnet werden können und deshalb begleitet sind von intensiven Angst- und Panikgefühlen. (S. 27-31) Gleichzeitig kommt es, wie Reddemann und Dehner-Rau (2004) ausführen, zu einem starken Vermeidungsverhalten, das als *Konstriktion* (Verleugnung) bezeichnet wird (S. 40). Olbricht (2004) konkretisiert,

dass sich dieses Vermeidungsverhalten nach innen und aussen vollzieht. Äussere Situationen, Orte und Menschen, die an das Trauma erinnern, werden vermieden. Da das traumatische Ereignis von starken Gefühlen begleitet war und solche Gefühle ebenfalls als Trigger wirken können, werden zusätzlich auch alle starken Gefühle vermieden. Dadurch wirken traumatisierte Personen oft emotionslos, ziehen sich zurück und leiden unter Interessenverlust und innerer Teilnahmslosigkeit. (S. 32)

In der deutschen Bearbeitung des DSM-IV-TR wird im Zusammenhang dieser drei Symptomgruppen von einer *akuten Belastungsstörung* gesprochen. Dabei sind zusätzlich dissoziative Symptome aufgeführt (siehe 2.2.5). Gemäss DSM-IV-TR ist die akute Belastungsstörung eine vorübergehende Störung, die bei gesundem Verlauf nach zwei Tagen bis spätestens vier Wochen abklingt. (Sass et al., 2003, S. 196) Laut Reddemann und Dehner-Rau (2004) kann man das Auftreten der genannten Symptome und Verhaltensweisen als Selbstheilungsversuche des menschlichen Organismus verstehen, die zur Verarbeitung eines Traumas dazugehören (S. 40-41). Verläuft diese Phase der Verarbeitung erfolgreich, kommt es zu einer Erholung. Die genannten Symptome werden immer schwächer. Der betroffenen Person gelingt gemäss Fischer und Riedesser (2009) eine Übereinstimmung der traumatischen Erfahrung mit ihrem Selbst- und Weltverständnis (S. 110).

Der Traumaverarbeitungsprozess kann jedoch auch entgleisen oder stagnieren. Dies ist gemäss Fischer und Riedesser (2009) insbesondere der Fall, wenn die traumatische Situation fortbesteht, wie dies oft bei Beziehungstraumata der Fall ist. Die beiden Autoren betonen, dass die Traumaverarbeitung erst gelingen kann, wenn der Täter seine Schuld anerkennt oder das Opfer zumindest Mitgefühl durch das soziale Umfeld und Bestätigung der eigenen Unschuld erfährt. Zusätzlich betonen Fischer und Riedesser die Bedeutsamkeit der Erholungsphase im Verarbeitungsprozess (Ruhe, Entfernung von der traumatischen Umgebung). (S. 170-171) Gahleitner (2005) fügt an, dass fehlender Schutz und fehlende Zeit zwischen einzelnen traumatischen Erlebnissen zu einer Abwärtsspirale führen (S. 49). In diesen Fällen kommt es zu einem Fortbestehen der traumatischen Reaktion und einer Chronifizierung der Symptome.

2.2.7 Posttraumatische Belastungsstörung

Werden die drei Elemente *Übererregung*, *Intrusion* und *Konstriktion* mit der Zeit nicht schwächer und dauern sie länger als einen Monat an, spricht man gemäss Huber (2009) von einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (S. 69). Gschwend (2006) hebt hervor, dass dies bei ungefähr einem Drittel aller Betroffenen der Fall ist (S. 14). Reddemann und Dehner-Rau (2004) bestätigen dies und fügen an, dass es bei einem Drittel bis

zur Hälfte der Personen mit den Symptomen einer PTBS zu einer langjährigen Chronifizierung kommt (S. 59).

Die Symptome einer PTBS sind gemäss der deutschen Bearbeitung des DSM-IV-TR mit den Symptomen der akuten Belastungsstörung (siehe 2.2.6) gleichzusetzen, mit dem Unterschied, dass sie länger als einen Monat andauern. Es wird unterschieden zwischen einer akuten (Symptome dauern weniger als drei Monate an) und einer chronischen Form (Symptome dauern länger als drei Monate an). Zudem wird darauf hingewiesen, dass es zu einem verzögerten Beginn der PTBS kommen kann. (Sass et. al., 2003, S. 195) Auch Fischer und Riedesser (2009) heben hervor, dass eine PTBS erst Monate bis Jahre nach dem traumatischen Ereignis auftreten kann. Dabei können die Symptome durch Situationen, welche der ursprünglichen traumatischen Situation ähnlich sind, sowie wichtigen Lebensübergängen wie Adoleszenz und/oder durch Lebenskrisen hervorgerufen werden. (S. 50)

In der Fachliteratur wird zumeist zwischen einer einfachen (basalen) und einer komplexen PTBS unterschieden. Gemäss Reddemann und Dehner-Rau (2004) ist eine einfache PTBS selten. Nur ungefähr zwanzig Prozent aller Patienten mit der Diagnose PTBS weisen diese Form auf. Bedeutend häufiger ist die komplexe PTBS. (S. 52) Laut Fischer und Riedesser (2009) versucht die komplexe PTBS die Folgen langanhaltender und wiederholter Traumatisierung (also Typ-II Trauma, siehe 2.2.2) zu beschreiben (S. 46). Judith Lewis Herman (1993) führt aus, dass Opfer eines langanhaltenden und wiederholten Traumas häufig eine viel komplexere Symptomatik zeigen, welche unmöglich mit einem einzigen Krankheitsbild erfasst werden können (S. 166).

Fischer und Riedesser (2009) heben dabei die *kompensatorischen Massnahmen* hervor, die nebst den Symptomen Übererregung, Konstriktion und Intrusion bei vielen traumatisierten Menschen zu beobachten sind. Diese sollen die traumatische Erfahrung ausgleichen. Dabei treffen betroffene Personen Vermutungen darüber an, wie es zur traumatischen Situation kommen konnte und wie sie hätte vermieden werden können. Aufgrund dieser verzerrten Wahrnehmungen ziehen sie Konsequenzen aus der gemachten Erfahrung und treffen ausgleichende Gegenmassnahmen, die eine scheinbare Sicherheit gegen eine Wiederholung bieten sollen. Gemäss Fischer und Riedesser kommt es dadurch zu charakteristischen Veränderungen bei den betroffenen Personen und zu einer grotesken Annahme der Realität. Die Autoren erwähnen beispielsweise die Selbstanklage durch unrealistische Zuschreibungen von Verantwortlichkeiten, übertriebene Sensitivität für die Bedürfnisse anderer, Wendung der Aggression gegen sich, die Unfähigkeit, Menschen zu vertrauen und Beziehungen aufrechtzuerhalten sowie Idealisierung oder sogar Identifizierung mit dem Täter. (S. 102-106 und S. 176) Herman (1993) spricht in diesem Zusam-

menhang vom Stockholm-Syndrom, das oft bei Geiseln, die sich auf die Seite der Geiselnehmenden schlagen, beobachtet wird (S. 112). Diese traumakompensatorischen Massnahmen wirken gemäss Gahleitner (2005) von aussen betrachtet meist unangepasst. Für betroffene Personen stellen sie aber Selbstheilungsversuche und eine optimale Kompromissmöglichkeit dar (S. 49), genauso, wie die unter 2.2.5 erwähnten dissoziativen Fähigkeiten.

Obwohl solche beschriebenen Reaktionen und Persönlichkeitsveränderungen bei vielen traumatisierten Menschen vorzufinden sind, gehören sie nicht zur Symptomgruppe der einfachen PTBS im DSM-IV-TR oder der *Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (ICD-10). Viele Autoren haben das erkannt und kritisiert. Herman (1993) fordert, dass die Reaktionen auf ein Trauma als Spektrum unterschiedlicher Zustände beschrieben werden müssen, und nicht in Form einer einzigen Störung (S. 166). Die komplexe PTBS enthält – zusätzlich zu den drei Kriterien der einfachen PTBS (Konstriktion, Intrusion, Übererregung) – weitere Kriterien (Symptomgruppen), welche nachstehend in vereinfachter Form aufgelistet werden.

Komplexe PTBS	
Störungen der Affektregulation	Schwierigkeiten, Gefühle wahrzunehmen und angemessen auszudrücken, chronische Suizidgedanken, Neigung zur Selbstverletzung, aufbrausende oder extrem unterdrückte Wut sowie zwangshafte oder extrem gehemmte Sexualität (wechselhaft)
Gestörte Selbstwahrnehmung	Ohnmachtsgefühle und Initiativverlust, Scham- und Schuldgefühle, Selbstanklage, Gefühl eigener Wertlosigkeit oder Stigmatisierung, Gefühl, sich von anderen grundlegend zu unterscheiden (beispielsweise Überzeugung, von niemandem verstanden zu werden, nicht menschlich zu sein)
Gestörte Wahrnehmung des Täters	Ständige Beschäftigung mit dem Täter (auch in Form von Rachege Gedanken), unrealistische Einschätzungen des Täters, Idealisierung oder paradoxe Dankbarkeit, Gefühl einer besonderen oder übernatürlichen Beziehung, Übernahme von Weltanschauung oder Rechtfertigung des Täters
Beziehungsprobleme	Isolation und Rückzug, gestörte Intimbeziehungen, Unfähigkeit, Beziehungen aufrechtzuerhalten, wie-

	derholte Suche nach einer Retterin oder einem Retter, ständiges Misstrauen, wiederholtes Versagen beim Schutz der eigenen Person
Veränderung des Wertesystems	Verlust der bisherigen Lebensüberzeugungen und der Zuversicht, Zusammenbruch des Weltbildes, Gefühle von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung

Tab. 2: Komplexe PTBS (eigene Darstellung in Anlehnung an: Herman, 1993, S. 169-170; Fischer & Riedesser, 2009, S. 52; Reddemann & Dehner-Rau, 2004, S. 58-59)

Die Erweiterung der Symptomatik in Form der komplexen PTBS macht ersichtlich, wie breit die Folgeerscheinungen eines ungenügend verarbeiteten Traumas sein können und dass es zu bedeutenden Veränderungen der Persönlichkeit kommen kann.

2.3 Beziehungstrauma

Bisher wurde getrennt aufgezeigt, was unter häuslicher Gewalt und unter Trauma zu verstehen ist. Nachfolgend geht es konkret um die Verbindung dieser beiden Themen, indem die Besonderheiten einer Traumatisierung durch häusliche Gewalt hervorgehoben werden.

2.3.1 Häusliche Gewalt als traumatische Erfahrung

Häusliche Gewalt spielt sich, wie die vorherigen Ausführungen verdeutlicht haben, oftmals in einem fortlaufenden Kreislauf ab (siehe 2.1.4). Die wiederkehrende Gewalterfahrung wird begleitet von einer Reihe von Gefühlen. In der *Spannungsaufbauphase* versucht die Frau, alle Anzeichen für eine erneute Gewalttat wahrzunehmen und die drohende Gefahr auf irgendeine Art und Weise abzuwenden. Erfolgt der *Gewaltausbruch*, ist sie mit Angst und Panik erfüllt, wobei es, falls die vorhandenen Bewältigungsmöglichkeiten versagen, zum beschriebenen Wahrnehmungsstopp und Erlebensdefizit kommt. Die Frau erleidet ein Trauma. Das Ereignis wird, wie Kraemer (2003) schreibt, dissoziiert, also von sich abgespalten (S. 28). Dadurch fehlt ihr später die detaillierte Erinnerung an das Gewalterlebnis. Dies hat zur Folge, dass ihr, wenn die akute Gefahr vorüber ist, der gesamte Ablauf des Geschehens unwirklich erscheint. In der darauffolgenden *Honeymoonphase* tauchen bei der Frau gemäss Olbricht (2004) Zweifel und Selbstzweifel am Erlebten auf. Sie fragt sich, was geschehen ist und ob es wirklich so schlimm war, wenn sie sich doch nicht einmal genau daran erinnern kann. Weil das Ereignis bruchstückhaft ist, wird es zusätzlich unverständlich und die Reaktionen bleiben unerklärlich. Bei vielen Frauen taucht gemäss Olbricht die Frage auf, wie aktiv die eigene Beteiligung am Geschehen war. Es kommt zur persönlichen Schuldzuweisung und Selbstanklage. Olbricht betont,

dass die geschilderten Gefühle durch das Todschweigen der Tat im sozialen Umfeld zusätzlich verstärkt werden. (S. 50)

Diese Ausführungen machen verständlich, warum viele Frauen auf die darauffolgenden Versöhnungsversuche ihres Mannes eingehen, ihm verzeihen und die Gewalttat als Vorfall, das sich nicht mehr wiederholen wird, abtun. Leider entspricht diese Vorstellung oftmals nicht der Realität. Der Gewaltkreislauf kann sich über Monate und Jahre hinwegziehen. Betroffene Frauen leben in dieser Zeit häufig von der Aussenwelt isoliert oder versuchen die Gewalthandlungen zu verdecken. Vielfach sind sie erfüllt von einer tiefen Hoffnungs- und Ausweglosigkeit, und es kommt zu einer starken Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses.

Aufgrund der bisherigen Ausführungen kann also gesagt werden, dass häusliche Gewalt ein Trauma erzeugen und unter Umständen tiefgreifende Persönlichkeitsveränderungen und chronische Traumafolgestörungen bewirken kann. Es muss jedoch auch betont werden, dass das Erleben von häuslicher Gewalt auf keinen Fall immer ein Trauma zur Folge hat, da ein Trauma und der anschliessende Verarbeitungsprozess auch von subjektiven Faktoren (beispielsweise Schutz- und Risikofaktoren) der betroffenen Person abhängt (siehe 2.2.1 und 2.2.3). Helferich und Kavemann (2004) kritisieren daher Walkers Gewaltkreislauf und weisen auf die Möglichkeit hin, dass der Kreislauf jederzeit durchbrochen werden kann (siehe 2.1.4). Ihrer Meinung nach ist das Bewusstsein wichtig, dass nicht alle Frauen in gleicher Weise auf häusliche Gewalt reagieren und damit nicht alle Opfer zwangsläufig traumatisiert sind. (S. 146-148) Schmid (2010) erklärt bezogen auf die Studie von Helferich und Kavemann, dass die Frauen des Musters *ambivalente Bindung* am ehesten ein Trauma erleiden (S. 51).

Trotzdem aber gilt es zu beachten, dass die Zahlen über die Entwicklung von Traumafolgestörungen nach erlittener häuslicher Gewalt hoch sind. Der Studie von Annette Gomolla (2009) über *Auswirkungen häuslicher Gewalt auf Kinder und ihre Mutter unter Gesichtspunkten einer entwicklungsorientierten Psychotraumatologie* ist zu entnehmen, dass 77,8 Prozent aller weiblichen Opfer von häuslicher Gewalt die gesamten Symptome einer PTBS erfüllen (S. 73). Naomi Breslau und Ronald C. Kessler (1998) beleuchten, dass insbesondere das weibliche Geschlecht einen erhöhten Risikofaktor darstellt, welcher die Entwicklung einer PTBS begünstigt (zit. in Gomolla, 2009, S. 26). Andrea Wechlin, Sozialarbeiterin im Frauenhaus Luzern (Interview vom 20. Mai 2011), hebt die grosse Bandbreite von gewaltbetroffenen Frauen und deren Reaktionen auf solche belastende Situationen hervor. Sie betont, dass jede Frau, die ein- oder mehrmals Opfer von häuslicher Gewalt geworden ist, unter einem Trauma leiden und später möglicherweise eine Folgestörung entwickeln kann. Zudem hebt sie die Schwere einer Traumatisierung durch

häusliche Gewalt hervor. Doch was genau unterscheidet ein Beziehungstrauma von anderen Traumaarten und weshalb kann diese Traumaart besonders schwerwiegende Auswirkungen haben?

2.3.2 Besonderheiten von Beziehungstraumata

Mary Ann Dutton (2002) führt aus, dass es eine Reihe von Unterschieden gibt zwischen Traumatisierung durch häusliche Gewalt (speziell in der Form von körperlicher Misshandlung) und anderen Arten von Traumata (S. 90). Dabei verweist sie sowohl auf objektive wie auch auf subjektive Faktoren. Auch andere Autoren bestätigen die Schwere von Beziehungstraumata. Dies wird nachfolgend genauer ausgeführt.

Ein Beziehungstrauma gehört zu den *Man-made-Traumata* (siehe 2.2.2), wobei gemäss Dutton (2002) die Opfer meist eine frei gewählte Beziehung zum Täter haben, die sie aus Liebe und Vertrauen zu ihm eingegangen sind (S. 90). Vom Täter wird Zuneigung und Verlässlichkeit erwartet, gleichzeitig wird durch ihn aber auch Leid, Schmerz und Angst verursacht. Gemäss Fischer und Riedesser (2009) wird dadurch die Traumasituation für Opfer von häuslicher Gewalt komplexer (S. 152). Reddemann und Dehner-Rau (2004) betonen, dass die Folgen schwerer sind, je enger die Beziehung zur verursachenden Person ist (S. 19).

Als weitere Besonderheit der Beziehungstraumata erwähnt Dutton (2002) die Dauer und Häufigkeit der erlebten Gewalt (S. 91). Olbricht (2004) schreibt, dass nach jedem weiteren traumatischen Ereignis die Spannung, Erregung und Unruhe des Opfers zunimmt (S. 51). Eine Traumatisierung durch häusliche Gewalt entspricht also dem *Typ-II Trauma*. Gemäss Schmid (2010) führen Typ-II Traumata in vielen Fällen zu stärker beeinträchtigenden (und damit eher dauerhaften psychischen) Folgen als andere Traumaarten (S. 48). Die Erholungsphasen zwischen den einzelnen Gewalttaten sind meist kurz und werden immer wieder unterbrochen. Dadurch kann es zu keiner Verarbeitung des Geschehens kommen und die Gefahr einer Chronifizierung der traumatischen Reaktion sowie der Entwicklung einer Traumafolgestörung wird erhöht (siehe 2.2.6).

Als weiteren Punkt ist an dieser Stelle die Schwere der traumatischen Erfahrung hervorzuheben. Unter 2.2.3 wurde der Schweregrad eines traumatischen Ereignisses als objektiver beeinflussender Faktor genannt. Dabei wurde auf die *Skala der Schwere der psychosozialen Belastungsfaktoren bei Erwachsenen* des DSM-IV-TR verwiesen. Sie reicht gemäss Fischer und Riedesser (2009) von Stufe eins (keine Belastungsfaktoren) bis zur Stufe sechs (katastrophale Belastungsfaktoren). Körperliche Misshandlung oder sexueller Missbrauch befinden sich gemäss dieser Skala auf der Stufe fünf. Fischer und Riedesser

betonen, dass Ereignisse auf Stufe fünf und sechs als extremtraumatisch bezeichnet werden. (S. 150) Dazu gilt es zu sagen, dass gewisse Gewaltformen traumatisierender wirken als andere. Reddemann und Dehner-Rau (2004) heben hervor, dass die Entwicklung einer PTBS am häufigsten im Zusammenhang mit Vergewaltigungen auftritt (S. 59).

Als weiteren Punkt erwähnt Dutton (2002) die Biografie der betroffenen Frauen. Es besteht die Möglichkeit, dass Frauen mit einem Beziehungstrauma bereits in ihrer Vorgeschichte eine ähnliche Traumatisierung – etwa durch Missbrauch in der Kindheit oder in einer früheren Beziehung – erlebt haben. (S. 91) Menschen, die bereits vorbelastet sind, trifft ein traumatisches Ereignis besonders schwer. Fischer und Riedesser (2009) schreiben von diversen Untersuchungen, die belegen, dass Menschen mit traumatischer Vorerfahrung leichter traumatisiert werden können als solche ohne diese Vorerfahrung. Die beiden Autoren sind daher der Meinung, dass ein Trauma nicht nur gegenwärtig, sondern immer aus der Biografie des Menschen heraus verstanden werden sollte. (S. 92)

Dies führt über zur nächsten Tatsache, nämlich dass häusliche Gewalt und deren Auswirkungen in vielen Fällen nicht erkannt oder vom sozialen Umfeld ignoriert werden. Menschen, die ein Trauma infolge einer Naturkatastrophe erleiden, gelingt die Verarbeitung meist leichter, weil die gesellschaftliche Anerkennung dieser Problematik viel grösser ist und ihnen dementsprechend mehr Mitgefühl entgegengebracht wird. Häusliche Gewalt ist heutzutage immer noch ein Tabuthema, was die Situation für betroffene Frauen massiv erschwert. Viele gewaltbetroffene Frauen wagen nicht, Unterstützung in ihrem unmittelbaren Umfeld zu beantragen. Huber (2009) betont, dass es schlimm ist, keine Hilfe zu bekommen. Am schlimmsten wirkt ihrer Meinung nach, gar nicht darüber sprechen zu können oder zu dürfen. (S. 81)

Dutton (2002) erwähnt noch einen letzten entscheidenden Punkt für das Verständnis der Komplexität von Beziehungstraumata. Sie weist auf die Tatsache hin, dass sich betroffene Frauen zum Zeitpunkt, in welchem sie in Kontakt mit professionellen Fachleuten treten, oftmals noch immer in einem gewalttätigen Umfeld befinden, die akute Bedrohung also immer noch vorhanden ist. (S. 91) Dadurch unterscheidet sich die Situation jener Frauen gegenüber Opfern von einmaligen traumatischen Ereignissen, wie beispielsweise einem Verkehrsunfall. Huber (2009) betont, dass der Zustand der anhaltenden Bedrohung dazu führt, dass die Frauen ihr Trauma nicht verarbeiten können. Erst wenn die Gewalteinwirkung definitiv aufhört, ist eine Aufarbeitung des Erlebten möglich. (S. 76)

Ein Trauma als Folge von häuslicher Gewalt stellt, wie die Ausführungen gezeigt haben, eine besonders schwere Traumaart dar, die sich oftmals zu einer chronifizierten Form entwickelt. Dabei entspricht die Symptomatik einer solchen Traumafolgestörung vielfach

derjenigen der komplexen PTBS (siehe 2.2.7). Diese schwerwiegenden Folgen auf die Persönlichkeit und psychische Gesundheit haben gravierende Auswirkungen auf unterschiedlichste Bereiche des alltäglichen Lebens betroffener Frauen. Je massiver die häusliche Gewalt ist oder war, desto stärker sind gemäss Corinna Seith (2003) die Auswirkungen auf psychischer, sozialer und ökonomischer Ebene (S. 28). Darauf wird im nächsten Kapitel vertieft eingegangen.

3 Auswirkungen in fünf Lebensbereichen

Die traumatische Erfahrung häuslicher Gewalt beinhaltet viele Widersprüchlichkeiten: Gefühle von Liebe und Hass, Wut, Zweifel und Scham, körperliche und seelische Verletzungen, bei gleichzeitig fehlender Erinnerung an das Geschehene. Frauen mit einem Beziehungstrauma sind gefordert, diese Widersprüchlichkeiten auszuhalten und mit der aktuell oder vergangenen lebensbedrohlichen Erfahrung auf irgendeine Art und Weise zu leben. Kraemer (2003) beschreibt, dass die Wirklichkeit traumatisierter Personen immer wieder von der traumatischen Erfahrung überlagert wird. Daher ist es ihnen nicht möglich, sich uneingeschränkt auf das reale Leben zu konzentrieren. (S. 28) Fischer und Riedesser (2009) führen aus, dass es zu fortwährenden Bewältigungsversuchen kommt, die immer wieder scheitern. Das gesamte Leben wird um den unbewältigten, traumatischen Erfahrungskomplex herum organisiert. (S. 66)

Oftmals ist die Tragweite der ständigen Anpassungs- und Bewältigungsversuche betroffener Frauen von aussen nicht erkennbar. Gemäss Herman (1993) werden speziell konstriktive Symptome wie Rückzug, Interessen- und Emotionslosigkeit häufig als Persönlichkeitsmerkmale der Opfer angesehen (S. 75). Von Bedeutung ist auch, dass sich gesundheitliche Auswirkungen und Veränderungen der Persönlichkeit gemäss Fischer und Riedesser (2009) teilweise schleichend entwickeln, sodass sie häufig nicht in Zusammenhang mit der Gewalterfahrung gebracht werden (S. 356). Diese Auswirkungen erstrecken sich dabei gemäss Herman (1993) auf sämtliche Lebensbereiche und beeinträchtigen die Lebensgestaltung der betroffenen Person massiv (S. 217).

Dieter Haller (2011) hebt in Anlehnung an das Modell von Robert Castel fünf Lebensbereiche hervor, die zu Belastungsbereichen werden können: *Gesundheit, Kognition/Lebensentwurf, soziale/kulturelle Vernetzung, Ausbildung/Arbeit* sowie *materielle Existenzsicherung/Wohnen* (S. 22). Auch Hilarion Gottfried Petzold (1983) spricht von fünf Bereichen (fünf Säulen) mit vergleichbaren Namen, auf denen die Identität eines Individuums ruht und anhand deren die Lebenssituation eines Menschen ganzheitlich erfasst werden kann (zit. in René Anthamatten, Matthias Vogt & Marius Metzger, 2008, S. 5). Um das Ausmass der Auswirkungen von häuslicher Gewalt und Traumatisierung auf das Leben von betroffenen Frauen differenziert aufzuzeigen, werden in dieser Arbeit die fünf Lebensbereiche nach Haller genauer beleuchtet.

3.1 Lebensbereich Gesundheit

Nach Angaben der World Health Organization [WHO] (2002) stellt häusliche Gewalt weltweit das grösste Gesundheitsrisiko für Frauen dar (zit. in Angela Misslbeck, 2003, S. 3). Gemäss Katharina Jundt und Klaus Friese (2009) ist es im Ausmass vergleichbar mit Krebs- und Kreislauferkrankungen, HIV und Tuberkulose (S. 724). Annina Truninger (2010) betont, dass die gesundheitlichen Folgen von häuslicher Gewalt sehr breit und schwerwiegend sind. Sie erwähnt kurz-, mittel- und langfristige Folgen und führt aus, dass diese von körperlichen Verletzungen über psychosomatische Beschwerden bis hin zu psychischen Störungen reichen. (S. 183)

3.1.1 Körperliche Verletzungen und Beschwerden

Opfer häuslicher Gewalt können gemäss Gillioz et al. (1997) in schweren Fällen Verletzungen davon tragen, welche sie ihr ganzes Leben lang behindern (S. 60). Auch bei traumatisierten Frauen, die psychische, soziale oder ökonomische Gewalt erlebt haben, kommt es gemäss Gschwend (2006) zu kurz- bis langfristigen körperlichen Veränderungen (S. 16). Fischer und Riedesser (2009) kommentieren, dass – ebenso wie körperliche Verletzungen Auswirkungen auf die Psyche haben – auch seelische Verletzungen körperliche Folgen nach sich ziehen können (S. 78). Gschwend (2006) erklärt, dass nicht nur das Gedächtnis, sondern auch der Körper die traumatische Erfahrung speichert. Daher können die körperlichen Symptome von Angst und Erregung, wie beispielsweise starkes Zittern, Schweissausbrüche oder Brechreiz, auch Jahre nach der traumatischen Erfahrung immer wieder auftreten. Zudem kann es gemäss Gschwend zu körperlichen Verspannungs- und Schmerzzuständen kommen. Bezeichnend sind Kopf- oder Bauchschmerzen, Verdauungsstörungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Störungen des Essverhaltens und sexuelle Probleme. (S. 16-17) Huber (2009) verweist zusätzlich auf häufige Infekte, chronische Immunschwäche und erhöhtes Risiko bezüglich rheumatischen und neurologischen Erkrankungen (S. 115).

Diese körperlichen Symptome erschweren das Leben betroffener Frauen in hohem Mass. Hinzu kommen bei einer ungenügenden Verarbeitung des erlittenen Traumas die bereits erwähnten Krankheitszeichen einer PTBS, welche weit über körperliche Symptome hinausgehen.

3.1.2 Andere psychische Krankheits- oder Störungsbilder

Die Ausführungen zur komplexen PTBS (siehe 2.2.7) haben gezeigt, wie breit die möglichen Symptome sind, die sich infolge unverarbeiteter Gewalterfahrung und Traumatisierung entwickeln können. Die meisten dieser Symptome weisen Ähnlichkeiten mit jenen anderer psychischer Krankheiten und Störungen auf, was bei vielen traumatisierten

Frauen zu unzähligen Fehldiagnosen führen kann. Dadurch wird die eigentliche Ursache verkannt – mit erheblichen Folgen für die Betroffenen.

Gleichzeitig ist es aber auch wichtig zu erwähnen, dass die Komorbidität (gleichzeitiges Bestehen mehrerer Krankheits- oder Störungsbilder) bei traumatisierten Menschen häufig ist. Gschwend (2006) betont, dass es nach einer traumatischen Erfahrung anstelle oder zusätzlich zu einer PTBS zu anderen psychischen Störungen bis hin zu einschneidenden Persönlichkeitsveränderungen kommen kann (S. 15). Neben den erwähnten Symptomen einer einfachen oder komplexen PTBS kommt es gemäss Reddemann und Dehner-Rau (2004) bei traumatisierten Menschen oft zu Anzeichen von Ängsten, Depression, Schmerzen, Zwängen, Selbstverletzungen, Essstörungen oder Suchtverhalten. Diese Symptome können sich zu eigenständigen Störungen entwickeln, die zusätzlich zu der PTBS auftreten. (S. 52)

Fischer und Riedesser (2009) kommentieren, dass viele Traumabetroffene Alkohol oder Medikamente als Selbstmedikation verwenden, um mit den auftretenden Symptomen zurechtzukommen (S. 56). Diverse neuere Untersuchungen belegen, dass die Mehrheit der Frauen mit Suchtproblemen sexuelle und/oder physische Gewalt erfahren haben (Paige Crosby Ouimette, Rachel Kimberling, Jenniver Shaw & Rudolph H. Moos, 2000, zit. in Covington, 2008, S. 22). Alkohol- und Substanzenmissbrauch wirkt gemäss Dutton (2002) unmittelbar angstlösend und gefühlsdämpfend und blockt dadurch die traumatische Erfahrung sowie die damit verbundenen emotionalen Schmerzen ab. Dutton betont, dass auch andere Zwangs- oder Ritualverhalten eine Vermeidung schmerzhafter Gefühlen bewirken können. Sie nennt als Beispiele Anorexie oder Bulimie, selbstverletzendes Verhalten und zwanghaftes oder ritualisiertes Beschäftigtsein (Arbeitssucht, Putzteufelei, Verschwendungs-, Spiel- oder Kaufsucht). (S. 98) Olbricht (2004) fügt zusätzlich Selbstmordversuche als selbstschädigender Mechanismus hinzu (S. 35). Ulrich Frommberger (2000) schreibt, dass die Rate an Suizidversuchen bei Menschen mit einer PTBS um achtfach höher ist als jene der Allgemeinbevölkerung (zit. in Huber, 2009, S. 150). Fischer und Riedesser (2009) kommentieren, dass Suizid – genauso wie Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Essstörungen und Selbstverletzungen – Ausdruck von Kontrollversuchen sein können und paradoxerweise vielfach den Willen zum Leben aufzeigen (S. 178).

Wie oft die erwähnten zusätzlichen Krankheits- oder Störungsbilder zur PTBS vorkommen, hängt gemäss Andreas Maercker und Matthias Schützwohl (1999) von der Form des erlebten traumatischen Ereignisses ab. Die Komorbidität reicht von ungefähr fünf Prozent nach Unfällen bis zu 70 bis 95 Prozent nach Vergewaltigungen. (zit. in Huber, 2009, S. 119) Die Wahrscheinlichkeit, dass Frauen mit einem Beziehungstrauma andere psychische Krankheits- und Störungsbilder entwickeln, ist demzufolge gross. Dies hat meist

gravierende Auswirkungen auf andere Lebensbereiche, wie die folgenden Ausführungen zeigen werden. Vorerst wird der Fokus auf den Lebensbereich Kognition und Lebensentwurf gerichtet, dessen Veränderungen infolge Gewalterfahrung und Traumatisierung ebenfalls massive Auswirkungen auf alle anderen Lebensbereiche aufweist.

3.2 Lebensbereich Kognition und Lebensentwurf

Fischer und Riedesser (2009) heben in ihrer Traumadefinition die dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis hervor, welche sich als Traumafolge einstellen kann (S. 84) (siehe 2.2.1). Dies steht im engen Zusammenhang mit der Verletzung des Urvertrauens. Gemäss Herman (1993) entwickelt sich dieses Gefühl von Geborgenheit in der frühesten Kindheit. Es ermöglicht dem Menschen, an eine gute Welt zu glauben und dort seinen Platz und seinen persönlichen Wert zu sehen. Durch ein traumatisches Ereignis wird laut Herman das Selbstbild und das persönliche Wertesystem zerstört. Traumatisierte Menschen verlieren ihr Selbstvertrauen sowie das Vertrauen in andere, in die Welt und in eine höhere Ordnung. (S. 77-78)

Olbricht (2004) verdeutlicht, dass traumatisierte Menschen sich selber als schwach, hilflos, schuldig, schlecht und ausgestossen sehen, wohingegen andere Menschen zwar ebenfalls als böse und unzuverlässig, oftmals aber auch infolge von Idealisierung als stärker und besser erachtet werden. Die Welt wird als gefährlich wahrgenommen, erfüllt von Schmerz und Leid. (S. 91-92) Gschwend (2006) betont, dass betroffene Frauen – besonders in Fällen wiederholter oder andauernd erlebter häuslicher Gewalt – den Glauben verlieren, in ihrem Leben eigenmächtig etwas bewirken zu können oder dass das Leben noch etwas Gutes für sie bereit hält (S. 22). Es kommt dementsprechend vielfach zu Resignation und Selbstaufgabe sowie zum Verlust der Zukunftsperspektive.

Ausserdem sehen sich traumatisierte Menschen nach einer lebensbedrohlichen Erfahrung gemäss Olbricht (2004) vielfach als Überlebende, deren Existenz auf die Probe gestellt wurde. In der Folge zweifeln diese Menschen immer wieder erneut an ihrer Lebensberechtigung und begeben sich in Situationen, die überlebt werden müssen, um wiederum eine Existenzberechtigung zu erhalten. (S. 108-111) Viele von ihnen suchen die Bestätigung mittels bereits erwähnter Selbstverletzung, exzessiven Suchtmittelgebrauchs oder Suizidversuchen. Andere bleiben in der gewalttätigen Beziehung oder begeben sich immer wieder in Beziehungen, in denen häusliche Gewalt ausgeübt wird (Victimisierung). Dieses Gefühl, ohne konstante Beweislieferung nicht leben zu dürfen, ist gemäss Olbricht (2004) ein grundlegendes Lebensgefühl traumatisierter Menschen. Darunter leidet nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen, sondern auch die Beziehungen zu andern Menschen in allen Lebensbereichen. (S. 111-113)

3.3 Lebensbereich soziale und kulturelle Vernetzung

Traumatische Ereignisse führen zur tiefen Erschütterung zwischenmenschlicher Beziehungen (Herman, 1993, S. 77). Fischer und Riedesser (2009) betonen, dass speziell Beziehungstraumata das Vertrauen in die Verlässlichkeit und Vertrauenswürdigkeit der sozialen Umgebung in grossem Mass verletzen (S. 90). Je länger ein zerstörerischer Beziehungsalltag erlebt wurde, desto schwieriger wird es gemäss Franziska Greber (2010), Beziehungen zu andern Personen als zuverlässig und wohlwollend wahrzunehmen (S. 175).

Gschwend (2006) verdeutlicht, dass es betroffenen Frauen, aufgrund ihres zerstörten Selbst- und Weltverständnisses vielfach nicht möglich ist, sich in der Nähe von andern Menschen wohl zu fühlen. Sie erleben diese Nähe als potentiell gefährlich und rechnen stets mit erneuten Demütigungen, Entwertungen und Verletzungen. (S. 22) Herman (1993) schreibt, dass die schwere Beschädigung des Urvertrauens sowie Scham-, Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle den Rückzug aus engen Beziehungen fördern. Gleichzeitig aber verstärkt der Schrecken des traumatischen Ereignisses das Bedürfnis nach schützender Zuneigung. Traumatisierte Menschen befinden sich daher laut Herman ständig zwischen Isolation und ängstlichem Anklammern. (S. 83-84)

Im Anbetracht dessen leiden durch häusliche Gewalt traumatisierte Frauen vielfach unter erheblichen Beziehungsstörungen. Beziehungen traumatisierter Menschen sind gemäss Herman (1993) intensiv, instabil und fallen von einem Extrem ins andere (S. 84). Schmid (2010) hebt hervor, dass die beschriebenen Denkmuster und Verhaltensweisen viele Opfer häuslicher Gewalt daran hindern, sich von ihrem Partner zu trennen, und sich dadurch aus der bestehenden Gewaltbeziehung zu befreien (S. 49).

Kommt es dennoch zu einer Trennung, bestimmen unbeständige und zerstörerische Bindungsmuster vielfach alle weiteren Beziehungen traumatisierter Frauen (Olbricht, 2004, S. 123). Dutton (2002) fügt an, dass Frauen, die häusliche Gewalt erlebt haben, auch in darauffolgenden Beziehungen Mühe haben, sich in angemessener Weise abzugrenzen. Gleichzeitig reagieren sie ärgerlich oder verängstigt auf den neuen Partner, was zu erheblichen Problemen beim Aufbau einer neuen, gesunden Beziehung führt. (S. 104) Auch in sexueller Hinsicht zeigen sich gemäss Olbricht (2004) Schwierigkeiten, speziell nach Erfahrungen sexueller häuslicher Gewalt (S. 124).

Die vielfach wiederholten, negativen Beziehungserfahrungen führen dazu, dass sich das zerrüttete Selbst- und Weltbild betroffener Frauen immer wieder bestätigt. Dies treibt sie entweder in die vollständige Isolation oder lässt sie immer wieder nach einem Retter su-

chen, der dem fortwährenden Kreislauf ein Ende setzt. Entscheidend ist, wie Dutton (2002) betont, dass sich die erwähnten Probleme nicht nur in der Beziehung zu Intimpartnern äussern, sondern weit darüber hinaus gehen und sich auch auf Beziehungen zu Freundinnen und Freunden, Arbeitgebenden und professionellen Fachleuten auswirken (S. 104). Die Teilnahme und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erschwert sich dadurch zusehends.

3.4 Lebensbereich Ausbildung und Arbeit

Angesichts der gravierenden Auswirkungen auf die Gesundheit, auf das Selbst- und Weltverständnis sowie die sozialen Beziehungen liegt der Zusammenhang zwischen Traumatisierung als Folge häuslicher Gewalt und Problemen im Lebensbereich Ausbildung und Arbeit nahe. Paul Brzank (2009) schreibt von diversen internationalen Studien, die belegen, dass es gewaltbetroffenen Frauen schwerfallen kann, eine Arbeitsstelle zu finden, die dort anfallenden Ansprüche zu erfüllen und die Stelle zu behalten (S. 332). Dutton (2002) bringt vor, dass eine Frau mit der Erfahrung häuslicher Gewalt ihren vielfältigen Aufgaben nicht gerecht werden kann. Damit meint sie insbesondere die Rolle der Frau als Berufstätige und als Mutter. (S. 99)

Huber (2009) hebt Störungen im Bereich der Konzentrations-, Merk- und der allgemeinen Leistungsfähigkeit von traumatisierten Menschen hervor. Diese führen zu schlechten oder stark schwankenden Leistungen in der Berufsausbildung oder auf der Arbeitsstelle. (S. 116) Hinzu kommen wechselnde Gefühle sich selbst oder anderen gegenüber, die zu erheblichen Schwierigkeiten am Arbeitsort führen können. Huber (2009) erwähnt plötzlich auftretende Wutausbrüche und das verbreitete Gefühl traumatisierter Menschen, nicht geschätzt oder unfair behandelt zu werden (S. 116). Wie unter 2.2.6 aufgezeigt, können traumatisierte Menschen durch das Vermeiden starker Gefühle emotions- und interessenlos wirken. Auch die erwähnten Schamgefühle können sich auf diese Weise bemerkbar machen oder äussern sich durch starken sozialen Rückzug. Von Arbeitskolleginnen und -kollegen sowie Vorgesetzten kann dieses Verhalten als Arroganz und Überheblichkeit gedeutet werden, was vielfach zu Unstimmigkeiten führt.

Das bereits erwähnte Suchen nach einem Beweis der Existenzberechtigung (siehe 3.2) kann sich gemäss Olbricht (2004) auch durch übersteigerte Leistungsbereitschaft zeigen. Traumatisierte Frauen sind vielfach der Ansicht, dass nur Menschen, die perfekte Leistungen zeigen, ein Recht auf Leben haben. Durch ihre überhöhten Selbstansprüche erlangen sie jedoch nie Zufriedenheit. Persönliche Erfolge werden gemäss Olbricht abgewertet, was andere leisten, wird überbewertet und Misserfolge erscheinen existentiell. (S. 135) Diese Einstellungen führen vielfach zu einer regelrechten Arbeitssucht (siehe 3.1).

Es erscheint logisch, dass solche Verhaltensweisen nicht über lange Zeit hinweg aufrechterhalten werden können und es zu Erschöpfungszuständen kommen kann.

Aufgrund solch wiederkehrenden Schwächezuständen und Erkrankungen, aber auch infolge von Selbstverletzungen oder Suchtverhalten fallen traumatisierte Menschen wie Huber (2009) betont, vielfach durch häufige Absenzen auf (S. 116). Die vermehrte Abwesenheit am Arbeitsplatz führt bei betroffenen Frauen früher oder später zu Problemen mit Kolleginnen und Kollegen sowie Vorgesetzten. Im schlimmsten Fall kann es zu einem Verlust der Arbeitsstelle kommen, mit frapportanten Auswirkungen auf den Lebensbereich materielle Existenzsicherung und Wohnen.

3.5 Lebensbereich materielle Existenzsicherung und Wohnen

Frank Ochberg (1988) schreibt, dass es bei traumatisierten Opfer häuslicher Gewalt vielfach zu einem Absinken des sozioökonomischen Status und Einbussen des Lebensstandards kommt (zit. in Dutton, 2002, S. 87). Brzank (2009) stimmt überein, dass häusliche Gewalt für betroffene Frauen mit einem hohen Armutsrisiko einhergeht (S. 333). Michael Bordt, Birgit Thaler-Haag und Brigitte Sellach (2006) führen in ihrer Statistik über deutsche Frauenhäuser und ihre Bewohnerinnen aus, dass vor dem Frauenhausaufenthalt 21 Prozent aller betroffener Frauen von Sozialhilfe lebten, während nach dem Frauenhausaufenthalt und Trennung des Partners die Sozialhilfeempfängerinnenrate auf 67 Prozent angestiegen ist (zit. in Brzank, 2009, S. 333). In der Schweiz dürften ähnliche Zahlen zutreffen. Dies hat verschiedene Gründe.

Als entscheidenden Punkt nennt Sonya Gabriel (2004) die Abhängigkeit gewaltbetroffener Frauen von ihren Partnern. Viele von ihnen haben nie eine Schul- oder Berufsausbildung abgeschlossen oder ihren Beruf dem Mann und den Kindern zuliebe aufgegeben. Gewaltbetroffenen Frauen wird während der Beziehung häufig die Berufstätigkeit ausserhalb der vier Wände verboten. Andere haben durch die soziale Isolation nie die Gelegenheit, Deutsch zu lernen, verfügen über keine Arbeitsbewilligung oder sind mit familiären Pflichten bereits derart überlastet, dass eine ausserhäusliche Erwerbsarbeit undenkbar ist. Entschliessen sich solche Frauen, ihren Mann zu verlassen, ist der Abschluss einer Ausbildung oder der Eintritt ins Berufsleben vielfach nicht mehr möglich. (S. 39) Auch die Wohnsituation wird durch häusliche Gewalt erschwert. Brzank (2009) bringt vor, dass häusliche Gewalt aufgrund von Beeinträchtigungen der Verhältnisse zu Nachbarinnen und Nachbarn sowie den Vermietenden zu Wohnungslosigkeit führen kann. Viele Frauen können auch nach der Flucht ins Frauenhaus nicht wieder in ihre Wohnungen zurückkehren. (S. 333)

Kommt es infolge der häuslichen Gewalt zu einer Traumatisierung, verschärf sich die Lage zusätzlich. Brzank (2009) verweist auf die in diesem Kapitel erwähnten chronifizierten Gesundheitsfolgen, den Auswirkungen auf Beziehungsstrukturen und die Arbeitssituation, die zu einer Verarmung führen können (S. 333). Huber (2009) erwähnt die Problematik der Impulskäufe und Verschuldung von traumatisierten Menschen (S. 116). Dieses Verhalten kann die finanzielle Lage einer betroffenen Frau zusätzlich belasten.

Vieles spricht also für eine unmittelbare Verbindung zwischen häuslicher Gewalt und Armut. Thaler-Haag (2008) bestreitet jedoch die direkten Auswirkungen häuslicher Gewalt auf die ökonomische Situation betroffener Frauen. Sie betont, dass das Armutspotential von häuslicher Gewalt nicht in der gewalttätigen Beziehung selber, sondern im Macht- und Kontrollverhalten von Männern über Frauen in der gesamten Gesellschaft liegt. Als Beispiele nennt sie die ungleiche Einkommensverteilung, den erschwerten Zugang zum Arbeitsmarkt sowie die begrenzten beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten von Frauen. Zudem bleibt durch ökonomische Zwänge ihrer Meinung nach vielen traumatisierten Frauen keine Zeit für die Erholung nach der traumatischen Erfahrung, was zu einer zusätzlichen Verschlimmerung ihrer Situation führt. (¶ 1-4)

Die Ausführungen dieses Kapitels haben verdeutlicht, wie stark die Lebensqualität von Frauen mit einem Beziehungstrauma in den einzelnen Lebensbereichen reduziert wird. Dabei wirken sich Probleme in sozialen Beziehungen, Erwerbslosigkeit oder finanzielle Schwierigkeiten gemäss Brzank (2009) erneut negativ auf die Gesundheit aus. Es kommt zu einem verhängnisvollen Kreislauf. (S. 332-336) Dadurch steht schliesslich das gesamte Leben der betroffenen Frauen unter dem Einfluss von häuslicher Gewalt und Traumatisierung, was ihr physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden massiv beeinträchtigt.

4 Schutz- und Risikofaktoren in Gesundheitskonzepten

Wie im Kapitel 3 festgehalten wurde, hat Traumatisierung als Folge von häuslicher Gewalt massive Auswirkungen auf das Leben betroffener Frauen und somit auf ihr gesamtes Wohlbefinden. Das Ziel der Sozialen Arbeit stellt die Förderung des Wohlbefindens dar. AvenirSocial (2010) hält dieses Ziel in ihrer Definition folgendermassen fest: „Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen mit dem Ziel, das Wohlbefinden der einzelnen Menschen anzuheben“ (S. 8).

Um das physische, psychische und soziale Wohlbefinden steigern zu können, spielen gesundheitsfördernde Konzepte eine bedeutende Rolle. Wie Gesundheit definiert wird und welche Bedeutung die Gesundheitsförderung für diese Zielerreichung darstellt, wird in diesem Kapitel erläutert. Zusätzlich werden verschiedene gesundheitsfördernde Konzepte vorgestellt. Nebst dem Salutogenese-Konzept wird der Blick auch auf die Positive Psychologie gerichtet. Ein weiteres Konzept stellt das Resilienz-Konzept dar, welchem in diesem Kapitel eine besondere Bedeutung zukommt. Die erwähnten Gesundheitskonzepte gehen, wie Jürgen Bengel, Frauke Meinders-Lücking und Nina Rottmann (2009) bestätigen, von ähnlichen Grundgedanken und Fragestellungen aus (zit. in Antje Richter-Kornweitz, 2011, S. 260). Sie richten ihren Blick auf das Positive im Menschen und zeigen auf, welche Faktoren die Lebensbewältigungsstrategien von Menschen und somit deren Gesundheit und Wohlbefinden beeinflussen. Nach Bengel et al. (2009) konzentriert sich die Forschung aktuell vor allem auf gesundheitliche Schutz- und Risikofaktoren (zit. in Richter-Kornweitz, 2011, S. 260).

Schutz- und Risikofaktoren spielen sowohl in den diversen Gesundheitskonzepten als auch in den einzelnen Lebensbereichen eine zentrale Rolle. Vielfach wird in diesem Zusammenhang auch von *Ressourcen* gesprochen. In der Literatur berichten verschiedenste Autorinnen und Autoren von Schutzfaktoren und/oder Ressourcen. Oft kommt nicht klar hervor, was diese beiden Begriffe voneinander unterscheidet. Franz Petermann und Franz Resch (2008) erklären, dass Schutzfaktoren zu den Ressourcen einer Person gehören (S. 54). Dies bestätigt auch Elke Brusa (Interview vom 14. Juni 2011). Sie bezeichnet die Definition von Schutzfaktoren als spezifischer und differenzierter als jene der Ressourcen, da es sowohl positive wie auch negative Ressourcen gibt. Gestützt darauf wird in diesem Kapitel spezifisch auf Schutz- und Risikofaktoren eingegangen, im Bewusstsein, dass viele Autorinnen und Autoren, wenn sie von Ressourcen einer Person sprechen, ebenfalls Schutzfaktoren ausführen.

4.1 Gesundheitskonzepte und Gesundheitsförderung

Bevor der Fokus auf die Gesundheitskonzepte der Salutogenese sowie der Positiven Psychologie und Resilienz gelegt wird, werden die Begriffe Gesundheit und Gesundheitsförderung definiert und näher ausgeführt.

Gemäss Bengel, Regine Strittmatter und Hildegard Willmann (1998) hängt die Definition von Gesundheit von der Wahrscheinlichkeit ab, wie oft eine Eigenschaft des Organismus in der Gesellschaft auftritt. Die Grenze, ob jemand als gesund oder krank angesehen wird, muss festgelegt werden. Dies geschieht mittels Durchschnittswerten. Eigenschaften, welche die Mehrheit der Menschen aufzeigen, werden als gesund definiert. Weicht eine Person von dieser Norm ab, so wird sie als krank angesehen. Bengel et al. betonen, dass sich die Wissenschaft bewusst ist, dass das physische sowie psychische Wohlbefinden für die Gesundheit zentral sind. Zusätzlich spielen noch Leistungsfähigkeit, Selbstverwirklichung und die Sinnhaftigkeit eine bedeutende Rolle. (S. 16) Diese erwähnten Aspekte bestätigt Klaus Hurrelmann (1988) in seiner Definition von Gesundheit. Er definiert Gesundheit:

„als Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung in Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äusseren Lebensbedingungen befindet“ (zit. in Martin Hafen, 2007a, S. 87).

Die Definition von Hurrelmann zeigt auf, dass Gesundheit einer Person objektiv und subjektiv betrachtet werden kann. Weiter führt er an, dass nebst der physischen Gesundheit auch psychische und soziale Bereiche die Gesundheit beeinflussen. Hurrelmann (2003) fügt hinzu, dass die Gesundheit von Menschen, welche sich in einem oder mehreren der erläuterten Bereiche nicht zurechtfinden, gefährdet ist. Durch diese nicht bewältigbaren Anforderungen zeigen diese Menschen auffällige Symptome. (zit. in Hurrelmann & Ulrich Laaser, 2006, S. 767)

Eine weitere Definition von Gesundheit formuliert die WHO (1998). Im Gegensatz zu Hurrelmann spricht die WHO nicht von einem Zustand der Gesundheit. Sie stellt fest, dass Gesundheit als Ressource betrachtet wird, welche ein lebenswertes Leben ermöglicht. Die Definition wurde von Hafen (2007a) wie folgt übersetzt:

Im Kontext der Gesundheitsförderung wird Gesundheit weniger als abstrakter Zustand denn als Mittel zum Zweck betrachtet, das von der Funktion her gesehen als Ressource zu verstehen ist, welche den Leuten erlaubt, ein individuell, sozial und ökonomisch produktives Leben zu führen. Gesundheit ist eine Ressource für das alltägliche Leben, nicht ein Lebensziel. Sie ist ein positives Konzept, welches soziale und personale Ressourcen genau so betont wie körperliche Fähigkeiten. (S. 87-88)

Die WHO unterscheidet zwischen sozialen und personalen Ressourcen und hebt hervor, dass auch die Eigenschaften, welche ein Mensch mitbringt, für die Gesundheit relevant sind. Anführend zur Definition der WHO erklärt Hafén (2007a), dass es wenig Sinn macht, Gesundheit als Zustand zu betrachten, wie es Hurrelmann in seiner Definition tut. Gesundheit ist als Prozess zu verstehen. (S. 88) Toni Faltermaier (1994) bestätigt, dass Gesundheit sich stetig verändert. Das Individuum steht in Austausch mit seiner Umwelt. Verändert sich die Umwelt, so muss das Individuum reagieren und sich dieser neuen Situation anpassen. In diesem Prozess wird auch die Umwelt des Individuums verändert und die Gesundheit muss immer wieder hergestellt werden. Für Faltermaier bedeutet Gesundheit – ebenso wie für die WHO – Ressourcen zu besitzen und diese für Handlungen abrufen zu können. (S. 57)

Wie aus den Definitionen von Hurrelmann und der WHO hervorgeht, spielen die physische und psychische Gesundheit, nebst weiteren erwähnten Bereichen, für die Gesundheit eine bedeutende Rolle. Laut der Gesundheitsförderung Schweiz (2005) besteht zwischen physischen und psychischen gesundheitlichen Problemen ein grosser Zusammenhang. Entstandene Organerkrankungen können sich auf das gesundheitsschädliche Risikoverhalten wie beispielsweise erhöhter Tabak- und Alkoholkonsum auswirken. Gleichermassen kann eine psychische Erkrankung negative Folgen auf die körperliche Gesundheit haben (siehe Kapitel 3). Längere Zeit andauernde Gefühle der Angst und Unsicherheit sowie soziale Isolation und ungenügende soziale Unterstützung können das Risiko psychischer und physischer Gesundheitsprobleme erhöhen. (S. 12)

Gemäss Petermann und Resch (2008) hat sich das Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung seit den achtziger Jahren stark verändert. Der Fokus wird auf die Faktoren gelegt, welche die Gesundheit begünstigen. Die Ottawa-Charta, welche 1986 an einer WHO-Konferenz in Ottawa (Kanada) verabschiedet wurde, hat viel zu dieser Sichtweise beigetragen. (S. 53) Die WHO (1986) definiert Gesundheitsförderung folgendermassen:

Gesundheitsförderung ist der Prozess, die Menschen zu befähigen, die Kontrolle über ihre Gesundheit und damit die Gesundheit selbst zu verbessern. Um einen Zustand des totalen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens zu erreichen, müssen ein Individuum oder eine soziale Gruppe in der Lage sein, Ziele zu verwirklichen, Bedürfnisse zu befriedigen und sich den sich verändernden Umweltverhältnissen anzupassen. Gesundheit wird aus diesem Grund nicht als Lebensziel, sondern als Ressource für den Alltag gesehen. Gesundheit ist ein positives Konzept, welches die sozialen und persönlichen Ressourcen genau so betont wie die körperlichen Möglichkeiten. Aus diesem Grund obliegt die Gesundheit nicht nur der Verantwortung des Gesundheitssektors, sondern führt über die gesunden Lebensstile zum Wohlbefinden. (zit. in Hafén, 2007a, S. 100)

Diese Definition betont, dass Menschen zu befähigen sind und dass das Wohlbefinden in physischen, psychischen und sozialen Bereichen gesteigert werden soll. Wie in der Gesundheitsdefinition hält die WHO auch hier fest, dass Gesundheit als Ressource betrachtet werden kann. Gemäss Ullrich Bauer und Uwe H. Bittlingmayer (2006) sind die Ressourcen zu fördern, welche einer Person bereits zur Verfügung stehen, um die Gesundheitsrisiken zu verringern (S. 782). Martin Kopp, Kristina Stürz und Nicole Pfaffenberger (2009) führen an, dass Ressourcen als Faktoren betrachtet werden können, welche die psychische, physische und soziale Gesundheit fördern und erhalten (S. 345). Weiter erklärt die Definition der WHO, dass das Wohlbefinden erreicht wird, wenn gesunde Lebensstile gelebt werden können. Gemäss Faltermaier (1994) setzt die Gesundheitsförderung nicht mehr nur noch beim Individuum und seinem Risikoverhalten an, sondern legt den Fokus auf die Lebensverhältnisse und Lebensweisen. Um der Gesundheit näher zu kommen, werden die Gesundheitsdienste sowie die ganze Bevölkerung miteinbezogen. (S. 58-59)

Laut Georg Conrad und Ilona Kickbusch (1988) baut die Gesundheitsförderung der WHO auf folgenden fünf Grundsätzen auf:

- Gesundheitsförderung soll die gesamte Bevölkerung miteinbeziehen. Die Aufmerksamkeit fällt nicht nur auf bekannte Risikogruppen.
- Gesundheitsförderung konzentriert sich auf die Ursachen, welche die Gesundheit beeinflussen.
- Gesundheitsförderung soll bestehende Massnahmen und Ansätze, wie beispielsweise Erziehung, Gesetze und steuerliche Massnahmen, welche bereits gesundheitsfördernd sind, verbinden.

- Gesundheitsförderung soll eine aktive und wirkungsvolle Teilnahme der Öffentlichkeit ermöglichen.
- Gesundheitsförderung stellt eine Angelegenheit im Gesundheits- und Sozialbereich dar. (zit. in Faltermaier, 1994, S. 59)

Gemäss Hafen (2007a) ist die Gesundheitsförderung eine „behandelnde“ Disziplin. Sie definiert Schutz- und Risikofaktoren und hat das Ziel, diese zu fördern beziehungsweise zu reduzieren. (S. 94) Faltermaier (1994) führt an, dass eine gesundheitsbezogene Lebensweise von einem Menschen zuerst erkannt werden muss, bevor Expertinnen und Experten im Gesundheits- und Sozialbereich Strategien für eine bessere Gesundheit entwerfen (S. 60).

4.1.1 Konzept der Salutogenese

Denselben Ansatz wie die Gesundheitsförderung hat gemäss Monika Köppel (2003) auch die salutogenetische Orientierung. Diese stammt vom Salutogenese-Konzept (salus, lat.: Gesundheit; Genese, griech.: Entstehung). Köppel betont, dass Aaron Antonovsky das Konzept der Salutogenese entwickelt hat und es erstmals 1979 vorstellte. Sein Konzept war zu diesem Zeitpunkt eine völlig neue Sichtweise auf die Gesundheit und Krankheit. (S. 16) Laut Hafen (2007a) stellt das Salutogenese-Konzept von Antonovsky eine zentrale Grundlage der Gesundheitsförderung dar (S. 96).

Gemäss Antonovsky (1997) erklärt die klassische Pathogenese, warum Menschen krank werden. Sie beschäftigt sich mit der Entstehung und Behandlung von Krankheiten. Einer ganz anderen Frage geht die salutogenetische Orientierung nach. Salutogenese stellt die Frage, wie Menschen es schaffen, gesund zu bleiben, und wie sich die Gesundheit entwickelt. (S. 24-25) Gemäss Rüdiger Lorenz (2004) sehen Vertreter der salutogenetischen Orientierung ihre Aufgabe darin, den Menschen gesund zu halten. Ihr Ziel ist, die Gesundheit zu erhalten und das Individuum vor Krankheiten zu schützen. Andere Ziele verfolgen laut Lorenz die Vertreter der pathogenetischen Orientierung. Sie kämpfen gegen die Krankheit an und versuchen, die Gesundheit wieder herzustellen. Die pathogenetische Orientierung betrachtet Menschen, welche eine Krankheit aufweisen, nicht als Gesamtbild sondern als Fall. Ob jemand als krank bezeichnet wird, hängt vom Normalzustand ab. An diesem Zustand werden Menschen gemessen und infolgedessen als krank oder gesund definiert. Lorenz betont, dass diese Sichtweise den Blick auf die Gesundheit nicht beachtet sondern nur noch die Patientin und den Patienten vor sich sieht. (S. 24-26)

Gemäss Köppel (2003) betrachtet Antonovsky die Gesundheit und Krankheit nicht als zwei Zustände, welche keinen Zusammenhang darstellen. Gesundheit und Krankheit sind

zwei Pole eines Menschen, welche im Wechselspiel zueinander stehen. Antonovsky konzentriert sich auf den Gesundheitspol und geht der Frage nach, wie es Menschen gelingt, sich mehr auf diese Seite zuzubewegen. (S. 17) Bengel et al. (1998) ergänzen, dass nach Antonovsky kein Mensch völlig gesund oder völlig krank sein kann. Jeder Mensch hat kranke Anteile in sich und kann trotzdem noch gesund sein. (S. 32) Der gesundheitsorientierte Ansatz bezieht laut Antonovsky (1997) die Menschen mit ihrer gesamten Lebenssituation mit ein. Ihm ist wichtig, dass verstanden wird, welche Ereignisse in welcher Weise auf den Menschen einwirken. Nur so kann herausgefunden werden, wie die Gesundheit unter diesen Bedingungen gefördert wird. Die Biografie der Person muss bei der Untersuchung der Krankheit zwingend mitberücksichtigt werden. (S. 27)

Kohärenzgefühl

Als bedeutungsvollsten Faktor des Salutogenese-Konzepts beschreibt Antonovsky das Kohärenzgefühl (zit. in Köppel, 2003, S. 18). Laut Antonovsky (1997) spielt hauptsächlich das Kohärenzgefühl eines Menschen eine Rolle, inwiefern er sich in die Richtung des gesunden Pols bewegt (S. 34). Gemäss Bengel et al. (1998) ist sich Antonovsky im Klaren, dass es äussere Faktoren gibt, welche die Gesundheit gefährden können. Menschen reagieren darauf trotz der vergleichbaren Ereignisse unterschiedlich. Die Grundhaltung, mit welcher sie die vorhandenen Ressourcen zur Gesundheitserhaltung einsetzen können, bezeichnet Antonovsky als Kohärenzgefühl. Personen mit ausgeprägtem Kohärenzgefühl sind in der Lage, trotz Schicksalsschlägen gesund zu bleiben oder mittels vorhandener Ressourcen schneller wieder gesund zu werden. (S. 28-29) Gudrun Schneider, Georg Driesch, Andreas Kruse, Hans Georg Nehen und Gereon Heuft (2007) fügen an, dass das Kohärenzgefühl durch Erfahrungen in der Entwicklung geformt und gebildet wird. Im Erwachsenenalter hilft es konstant bei der Bewältigung von erschwerten Lebenssituationen. (S. 127)

Das Kohärenzgefühl besteht nach Antonovsky aus den drei Komponenten *Gefühl von Verstehbarkeit*, *Gefühl von Handhabbarkeit beziehungsweise Bewältigbarkeit* und *Gefühl von Sinnhaftigkeit beziehungsweise Bedeutsamkeit* (zit. in Bengel et al., 1998, S. 29-30). Gemäss Antonovsky (1997) sind die drei Komponenten miteinander verbunden, obwohl sie voneinander unterschieden werden können. Nicht alle Menschen weisen in den drei Komponenten gleich hohe Werte auf. (S. 88) Folgend werden die drei Komponenten nach Antonovsky (1997) genauer erläutert:

- *Gefühl von Verstehbarkeit*

Diese Komponente beschreibt nach Antonovsky die Fähigkeit von Menschen, Ereignisse als klare Informationen wahrzunehmen und sie einzuordnen. Die Person kann sich die Ereignisse auch trotz überraschendem Auftreten erklären und sie aufnehmen.

- *Gefühl von Handhabbarkeit beziehungsweise Bewältigbarkeit*

In dieser Komponente wird der Umgang mit den eigenen Ressourcen beschrieben. Die Person nimmt die eigenen Ressourcen wahr. Unter diesen zur Verfügung stehenden Ressourcen werden nebst den eigenen und denen des Umfeldes auch die Ressourcen verstanden, welche von vertrauenswürdigen Personen stammen.

- *Gefühl von Sinnhaftigkeit beziehungsweise Bedeutsamkeit*

Personen mit ausgeprägtem Gefühl von Sinnhaftigkeit und Bedeutsamkeit empfinden das Leben als sinnvoll. Für sie lohnt es sich, Energie für die Beseitigung von Problemen aufzubringen, damit sie ihr Leben lebenswerter gestalten können. Obwohl sie auf diese Lasten gerne verzichten würden, tun sie ihr Möglichstes, um das Anliegen würdevoll zu überwinden. (S. 34-36)

Kritische Anmerkungen

Hafen (2007b) hat sich mit dem Salutogenese-Konzept von Antonovsky auseinandergesetzt. Er ist der Auffassung, dass das Konzept aus verschiedenen Gründen nicht überzeugend ist. Gemäss dem Konzept der Salutogenese kann Gesundheit gefördert werden, ohne die Risikofaktoren zu betrachten, welche zur Krankheit geführt haben. Gemäss Hafen können Gesundheit und Krankheit nicht getrennt voneinander betrachtet werden. Er betont, dass der Salutogenese-Ansatz die Gesundheit auf körperliche Gesundheit reduziert. Antonovskys Ziel war, den Schutzfaktoren mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Dabei wurde aber ausgeblendet, dass auch die Pathogenese den ganzheitlichen Menschen betrachtet und die Frage stellt, wie Menschen vor Krankheiten geschützt werden können. Nach Hafen sollte berücksichtigt werden, dass Risikofaktoren oder auch Krankheiten Personen in der Zukunft positiv beeinflussen können. (S. 83-84) Hafen zeigt in seiner Ausführung über das Konzept der Salutogenese auf, dass sowohl Schutz- wie auch Risikofaktoren für die Gesundheit bedeutsam sind und sie verringert oder auch gefördert werden können (siehe 4.3).

4.1.2 Konzept der Positiven Psychologie

Das Konzept der Positiven Psychologie richtet sich insbesondere an die Psychotherapie. Ihr positiver Ansatz hat jedoch auch Bedeutung für die Soziale Arbeit und ist daher wichtiger Bestandteil dieser Bachelorarbeit.

Die Psychologie konzentrierte sich gemäss dem amerikanischen Psychologen Martin E. P. Seligman (2010) im letzten Jahrhundert vor allem auf die Krankheiten, Leiden und Schwächen von Menschen. Begriffe wie beispielsweise Depression, Alkoholismus oder Trauma können sehr genau definiert werden. Seligman betont, dass mittels dieser Me-

thoden der Psychotherapie nicht auf die positiven Gemütszustände der Menschen eingegangen wurde. (S. 11) Ann Elisabeth Auhagen (2004) führt an, dass negative Empfindungen wie Ängste oder physische und psychische Beeinträchtigungen das Wohlbefinden von Menschen stark beeinträchtigen und deshalb die Psychologie ihre Aufgabe darin sah, diese Beschwerden zu heilen (S. 1). Seligman (2010) stellt fest, dass sich die Forschung erst gegen Ende des letzten Jahrhunderts von diesem Ansatz löste (S. 11).

Der Ansatz der Positiven Psychologie beschäftigt sich gemäss Seligman (2010) mit positiven Eigenschaften von Menschen und geht vom Grundgedanken aus, dass diese zu erkennen und zu fördern sind. Der Psychologe begründet seine Ansicht damit, dass Menschen ihr Leben nicht als lebenswert wahrnehmen, nur weil sie frei von Krankheiten und Leiden sind. (S. 12) Durch das Erkennen des Positiven im Menschen und seiner sozialen Umwelt, kann eine verbesserte Lebenssituation geschaffen werden, was die Menschen wiederum voranbringt. Das Konzept der Positiven Psychologie bezieht diese positive Sichtweise mit ein und baut gemäss Seligman auf drei Säulen auf. Die drei Säulen werden als *Erforschung positiver Emotionen*, *Erforschung der positiven Charaktereigenschaften* und *Erforschung der positiven Institutionen* benannt. (S. 14-15) Folgend wird auf die drei Säulen, mit welchen Menschen glücklicher gemacht werden können, näher eingegangen:

- *Erforschung positiver Emotionen*

Gemäss Barbara Fredrickson (1998) ermöglichen positive Emotionen die Vergrösserung von persönlichen Ressourcen. Diese Ressourcen können von Menschen in gefährlichen Lebenssituationen sowie Situationen, welche eine neue Chance ergeben könnten, abgerufen und genutzt werden. Durch positive Emotionen sind Menschen toleranter und einfallreicher sowie offener für neue Erfahrungen. (zit. in Seligman, 2010, S. 70) Positive Emotionen wie beispielsweise Optimismus, Hoffnung und Vertrauen spielen gemäss Seligman (2010) besonders in schwierigen Lebenssituationen eine bedeutende Rolle. Durch das Erleben von positiven Emotionen können negative Emotionen schneller verarbeitet und vergessen werden. Seligman betont, dass durch positive Emotionen die Gesundheit gefördert werden kann. Menschen mit positiven Emotionen sind glücklicher als jene, die nur negative Emotionen kennen. Glückliche Menschen sind besser in der Lage, Ressourcen aufzubauen, welche ihnen in bedrohlichen Situationen helfen, für ihre Gesundheit und Sicherheit Sorge zu tragen. Mehr positive Emotionen ermöglichen die Förderung von Freundschaften, Herzlichkeiten sowie eine bessere körperliche Gesundheit. (S. 15 und S. 79-83)

- *Erforschung der positiven Charaktereigenschaften*

Die zweite Säule befasst sich laut Seligman (2010) mit den Stärken und Tugenden von Menschen. Diese gilt es zu verstehen und aufzubauen, um das Leben von Menschen positiv beeinflussen zu können. (S. 14) Seligman beschreibt beispielsweise Freundlichkeit, Herzhaftigkeit, Bescheidenheit und Sinn für Gerechtigkeit als Stärken eines Menschen. Sie können durch Willenskraft errungen und trotz schlechter Grundlage durch Übung und Durchhaltewillen zu eigenen Stärken gemacht werden. Nebst den Stärken zählen auch die Tugenden zu den positiven Charaktereigenschaften. Seligman erklärt, dass es unterschiedliche Meinungen gibt, welche Eigenschaften zu verbreiteten Tugenden gezählt werden können. Gemäss Seligman werden sechs Tugenden in fast allen Religionen sowie philosophischen Traditionen anerkannt. Diese sechs Tugenden, welche einen guten Charakter begünstigen, sind: „Weisheit und Wissen, Mut, Liebe und Humanität, Gerechtigkeit, Mässigung sowie Spiritualität und Transzendenz“. (S. 219-222)

- *Erforschung der positiven Institutionen*

Gemäss Seligman (2010) können positive Institutionen das Leben von Menschen förderlich beeinflussen, indem sie ihr Wachstum zulassen. Viele Menschen engagieren sich bei der Arbeit stärker als zu Hause. Dies vor allem deshalb, weil sie bei der Arbeit positive oder negative Rückmeldung bezüglich ihrer Arbeitsweise erhalten und sie ihre Stärken zeigen und fördern können. Seligman ergänzt, dass nebst den Arbeitsverhältnissen auch die Familie zu den positiven Institutionen gezählt wird und eine grosse Bedeutung für die Positive Psychologie aufweist. Menschen sind glücklicher, wenn sie in einer positiven menschlichen Beziehung leben. Die gegenseitige Liebe begleitet und tröstet Menschen in jeder Lebenssituation und fördert ihr Selbstvertrauen. (S. 278 und S. 295-298)

Nebst den aufgeführten Säulen nach Seligman kann das Positive im Leben eines Menschen laut Auhagen (2004) auch anhand verschiedener Strategien vergrössert werden. Eine mögliche Strategie heisst nach Auhagen die *Vermehrung*. Mittels Förderung bereits vorhandener Fähigkeiten und Ressourcen können die positiven Qualitäten vermehrt werden. Als weitere Strategie wird die *Schaffung* bezeichnet, welche die positiven Aspekte entwickelt. Dies kann beispielsweise die Schaffung einer verbesserten Lebenssituation sein. Sodann wird die Strategie der *Minderung* genannt. Sie zielt darauf ab, den Menschen die positiven Ansichten einer Situation aufzuzeigen, welche sie als negativ erlebt haben. Zuletzt erklärt Auhagen noch die *Verhinderungsstrategie*. Diese Strategie will neue negative Erfahrungen verhindern. Es sollen keine neuen negativen Aspekte dazukommen. Gemäss Auhagen können diese vier Strategien kombiniert angewandt werden. Sie betont jedoch, dass genau hingesehen werden muss, welche Strategie für wen und wann förderlich sein kann. (S. 3-4)

4.2 Resilienz-Konzept

Wie die bereits erläuterten Gesundheitskonzepte legt auch das Resilienz-Konzept den Fokus auf die gesundheitsfördernden Fähigkeiten des Menschen. Corina Wustmann (2009) führt an, dass das Konzept der Resilienz einen starken Bezug zum Salutogenese-Konzept herstellt. Wie auch die salutogenetische Orientierung fragt die Resilienzforschung nach Eigenschaften und Fähigkeiten von Menschen, denen es gelingt, sich trotz erschwerten Lebensbedingungen förderlich und gesund zu entwickeln. (S. 26) Gemäss Rosmarie Welter-Enderlin (2010) hängt Resilienz mit der Fähigkeit zusammen, wie Menschen durch Schwierigkeiten in ihrem Leben zwar zerrüttet werden, sich aber dadurch nicht zerstören lassen. Welter-Enderlin betont, dass die Fähigkeit, sich biegen zu können, ohne an einem schwerwiegenden Ereignis zu zerbrechen, ein Rätsel darstellt, und dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass jeder Mensch diese Fähigkeit besitzt. (S. 22)

4.2.1 Definition

Folgend werden die Definitionen von Resilienz zwei unterschiedlicher Autorinnen aufgezeigt. Wustmann (2009) definiert Resilienz folgendermassen:

„Der Begriff „Resilienz“ leitet sich von dem englischen Wort „resilience“ (Spannkraft, Widerstandsfähigkeit, Elastizität) ab und bezeichnet allgemein die Fähigkeit einer Person oder eines sozialen Systems (Paarsystem, Familiensystem), erfolgreich mit belastenden Lebensumständen und negativen Folgen von Stress umzugehen“ (S. 18).

Gemäss Wustmann ist Resilienz die Widerstandskraft einer Person, mit welcher erschwerte Lebenssituationen erfolgreich überwunden werden können. Diese Fähigkeiten können nebst dem Individuum auch soziale Systeme aufweisen.

Die folgende Definition von Resilienz stammt von Welter-Enderlin (2006):

„Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und soziale vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen“ (S. 13).

Diese Definition betont die persönlichen und sozialen Ressourcen, welche für die Bewältigung von Krisen miteinbezogen werden. Anhand der beschriebenen Definitionen wird in dieser Arbeit Resilienz als Fähigkeit verstanden, mit Krisen erfolgreich umgehen zu können sowie die erschwerte Lebenssituation mittels Ressourcen zu bewältigen. Schutzfaktoren, welche in der Arbeit mit durch häusliche Gewalt traumatisierten Frauen als positive

Ressourcen erkannt werden, stellen in dieser Bachelorarbeit eine zentrale Rolle dar. Aus diesem Grund wird der Fokus insbesondere auf die Definition von Welter-Enderlin gelegt.

4.2.2 Resilienzforschung

Viele Forscherinnen und Forscher haben sich mit Resilienz auseinandergesetzt und Untersuchungen angestellt. Folgend wird die Langzeitstudie von Emmy E. Werner erläutert, da sie gemäss Welter-Enderlin (2010) eine der bedeutsamsten Studien darstellt und die Resilienzforschung der Sozialwissenschaftlerin viel zu verdanken hat (S. 17). Auf weitere Studien wird in dieser Arbeit nicht näher eingegangen.

Gemäss Welter-Enderlin (2010) hat Werner im Jahr 1955 in einer Langzeitstudie (Kauai Längsschnittstudie), welche über 40 Jahre andauerte, rund 700 Kinder auf der Insel Kauai begleitet und beobachtet (S. 17). Werner (2011) selbst erklärt, dass die Kinder auf der Insel Kauai geboren wurden und vielen naturbedingten und psychosozialen Risikofaktoren sowie erschwerten Lebensereignissen ausgesetzt waren (S. 33). Wustmann (2009) fügt hinzu, dass die Daten von Werner in verschiedenen Altersstufen der Testpersonen erhoben wurden. Die Interviews und Verhaltensbeobachtungen wurden nebst dem Geburtsalter noch im Alter von 1, 2, 10, 18, 32 und 40 Jahren durchgeführt. (S. 87)

Durch die Beobachtungen im Erwachsenenalter konnte gemäss Welter-Enderlin (2010) festgestellt werden, dass die Testpersonen trotz der widrigen Umstände ihr Leben meist sehr erfolgreich gestalten konnten. Jugendliche suchten sich Ressourcen in ihrem Umfeld und konnten dadurch bedeutende Kompetenzen bezüglich Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit erlangen. Diese Kompetenzen verringerten die erschwerten Lebensbedingungen und eröffneten neue Chancen. (S. 19) Werner (2011) stellt fest, dass diese eröffneten Chancen langfristig eine positive Veränderung ermöglichten. Sie können daher zu den wichtigsten Erkenntnissen der Studie gezählt werden. Unter der Eröffnung von Chancen versteht Werner beispielsweise die Fortbildung und Erwachsenenbildung, die Ehe mit einem zuverlässigen Ehepartner oder der Eintritt zu einer Glaubensgemeinschaft. Jugendliche, welche in der Pubertät mit Anpassungsschwierigkeiten auffielen, konnten mittels dieser Chancen ihre Schwierigkeiten bis zum Alter von 32 und 40 beheben und wurden als verantwortungsbewusste Ehepartner und Bürger der Gemeinde wahrgenommen. (S. 38)

Die Testpersonen, welche nicht zu den geschilderten erfolgreichen Personen gezählt werden können, zeigten gemäss Werner (2011) vor allem im Erwachsenenalter von 32 und 40 Jahren starke Probleme auf. Eine von sechs Testpersonen hatte Mühe, Arbeit zu finden und die Arbeitsstelle dauerhaft zu behalten. Sie fand sich nicht mit ihrer Familie oder

den Nachbarinnen und Nachbarn zurecht und zeigte ein schlechtes Selbstwertgefühl. Testpersonen mit stark belastenden Lebenssituationen im Kinds- und Jugendalter (beispielsweise Kinder psychisch kranker Eltern) entwickelten öfters Gesundheitsprobleme im Erwachsenenalter. Werner hält zusammenfassend fest, dass die Resilienz von Kindern gefördert werden kann, wenn sie Personen um sich haben, die ihnen eine Vertrauensgrundlage bieten und ihnen zu Kompetenzen verhelfen. Solche Personen können Eltern, Lehrpersonen, Freundinnen und Freunde, Nachbarinnen und Nachbarn oder andere Personen sein. (S. 42-45)

Mittlerweile hat sich in der Forschung gemäss Klaus Fröhlich-Gildhoff, Simone Beuter, Sibylle Fischer und Maike Rönnau-Böse (2010) durchgesetzt, dass unter Resilienz keine einmalig erworbene Fähigkeit oder angeborene Eigenschaft verstanden wird, welche auf alle Menschen gleich übertragen werden kann. Resilienz wird auch nicht mehr als völlige Unverwundbarkeit aufgefasst. Anhand verschiedener Studienergebnisse konnten sechs übergeordnete Faktoren erkannt werden, welche für die Entwicklung von Resilienz bedeutend sind. (S. 43-44) Auf diese Faktoren wird im Folgenden eingegangen.

4.2.3 Entwicklung von Resilienz

Resilienz entsteht gemäss Franziska Loth (2008) im Austausch zwischen dem Individuum und seiner Umwelt. Der Mensch sowie seine Umwelt verändern sich stetig und somit auch seine Resilienz. (S. 9) Lars Güfel (2010) bestätigt diese Aussage. Zur Umwelt werden gemäss Güfel die Familie, Schule, Kollegschaften, Nachbarschaften und die Gesellschaft gezählt. Er betont, dass ein resilienter Mensch die erworbene Widerstandskraft nicht für den Rest seines Lebens bedingungslos besitzt, sondern dass sie sich aufgrund von Belastungen und Einflüssen stetig verändert. Ausserdem weist er darauf hin, dass Resilienz lernbar ist. (S. 78) Durch die ständige Veränderung spielt der Erwerb von Resilienz also auch im Erwachsenenalter eine zentrale Rolle und stellt somit für diese Arbeit eine grosse Relevanz dar.

Im Verlauf des Lebens hat jeder Mensch gemäss Rönnau-Böse, Beuter und Fröhlich-Gildhoff (2010) Entwicklungsaufgaben, aktuelle Anforderungen und Krisen zu bewältigen. Um diese Aufgaben zu bezwingen, werden Kompetenzen benötigt, welche durch verschiedenste Faktoren entwickelt und verbessert werden. Diese Faktoren – auch Resilienzfaktoren genannt – wurden mittels der Resilienzforschung erkannt und zusammengefasst. (S. 184) Fröhlich-Gildhoff, Thomas Dörner und Rönnau-Böse (2007) zeigen anhand der folgenden Abbildung diese zusammengefassten Faktoren auf, welche wirkungsvoll zur Entwicklung von Resilienz beitragen und somit helfen, die Entwicklungsaufgaben, aktuelle Anforderungen sowie Krisen zu bewältigen (zit. in Rönnau-Böse et al., 2010, S. 184).

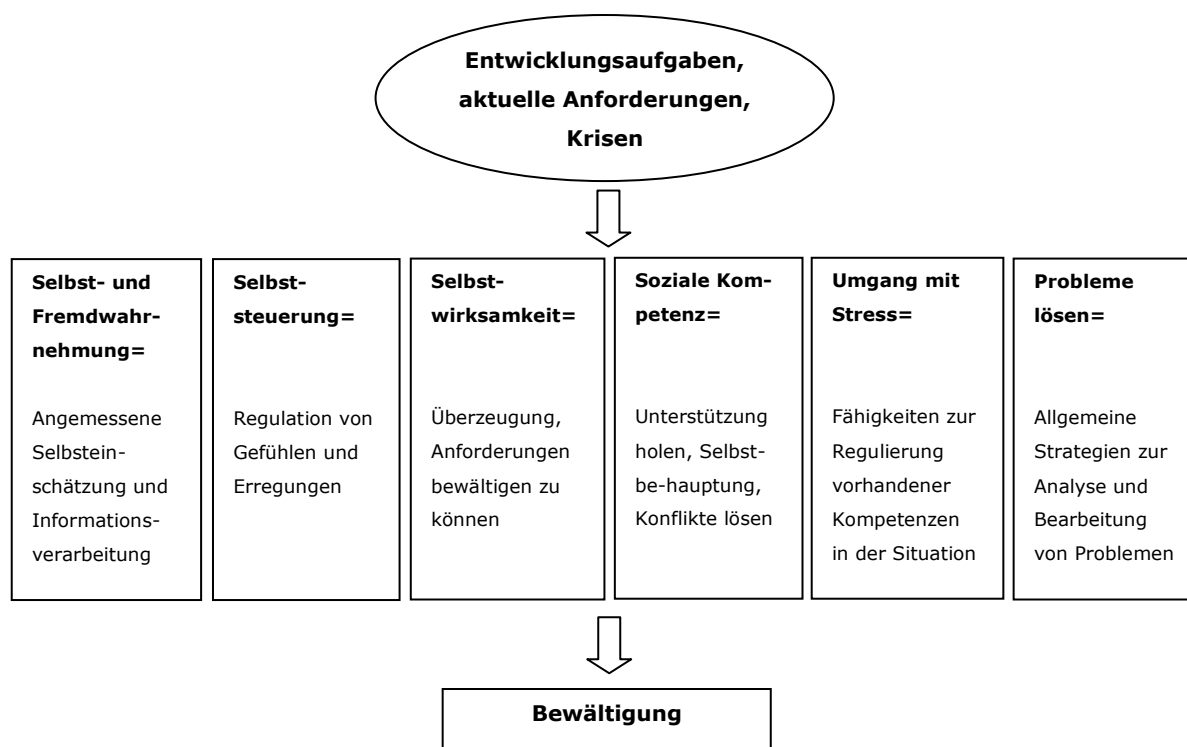


Abb. 3: Entwicklungsaufgaben und Resilienzfaktoren (Rönnau-Böse et al., 2010, S. 184)

Das Modell Entwicklungsaufgaben und Resilienzfaktoren ist eine hilfreiche Darstellung, um auf einen Blick alle Faktoren und Kompetenzen, welche für die Entwicklung von Resilienz und somit bei der Bewältigung von Krisen oder belastenden Ereignissen benötigt werden, zu erkennen. Gemäss Fröhlich-Gildhoff et al. (2010) stehen die sechs Resilienzfaktoren in Zusammenhang zueinander und sind nicht isoliert zu betrachten (S. 46).

Eine weitere Form, die wichtigsten Faktoren, welche die Resilienz fördern, aufzuzeigen, stammt von Dorothea Irmeler (2011). Sie fasst die förderlichen Faktoren in den „4 B's“ zusammen. Diese Faktoren bezeichnet sie als: *Bindung, Bildung, Bewusstsein für Selbstwirksamkeit und Bausteine guter Erinnerung*. (S. 583) Folgend werden die „4 B's“ genauer erläutert:

- *Bindung*

Irmeler (2011) betont die Wichtigkeit, dass Menschen zu vertrauenswürdigen Personen eine positive Bindung haben. Solche Personen können neben der Familie auch in der näheren Verwandtschaft oder Nachbarschaft gefunden werden. Irmeler hebt hervor, dass die Suche nach solchen Bindungspersonen sowie auch Netzwerken in der Beratung von grosser Bedeutung sind. (S. 583-584)

- *Bildung*

Der zweite Faktor, die Bildung, bezieht laut Irmeler (2011) formelle und informelle Bildungen mit ein. Unter formeller Bildung versteht Irmeler beispielsweise die Schulbildung oder die Bildung bezüglich des Erlernens eines Berufes. Informelle Bildung bezeichnet weit verbreitete Fähigkeiten wie zum Beispiel Sportarten und kreative Entfaltung. Weiter zählen auch kulturelle Grundsätze von Lebensgemeinschaften zu dieser Kategorie. Um sich in der Gemeinschaft wohl und aufgehoben zu fühlen, ist die Förderung dieser informellen Bildung besonders wichtig. (S. 584-585)

- *Bewusstsein für Selbstwirksamkeit*

Gemäss Irmeler (2011) ist die Förderung des Bewusstseins für Selbstwirksamkeit besonders für traumatisierte Erwachsene und Kinder von Bedeutung, um den erlebten Gefühlen der Hilflosigkeit sowie Einflusslosigkeit entgegenzuwirken. Das positive Gefühl, selbst etwas bewirken zu können, wird von Betroffenen als befreiendes Erlebnis wahrgenommen. (S. 585-586)

- *Bausteine guter Erinnerungen*

Gute Erfahrungen verankern sich gemäss Irmeler (2011) im Innern eines Menschen. Diese positiven Erlebnisse können in späteren Situationen wieder abgerufen werden und bieten die Grundlage für weitere heilsame Lebenserfahrungen. Durch diese Erfahrungen kann die Hoffnung auf weitere förderliche Ereignisse gesteigert werden. Auch nur kleine positive Alltagserlebnisse können die Resilienz fördern und das Wohlbefinden steigern. (S. 586) Ulrike Russinger (2001) verdeutlicht, dass positive Erinnerungen wie ein Lichtstrahl wirken. Dieses Licht strahlt in die Vergangenheit und in die Zukunft. Dadurch werden auch die Erwartungen an die Zukunft aufgehellt. (zit. in Irmeler, 2011, S. 587)

4.3 Schutz- und Risikofaktoren

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass die Resilienz eines Menschen von diversen Faktoren beeinflusst wird. Auf einige der genannten Faktoren wurde auch in den anderen Gesundheitskonzepten hingewiesen. All diese Faktoren beeinflussen die gesundheitsfördernden Fähigkeiten eines Menschen und somit die Bewältigung erschwerter Lebenssituationen. Fröhlich-Gildhoff et al. (2010) betonen, dass die Resilienz durch das Zusammenwirken von Schutz- und Risikofaktoren beeinflusst wird und nicht auf alle Menschen gleich übertragen werden kann. Gleichzeitig kann Resilienz selber zum Schutzfaktor werden, wie die folgende Abbildung verdeutlicht. (S. 43-44)

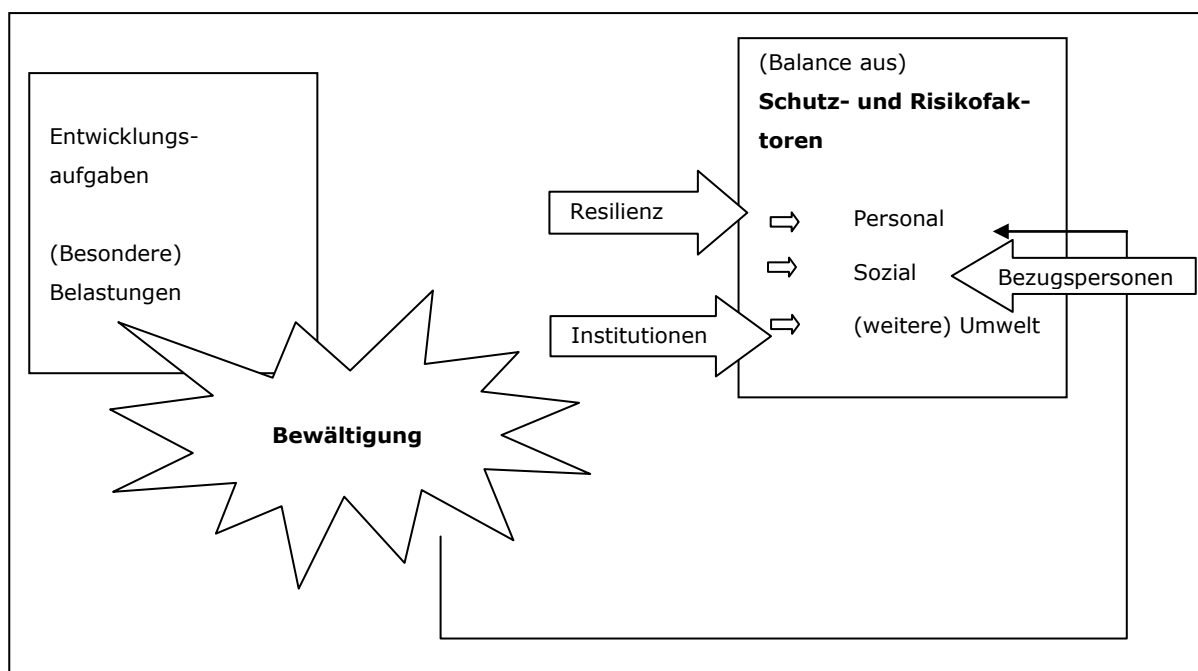


Abb. 4: Bewältigung von Entwicklungsaufgaben (Fröhlich-Gildhoff et al., 2010, S. 43)

Fröhlich-Gildhoff et al. (2010) bestätigen, dass Schutzfaktoren im Zusammenspiel mit Risikofaktoren zu betrachten sind. Menschen zeigen unter belastenden Situationen, wie resilient sie sind. Liegen viele schwere Belastungen oder eine Krise vor, so sind mehr Schutzfaktoren erforderlich, um diese Belastungen zu bewältigen. Ein Schutzfaktor bleibt jedoch nicht immer ein Faktor, der zur Bewältigung genutzt werden kann. Je nach Situation und Umfeld kann ein Schutzfaktor zu einem Risikofaktor werden und umgekehrt. (S. 44) Folgend werden die beiden Begriffe Schutz- und Risikofaktor kurz separat definiert, um im Anschluss daran weiter auf beide eingehen zu können.

- Schutzfaktoren

Schutzfaktoren haben nach Michael Rutter (1987) eine risikomindernde Wirkung. Sie stellen einen Schutz vor risikohaften Entwicklungen dar (zit. in Petermann & Resch, 2008, S. 54). Gemäss Petermann und Resch (2008) können Schutzfaktoren in zwei Faktoren unterteilt werden. Die personenbezogenen (internen) Schutzfaktoren sind angeborene Eigenschaften. Bei der zweiten Kategorie handelt es sich um die umgebungsbezogenen (externen) Schutzfaktoren. Sie beziehen sich nebst dem Zusammenhalt der Familie auch auf das soziale Umfeld. Im sozialen Umfeld stellen Freundschaften und verlässliche Beziehungen einen bedeutenden Schutzfaktor dar. (S. 54) Olbricht (2004) stellt fest, dass auch die professionelle Hilfe als Schutzfaktor wirken kann (S. 33).

- Risikofaktoren

Risikofaktoren werden nach Petermann und Martin H. Schmidt (2006) als Einflüsse definiert, die eine gesunde Entwicklung oder auch Weiterentwicklung eines Menschen gefährden. Sie bedeuten für das Individuum eine Belastung, welche zu bewältigen ist. (zit. in Loth, 2008, S. 16) Wie die Schutzfaktoren lassen sich gemäss Petermann und Resch (2008) auch die Risikofaktoren in personenbezogene (interne) und umgebungsbezogene (externe) Risikofaktoren unterteilen. Personenbezogene Risikofaktoren können beispielsweise Anfälligkeit für Krankheiten sein oder ein störendes Temperament. Als umgebungsbezogene Risikofaktoren werden psychosoziale Stressauslöser aus der Familie oder dem sozialen Umfeld gezählt. Ein suchtkranker oder psychisch erkrankter Elternteil oder auch die fehlende soziale Unterstützung ausserhalb der Familie stellen solche Risikofaktoren dar. (S. 52)

Nach der getrennten Erläuterung der Schutz- und Risikofaktoren werden sie folgend wieder im Zusammenhang miteinander betrachtet. Die folgende Abbildung zeigt die bereits durch Petermann und Resch ausgeführten personen- und umgebungsbezogenen Schutz- und Risikofaktoren auf und stellt sie einander gegenüber:



Abb. 5: Belastung und Ressourcen: Eine Gegenüberstellung (Petermann & Resch, 2008, S. 53)

Die Gesundheitsförderung Schweiz (2005) schreibt, dass sowohl die Schutzfaktoren als auch die Risikofaktoren zu betrachten sind. Um eine effektvolle Intervention zu gewährleisten, müssen die Zusammenhänge von Schutz- und Risikofaktoren erkannt und verstanden werden. Das Ziel der Gesundheitsförderung ist das Verringern der Risikofaktoren sowie die Stärkung der Schutzfaktoren. Menschen sind den Stressoren nicht einfach ausgeliefert. Sie verfügen über Ressourcen, welche ihnen helfen, die erschwerte Lebenssituation zu bewältigen. Schutz- und Risikofaktoren beeinflussen die Gesundheit bezie-

hungsweise Krankheit positiv und/oder negativ und haben eine grosse Bedeutung bezüglich der Erhaltung der Gesundheit. (S. 79-80) Nach Richter-Kornweitz (2011) sind Risikofaktoren einfacher aufzuzeigen als Schutzfaktoren. Schutzfaktoren werden nicht wie Risikofaktoren von psychischen oder physischen Krankheiten begleitet. Obwohl sie vorhanden sind, werden sie nicht immer als nützliche Ressource erkannt. (S. 243)

Die bisherigen Ausführungen erläuterten den Zusammenhang zwischen physischer und psychischer Gesundheit (siehe 3.1 und 4.1). Folgend wird auf die Schutz- und Risikofaktoren näher eingegangen, welche für die psychische und somit auch für die physische Gesundheit relevant sind und daher eine grosse Bedeutung für die Bewältigung von Problemen in allen Lebensbereichen haben. Die Gesundheitsförderung Schweiz (2005) veranschaulicht in der folgenden Übersicht Schutz- und Risikofaktoren, welche einander auf der Mikro- sowie der Meso-Ebene gegenübergestellt werden (S. 85). Die Makro-Ebene wird in dieser Gegenüberstellung der Gesundheitsförderung Schweiz nicht erwähnt und in dieser Arbeit auch nicht näher erläutert.

Risikofaktoren	Schutzfaktoren beziehungsweise Ressourcen
Mikro-Ebene	
Pessimismus (generalisierte negative Zukunftserwartungen)	Zuversicht (generalisierte positive Zukunftserwartungen)
Mangelnde psychosoziale Kompetenzen wie tiefes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, negatives Selbstbild, mangelnde Selbstakzeptanz/Selbstachtung	Ein stabiles Selbst: positives Selbstbild und Selbstwertgefühl, Selbstakzeptanz/Selbstachtung, Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeit
Mangelnde Kontakt- und Entscheidungsfähigkeiten	Gesundheitliche Kontrollüberzeugungen
Gefühle der Ohnmacht und Hilflosigkeit	Die Überzeugung, die eigene Lebenslage sowie Lebenskonflikte meistern zu können
Mangelnde Widerstandsfähigkeit mit den Komponenten mangelnde Willenskraft, Über- oder Unterforderung und Kontrollverlust über sich und die Umwelt	Widerstandsfähigkeit mit den Komponenten Engagement, Herausforderung und Kontrolle über sich und die Umwelt
Gefühle der „Sinnleere“	Die Fähigkeit zu „Sinnerleben“, „Sinnfindung“ und Selbstverstehen
Eine negative soziale Orientierung	Eine positive soziale Orientierung
Mangelnde Handlungs- und Lebenskom-	Handlungskompetenzen zur aktiven Prob-

petenzen, chronische Stressbelastung und Mehrfachbelastung	lembewältigung und allgemeine Kompetenzen zur Lebensbewältigung und Selbstbehauptung
Mangel bezüglich Grundbedürfnisse	Befriedigung der Grundbedürfnisse
Meso-Ebene	
Soziale Desintegration: Sozialer Ausschluss, kulturelle Konflikte, Diskriminierung und Stigmatisierung von Bevölkerungsgruppe inklusiv Intoleranz und Misstrauen	Soziale Unterstützung, Integration und Einbettung in starke soziale Netze, sozialer Frieden und Solidarität inklusiv Toleranz und Vertrauen in Gesellschaft, Firma, Partnerschaft, Familie
Trennung und Verluste im engsten Kreis	Stabiles Gefüge der engsten Beziehungen
Rascher Wertewandel und Mangel eines verbindlichen Orientierungsrahmens in Familie, Schule, Beruf, Freizeit und Gesellschaft	Vorhandensein von Bezugs- beziehungsweise Identifikationspersonen und positiven Rollenmodellen in Familie, Schule, Beruf, Freizeit, Gesellschaft
Psychisch belastendes Umfeld	Psychisch gesundes Umfeld
Erfahrungen von Gewalt oder Misshandlungen, Vernachlässigung in der Kindheit	Positive Beziehungen und Erfahrungen, insbesondere in Kindheit und Jugend
Chancenungleichheit bezüglich Bildung, Erwerbstätigkeit, Geschlecht, sozioökonomischer Schicht, Alter und Migrationshintergrund	Chancengleichheit bezüglich Bildung, Erwerbstätigkeit, Geschlecht, sozioökonomischer Schicht, Alter und Migrationshintergrund
Fehlende Erwerbstätigkeit	Ausreichende Arbeits- und Tätigkeitsfelder
Autoritäre, totalitäre Erziehung, Bildung, Arbeitswelt, Gesellschaft und Politik mit eingeschränktem Handlungsspielraum	Wahl-, Entscheidungs- und Gestaltungsmöglichkeiten in allen Lebensphasen und Lebensfeldern
Einseitig leistungsbezogene und materialistische Lebensorientierung	Ganzheitliche Lebensorientierung
Einseitige Technologisierung und Virtualisierung der Arbeitswelt und Freizeit	Qualitativ hochstehendes, ganzheitliches Bildungs- und Gesundheitssystem
Mangelnde soziale und politische Sicherheit, Sozialabbau	Stabile demokratische Staatskultur, Volkswirtschaft und Sozialwerke
Schlechte Umwelt- und Wohnverhältnisse	Intakte natürliche Umwelt

Tab. 3: Risiko- und Schutzfaktoren (Gesundheitsförderung Schweiz, 2005, S. 85-86)

Die Tabelle zeigt auf der Mikro-Ebene viele Schutz- und Risikofaktoren auf, welche bereits in den vorhergehenden Unterkapiteln erwähnt wurden. So verhelpen beispielsweise

ein positives Selbstbild und Selbstvertrauen zur Entwicklung von Resilienz und die Fähigkeit zu „Sinnfindung“ zeugt von einem förderlichen Kohärenzgefühl. Auf der Meso-Ebene zeigt die Tabelle die Bedeutsamkeit auf, welche dem Umfeld einer Person zukommt. Das Umfeld kann einen grossen Beitrag zur Förderung von Schutzfaktoren leisten. Die Schutzfaktoren soziale Unterstützung, positive Beziehungen sowie die Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten stellen soziale Ressourcen dar, mit welchen vertrauenswürdige Personen im nahen Umfeld das Wohlbefinden von Menschen steigern können.

Die Gegenüberstellung von gesundheitlichen Schutz- und Risikofaktoren auf der Mikro- sowie auf der Meso-Ebene zeigt auf, wie viele Faktoren das Leben eines Menschen beeinflussen. Je mehr Risikofaktoren auf das Leben eines Menschen wirken, desto bedeutender werden der Aufbau und die Förderung von Schutzfaktoren um die erschwerte Lebenssituation bewältigen zu können.

5 Resultierende Erkenntnisse

Häusliche Gewalt bewirkt bei vielen betroffenen Frauen eine Verletzung der Seele, ein Trauma. Wie bisher aufgezeigt, ist ein Trauma vorerst eine natürliche Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine längerdauernde, bedrohliche Erfahrung. Bei ungenügender Verarbeitung kann es sich jedoch verfestigen und erhebliche Folgeerscheinungen nach sich ziehen. Ein Trauma als Folge von häuslicher Gewalt stellt eine besonders schwere Traumaart dar, die sich oftmals zu einer chronifizierten Form entwickelt. Dabei entspricht die Symptomatik einer solchen Traumafolgestörung meist derjenigen der komplexen PTBS, die mit Veränderungen der Persönlichkeit sowie schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen einhergeht. Dies führt bei betroffenen Frauen zu einer Beeinträchtigung in allen Lebensbereichen und somit zur massiven Beeinträchtigung ihres Wohlbefindens.

Um das Wohlbefinden betroffener Frauen zu steigern, spielen aktuell gesundheitsfördernde Konzepte eine bedeutende Rolle. Die aufgezeigten gesundheitsfördernden Konzepte richten ihren Blick auf Faktoren, welche die Gesundheit begünstigen. Sie haben zum Ziel, den Menschen zu mehr Kompetenzen zu verhelfen und sie darin zu unterstützen, sich nachhaltig selber zu heilen. Gesundheit wird als Ressource erachtet, welche ein lebenswertes Leben ermöglicht. Sie erlaubt Menschen, ein individuell, sozial und ökonomisch produktives Leben zu führen. Gesundheit hat – wie aufgezeigt – Einfluss auf alle Lebensbereiche, wobei Probleme in anderen Lebensbereichen gleichzeitig ebenfalls Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Soll die Lebenssituation von betroffenen Frauen verbessert und ihr physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden gesteigert werden, muss dementsprechend der Gesundheit der Betroffenen grosse Beachtung geschenkt werden.

Gesundheit kann jedoch nicht isoliert von Krankheit betrachtet werden. Gesundheitsorientierte Ansätze verlangen, Menschen in ihrer gesamten Lebenssituation und mit der jeweiligen Lebensgeschichte mit einzubeziehen. Daher bedarf es nebst der Beachtung von gesundheitlichen Schutzfaktoren auch jene der gesundheitlichen Risikofaktoren. Schutz- und Risikofaktoren beeinflussen – wie aufgezeigt – die Resilienz eines Menschen. Resilienz ist keine Fähigkeit, die Menschen ihr Leben lang besitzen. Durch belastende Erfahrungen, verändern sich betroffenen Personen, ihr soziales Umfeld und somit auch ihre Resilienz. Durch ein Beziehungstrauma erhöhen sich die Risikofaktoren einer betroffenen Frau, was zu einer Verringerung ihrer Resilienz führt. Umso mehr Risikofaktoren auf das Leben einwirken, desto mehr Schutzfaktoren werden für die Bewältigung der erschwerten Situation benötigt.

Wie bereits erwähnt, ist es Ziel der Sozialen Arbeit, das Wohlbefinden von Menschen zu steigern. Im Sinne der gesundheitsfördernden Konzepte ist sie dafür zuständig, Frauen mit einem Beziehungstrauma zu befähigen, sich den veränderten Lebensumständen anzupassen, eigene Bedürfnisse zu befriedigen und persönliche Ziele zu erreichen. Dies bedeutet, dass es die Aufgabe der Sozialen Arbeit ist, Schutz- und Risikofaktoren zu erkennen und diese zu stärken beziehungsweise zu mindern. Gesundheitskonzepte bieten sich für lösungsorientiertes Arbeiten an. Wie die Beratung und Interventionen von Sozialarbeitenden gestaltet werden können, um das Wohlbefinden betroffener Frauen in physischen, psychischen und sozialen Bereichen zu steigern, wird im folgenden Kapitel erläutert.

6 Sozialarbeiterische Beratung und Interventionen

Wie bisher aufgezeigt, hat ein Beziehungstrauma eine schädigende Wirkung auf zwischenmenschliche Beziehungen. Die Veränderungen der Persönlichkeit traumatisierter Frauen hat auch Einfluss auf die Beratungsbeziehung zwischen Sozialarbeitenden und Klientinnen. Herman (1993) erklärt, dass es bei Personen, welche an einer PTBS leiden, in der Beziehung zu Professionellen vielfach zu einer traumatischen Übertragung kommt. Diese äussert sich anhand idealistischer Erwartungen, Enttäuschung, Wut, Zweifel und Misstrauen gegenüber der beratenden Person. Herman erwähnt ausserdem, dass traumatisierte Menschen äusserst sensibel auf nonverbale Kommunikation reagieren, da sie aufgrund der Gewalterfahrung geübt sind, die emotionale Verfassung des Gegenübers zu erraten. (S. 187-191) Sozialarbeitende sind dementsprechend in der Arbeit mit durch häusliche Gewalt traumatisierten Frauen in vielerlei Hinsicht herausgefordert. Gleichzeitig nehmen sie eine entscheidende Rolle ein, da sie oftmals die erste Fachperson darstellen, der sich betroffene Frauen anvertrauen.

Vielerorts besteht die Auffassung, dass es für traumatisierte Menschen in erster Linie der Aufarbeitung des Traumas bedarf, um auf diese Weise die Ursache der Probleme in den einzelnen Lebensbereichen zu beheben. Reddemann und Dehner-Rau (2004) betonen, dass der Wert und Nutzen der Traumakonfrontation vielfach überschätzt wird und diese nicht immer notwendig ist (S. 83). Auch Brusa (Interview vom 14. Juni 2011) hebt hervor, dass heutigen Ansichten zufolge die Traumabearbeitung nicht immer zwingend erfolgen muss, weswegen eine Psychotherapie oftmals nicht in jedem Fall angezeigt ist. Sozialarbeiterische Interventionen können gemäss Brusa ebenso therapeutisch (im Sinne von heilend) wirken. Klientinnen können infolge psychosozialer Beratung möglicherweise lernen, mit den Symptomen der Traumatisierung umzugehen. Dadurch kann es ihnen gelingen, ihre Probleme in den einzelnen Lebensbereichen zu minimieren, was zu einer Steigerung ihres Wohlbefindens führt. Reddemann und Dehner-Rau (2004) weisen ausserdem darauf hin, dass eine Traumakonfrontation nur in stabilem Zustand Sinn macht. Stabilisierend können gemäss den beiden Autorinnen Interventionen wie soziale Unterstützung, Einbezug von Angehörigen oder berufliche Reintegration sein. (S. 87) Diese Massnahmen fallen zweifellos in den Zuständigkeitsbereich der Sozialen Arbeit.

Um sozialarbeiterische Beratung und Interventionen hilfreich zu gestalten, ist es von grosser Bedeutung, gewisse Aspekte im Umgang mit betroffenen Frauen zu berücksichtigen und in das professionelle Handeln einfliessen zu lassen. Diese spezifischen Aspekte werden in diesem Kapitel erläutert, um im Anschluss darauf konkrete Interventionen an einem fiktiven Fallbeispiel aufzuzeigen.

6.1 Spezifische Aspekte

Nachfolgend werden die erwähnten spezifischen Aspekte erläutert. Dabei spielt das Erkennen eines Beziehungstraumas eine entscheidende Rolle. Es wird aufgezeigt, wie wichtig das Ansprechen der Gewalterfahrung und die Aufklärung der Klientinnen über eine allfällige Traumatisierung und deren Auswirkungen ist. Ausserdem wird auf die Bereiche Schutz und Sicherheit, Stärkung der Persönlichkeit, Vertrauensbildung und interdisziplinäre Zusammenarbeit eingegangen.

6.1.1 Erkennen eines Beziehungstraumas

Um auf betroffene Frauen angemessen reagieren zu können, ist vorerst das Erkennen und richtige Einordnen der Anzeichen einer einfachen oder komplexen PTBS von grosser Bedeutung. Da viele dieser Symptome – wie unter 2.2.7 aufgezeigt – auch erst Monate oder Jahre nach der traumatischen Erfahrung auftreten können, ist die Gefahr gross, dass sie falsch interpretiert und nicht in Zusammenhang mit der Gewalterfahrung gebracht werden. Die folgende Tabelle soll Sozialarbeitenden helfen, Traumatisierung als Folge von häuslicher Gewalt zu erkennen.

Wichtig ist, darauf hinzuweisen, dass die Tabelle nicht abschliessend ist, sondern lediglich die häufigsten Anzeichen eines Beziehungstraumas aufzeigt. Gleichzeitig bedeutet das Vorliegen einiger Indikatoren keinesfalls, dass ein Beziehungstrauma in Form einer komplexen PTBS vorliegen muss. Wie bereits erwähnt, gleichen die Symptome einer komplexen PTBS unzähligen anderen Krankheitsbilder (siehe 3.1.2). Es ist nicht die Aufgabe der Sozialen Arbeit, eine Krankheitsdiagnose zu stellen. Die Tabelle soll jedoch dazu dienen, hellhörig zu werden und die Thematiken häusliche Gewalt und Traumatisierung in jede Beratung miteinzubeziehen. Gemäss Sandra Fausch und Wechlin (2010) sollte speziell das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Indikatoren Anlass für eine erhöhte Aufmerksamkeit geben (S. 198).

Körperliche und psychosomatische Indikatoren
<p>Direkte Auswirkungen von Misshandlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Narben • Unschön verheilte Brüche
<p>Körperliche Beschwerden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chronische Verspannungs- und Schmerzzustände (beispielsweise Kopf- oder Bauchschmerzen) • Infekte • Allergien und Ekzeme

- Erschöpfungszustände
- Sexuelle Funktionsstörungen
- Essstörungen
- Chronische Immunschwäche
- Herz-Kreislauf-Probleme
- Rheumatische und neurologische Erkrankungen

Psychische Indikatoren

Übererregungssymptome:

- Innere Unruhe, Schreckhaftigkeit
- Schnelle Reizbarkeit, Aggressivität
- Konzentrations- und Schlafstörungen

Intrusionssymptome:

- Angst- und Panikgefühle
- Alpträume
- Flashbacks

Vermeidungssymptome:

- Vermeidung starker Gefühle (Emotionslosigkeit, Interessenverlust, innere Teilnahmslosigkeit und Rückzug)
- Meiden gewisser Orte und/oder Menschen

Störungen der Affektregulation:

- Stimmungsschwankungen und Unfähigkeit, sich selber zu beruhigen
- Schwierigkeiten, Gefühle zu kontrollieren
- Selbstverletzendes Verhalten
- Exzessives Risikoverhalten
- Substanzmissbrauch
- Suizidgedanken oder suizidale Handlungen
- Sexuelle Störungen (Vermeidung und/oder Zwang)

Störungen des Bewusstseins sowie der Selbstwahrnehmung:

- Gedächtnislücken im Alltag
- Fehlende Erinnerungen in Bezug auf Lebensgeschichte
- Innerliches Ausklinken aus der realen Welt (Derealisation)
- Gefühl von Unwirklichkeit (Depersonalisation)
- Gefühl von unterschiedlichen Persönlichkeitsanteilen
- Ohnmachtsgefühle
- Selbstanklage
- Überhöhte Selbstansprüche
- Scham- und Schuldgefühle

<ul style="list-style-type: none"> • Gefühl eigener Wertlosigkeit • Gefühl, dauerhaft zerstört zu sein • Gefühl, isoliert und von Umwelt abgeschnitten zu sein
<p>Veränderungen des Wertesystems:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Zukunftsperspektive, Hoffnungslosigkeit, Resignation • Verlust der bisherigen Lebensüberzeugungen (Desillusionierung) • Verlust der Zuversicht
Soziale Indikatoren
<p>Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontaktvermeidung, soziale Isolation • Schwierigkeiten, Konflikte auszutragen • Gestörte Intimbeziehungen • Unfähigkeit, Beziehungen aufrechtzuerhalten • Suche nach einer Retterin oder einem Retter • Idealisierung von anderen Menschen • Wiederholtes Versagen beim Schutz der eigenen Person (Reviktimisierung)
Situative Indikatoren
<ul style="list-style-type: none"> • Misstrauen • Nervöses, ängstliches, ausweichendes Verhalten, Vermeidung von Blickkontakt oder Berührungen • Verwirrtes Verhalten und Vergesslichkeit • Starkes Kontrollverhalten, jedes Detail wissen wollen, nichts dem Zufall überlassen • Gleichgültiger oder unachtsamer Umgang mit körperlichen Beschwerden und chronischen Krankheiten • Verheimlichung von Medikamenten- und Suchtmittelkonsum • Widersprüchliche und lückenhafte Erklärungen über Erlebnisse in der Vergangenheit • Sprunghaftes Erzählen • Häufiges und kurzfristiges Krankmelden • Verpassen oder Verschieben von Abmachungen, Mühe mit Verbindlichkeiten • Vorzeitiger Kontaktabbruch

Tab. 4: Checkliste Beziehungstrauma (eigene Darstellung in Anlehnung an: Huber, 2009, S. 256-265; Reddemann & Dehner-Rau, 2004, S. 39-40; Gschwend, 2006, S. 16-17; Olbricht, 2004, S. 31-31)

Das (mehrfache) Vorliegen der oben aufgeführten Indikatoren kann bedeuten, dass eine Klientin unter einem Beziehungstrauma leidet. Unsicher bleibt dabei, ob sie sich aktuell noch in einer Gewaltbeziehung befindet oder nicht mehr. Um auf die Klientin angemessen eingehen und adäquate Interventionen vornehmen zu können, ist es von grosser Bedeutung, diese Unsicherheit zu klären.

6.1.2 Ansprechen von häuslicher Gewalt

Beim Verdacht auf aktuelle oder erlebte häusliche Gewalt stellt das Ansprechen dieser Thematik ein wesentlicher Punkt dar. Das GFB des Kantons Freiburg und die kantonale Kommission gegen Gewalt in Paarbeziehungen (2007) hält fest, dass beim Vorliegen mehrerer Indikatoren häuslicher Gewalt in jedem Fall in einem vertraulichen Gespräch nachzufragen ist, ob diese Vermutung zutrifft (S. 12). Dabei ist es gemäss Truninger (2010) zentral, sich der Hintergründe bewusst zu sein, warum sich viele betroffene Frauen davor fürchten, über die Problematik zu sprechen oder die Gewalterfahrung leugnen. Viele schämen sich, fühlen sich mitschuldig oder haben Angst, nicht ernst genommen zu werden. Andere befürchten, dass ihre Offenheit bezüglich ihrer Lebenssituation oder die gemachten Erfahrungen Reaktionen auslösen könnten, die sie nicht mehr unter Kontrolle hätten und so ihre Lage verschlimmern würden. Umso wichtiger ist es gemäss Truninger, die Verantwortung für das Ansprechen der häuslichen Gewalt nicht den Frauen zu überlassen, sondern ihnen entgegenzukommen. Truninger fügt an, dass Erfahrungen aus der Praxis belegen, wie dankbar betroffene Frauen sind, wenn sie direkt nach Gewalterfahrungen gefragt werden. (S. 189-190)

Das Gespräch soll dabei gemäss Fausch und Wechlin (2010) so natürlich und unspektakulär wie möglich sein. Einfache und konkrete Fragen erleichtern betroffenen Frauen, über mögliche Erfahrungen häuslicher Gewalt zu berichten. (S. 209) Gleichzeitig bedarf es gemäss Regula Flury (2010) einer klaren Haltung der beratenden Fachperson gegenüber häuslicher Gewalt und der Verantwortlichkeit. Gerade weil betroffene Frauen sich vielfach mitschuldig fühlen, muss ihnen aufgezeigt werden, dass sie keine Verantwortung für die Gewalterfahrung tragen. (S. 124) Fausch und Wechlin (2010) betonen, dass der Täter als Person gleichzeitig jedoch keineswegs verurteilt werden darf, da die Klientin diesen Mann liebt oder geliebt hat und seine Verurteilung die Schamgefühle noch verstärken würde (S. 213).

An dieser Stelle ist auf die Gefahr der Retraumatisierung hinzuweisen. Olbricht (2004) betont, dass traumatisierte Frauen niemals aufgefordert werden sollten, sich an alle Einzelheiten des traumatischen Ereignisses zu erinnern und diese zu schildern. Fausch und Wechlin (2010) konkretisieren, dass zwar den Erzählungen der Opfer aufmerksam zuge-

hört werden muss, die Betroffenen jedoch zu stoppen sind, wenn sie zu ausführlich über die traumatischen Ereignisse zu berichten beginnen. Die Gefahr besteht, dass die Frauen Flashbacks erleiden, welche eine Retraumatisierung auslösen (siehe 2.2.5). Die Unterbrechung der Erzählung muss den Betroffenen erklärt werden, indem ihnen die Gefahr der Retraumatisierung aufgezeigt wird. (S. 213-214)

Ergibt das vertrauliche Gespräch, dass eine Klientin akut von häuslicher Gewalt betroffen ist, und befindet sie sich in einer Krise, so ist eine Krisenintervention vorzunehmen. Fausch und Wechlin (2010) betonen, dass der oberste Grundsatz in der Zusammenarbeit mit betroffenen Frauen die Verhinderung jeder weiteren Gefährdung sein muss (S. 205). In einer Krisenintervention geht es gemäss Esther Weber (2003) in erster Linie darum, die betroffene Person zu stabilisieren (S. 73). Es gilt gemäss Flury (2010), mit der Frau zu besprechen, was benötigt wird, um ihr und allfälligen Kindern Schutz und Sicherheit zu gewährleisten (S. 126). Weber (2003) betont, dass weder Rekonstruktion der Lebensgeschichte noch Veränderungen von Lebensgewohnheiten zu diesem Zeitpunkt im Vordergrund stehen dürfen (S. 73). Gemäss Harro Dietrich Kähler (2001) sollten alle mittel- und langfristigen Ziele vorläufig als Nebensachen behandelt und nur die momentane Not-situation besprochen werden. Auch die Entwicklung eines Arbeitsbündnisses ist vorläufig zu verschieben. (S. 96-100)

Kann innerhalb des vertraulichen Gesprächs ausgeschlossen werden, dass für die betroffene Frau keine akute Gefahr durch häusliche Gewalt besteht, kann der Blick vermehrt auf die Probleme der Klientin in den einzelnen Lebensbereichen gerichtet werden, welche Anlass für das Aufsuchen der Beratungsstelle geboten haben. Dabei lässt es sich nicht umgehen, auch auf die vorhandenen Symptome einer allfälligen PTBS einzugehen und das Beziehungstrauma und seine Auswirkungen zu thematisieren.

6.1.3 Aufklärung über Beziehungstrauma

Zu Beginn der Beratung von betroffenen Frauen gilt es gemäss Huber (2009), die betroffene Klientin über die Traumatisierung und deren Folgen aufzuklären (S. 114). Kraemer (2005) schiebt, dass Menschen im traumatisierten Zustand vielfach sehr verwirrt und irritiert über ihre unerklärlichen Verhaltensweisen sind (S. 164). Es erweist sich gemäss Herman (1993) als hilfreich, den Klientinnen sowie auch möglichen Angehörigen die posttraumatischen Reaktionen zu erklären (S. 217).

Covington (2008) betont die Wichtigkeit, dass betroffene Frauen ihre Reaktionen angesichts der gemachten Erfahrungen als normal begreifen (S. 41). Flury (2010) schreibt, dass Gefühle wie Scham, Schuld und Sinnlosigkeit benannt und erklärt werden sollen (S.

127). Um mit ihren Schuldgefühlen fertig zu werden, braucht eine traumatisierte Frau gemäss Herman (1993) Menschen, die anerkennen, was ihr geschehen ist und ihr in erster Linie ohne Schuldzuweisung zuhören (S. 99). Die Anerkennung des erlittenen Leids und der eigenen Unschuld begünstigt – wie unter 2.2.6 aufgezeigt – den Traumaverarbeitungsprozess. Gleichzeitig trägt dieses Vorgehen massgeblich zur *Verstehbarkeit* bei. Betroffene Frauen können auf diese Weise ihre aktuellen Gefühle und Verhaltensweisen besser einordnen und ertragen.

Dutton (2002) fügt an, dass durch das Aufklären über das Trauma und dessen Folgen bei Betroffenen ausserdem das Gefühl steigt, posttraumatische Symptome zunehmend steuern zu können. Lästig wiederkehrende Flashbacks und Alpträume als normal anzusehen, hilft betroffenen Frauen gemäss Dutton (2002), ihre Energie und Aufmerksamkeit für den Umgang mit dem Trauma zu verwenden, anstatt sich Gedanken darüber zu machen, verrückt zu sein (S. 131). Auf diese Weise erhöht sich auch die *Handhabbarkeit* betroffener Frauen. Verstehbarkeit und Handhabbarkeit sind – wie unter 4.1.1 aufgezeigt – zwei wesentliche Bestandteile des Kohärenzgefühls, welches für die Bewältigung von erschweren Lebenssituationen von grosser Wichtigkeit ist. Gahleitner (2005) betont, dass die Akzeptanz des Traumas und der damit verbundenen Veränderungen den Glauben an die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten erhöht und dadurch die Konzentration auf die aktuellen Lebens- und Alltagsprobleme möglich wird (S. 62).

6.1.4 Schutz und Sicherheit

Auch wenn die Sicherheit betroffener Frauen zu Beginn der Kontaktaufnahme mit Sozialarbeitenden nicht mehr akut gefährdet ist, spielen Schutz und Sicherheit im Umgang mit traumatisierten Frauen eine entscheidende Rolle. Herman (1993) erklärt, dass traumatisierten Menschen alles unkontrollierbar und unsicher erscheint. Daher ist es ihrer Meinung nach zentral, dem Sicherheitsbedürfnis der betroffenen Person in allen Bereichen Rechnung zu tragen. (S. 222) Gemäss Gahleitner (2005) ist ein Mindestmass an Sicherheit die Ausgangsbedingung für eine gelungene Verarbeitung der traumatischen Erfahrung (S. 61).

Sicherheit im Beratungssetting kann gemäss Flury (2010) durch einfühlsame Vorgehensweise der beratenden Person geschaffen werden (S. 127). Rosemarie Hubschmied und Solèr (1998) führen aus, dass Klientinnen ihren Sitzplatz frei wählen sollten, um so den für sie sichersten Platz aussuchen zu können (zit. in Brigitta Darms, 2008, S. 51). Kraemer (2003) weist darauf hin, dass Berührungen zu vermeiden sind (S. 269). Signalisiert die Fachperson ausserdem, dass ihr die teilweise unverständlichen Verhaltensweisen der

Klientin bekannt sind und die Fachperson damit umzugehen weiss, schafft dies gemäss Kraemer (2005) ebenfalls Sicherheit (S. 164).

Ausserhalb des Beratungssettings beginnt die Wiederherstellung der Sicherheit gemäss Herman (1993) mit der Wiederherstellung der Kontrolle über den eigenen Körper. Erst danach ist es der betroffenen Person möglich, wieder mit ihrer Umgebung zurecht zu kommen. Herman führt aus, dass betroffene Personen lernen müssen, grundlegende Gesundheitsregeln wie genügend Schlaf, gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung zu beachten. (S. 222) Gabriele Schmidt (2004) schreibt, dass mit Hilfe von Entspannungsübungen eine Stressreduktion erreicht werden kann. Diese ist dringend notwendig, damit der Traumaverarbeitungsprozess voranschreiten kann. (S. 243)

6.1.5 Stärkung der Persönlichkeit

Hilflosigkeit und Ohnmachtsgefühle sind grundlegende Gefühle eines Beziehungstraumas. Herman (1997) betont, dass die Stärkung der Persönlichkeit als wichtigste Voraussetzung dafür gilt, diese Gefühle zu überwinden. Ihrer Meinung nach scheitern viele wohlwollende Hilfsversuche, weil die Stärkung der Persönlichkeit vernachlässigt wird. (S. 183) Von Sozialarbeitenden kann mit nötigem Fachwissen ein erheblicher Beitrag zur Stärkung der Persönlichkeit betroffener Frauen geleistet werden. Dabei sind folgende Punkte zu beachten:

- Wiederherstellung der Selbstbestimmung

Ziel der Beratung soll gemäss Flury (2010) sein, Frauen mit Gewalterfahrung die Kontrolle über ihre momentane Lebenssituation wieder zurück zu geben und sie längerfristig zu ermächtigen, wieder selbst über ihr Leben zu entscheiden (S. 127). Um später in ein selbstbestimmtes Leben zurückkehren zu können, ist der Selbstbestimmung auch im Beratungssetting grosses Gewicht zu verleihen. Entscheidend ist gemäss Kraemer (2005), eine Atmosphäre von Freiwilligkeit zu schaffen. Dabei gilt es, Zwangssituationen zu vermeiden. Kraemer schreibt, dass beispielsweise Sätze wie „Sie müssen...“ oder „Jetzt machen sie...“ nicht verwendet werden sollten. Vielmehr geht es darum, Klientinnen Wahlmöglichkeiten anzubieten, indem sie beispielsweise gefragt werden, ob sie lieber ein Glas Wasser oder eine Tasse Kaffee hätten. (S. 163)

Auch bezogen auf allfällige Interventionen ist die Autonomie betroffener Frauen zu berücksichtigen. Weitere Kontrollverluste sind unbedingt zu vermeiden. Fausch und Wechlin (2010) betonen, dass es insbesondere wichtig ist, das Tempo und die Grenzen von Klientinnen mit Gewalterfahrung zu berücksichtigen, und ihre Wahlfreiheit immer wieder zu betonen und zu respektieren. Betroffene Frauen sollten niemals zu vermeidlich nahelie-

genden Lösungen gedrängt werden. (S. 211-212) Dutton (2002) betont ausserdem, dass die Anerkennung der Selbstbestimmtheit der Klientinnen von Seiten der Professionellen entscheidend ist, auch wenn sie ungute Entscheidungen treffen. Es ist wichtig zu signalisieren, dass es ihr Recht ist, eigenständige Entscheidungen zu treffen. (S. 133) Handlungen, die einer betroffenen Frau die Eigenverantwortung abnehmen, verhindern gemäss Herman (1993) die Überwindung des Traumas (S. 183).

- Anerkennung und Verbesserung bisheriger Bewältigungsstrategien

Um die Persönlichkeit betroffener Frauen zu stärken, ist es wichtig, ihre bisherige Bewältigungsversuche anzuerkennen. Möglicherweise liegt die Gewalterfahrung längere Zeit zurück und es ist der Klientin bis zum Zeitpunkt des Erstgesprächs gelungen, mit den Folgen des Beziehungstraumas zurecht zu kommen. Dutton (2002) betont daher, wie wichtig die Wertschätzung der bisherigen Leistung der betroffenen Frau durch die Fachperson ist, unabhängig davon, wie unangepasst die diversen Bewältigungsversuche erscheinen mögen (S. 171).

Gleichzeitig geht es gemäss Dutton (2002) auch darum, mit traumatisierten Klientinnen Möglichkeiten zu entwickeln, welche ihre Beeinträchtigung durch die Symptome in den einzelnen Lebensbereichen abschwächen könnten. Dabei sollte mit ihnen angeschaut werden, welche ihrer Bewältigungsstrategien hilfreich für die Alltagsbewältigung sind und welche weniger. Gerade wenn Suchtmittel zur Bekämpfung der bedrohlichen Gefühle missbraucht werden, sollte dies mit einer akzeptierenden Haltung thematisiert werden. (S. 175)

- Aufhebung sozialer Isolation

Auch soziale Isolation gehört zur Grunderfahrung vieler betroffener Frauen – mit gravierenden Auswirkungen auf deren Persönlichkeit und Leben. In sozialer Isolation ist, wie Herman (1993) betont, keine Genesung möglich (S. 183). Auch Fischer und Riedesser (2009) heben hervor, dass Probleme, die ein Trauma aufwerfen, nicht von einem Menschen alleine bewältigt werden können (S. 65). Um ein Trauma überwinden zu können, ist gemäss Herman (1993) daher auch die Schaffung neuer Kontakte von grosser Wichtigkeit (S. 183). Durch die Kontaktaufnahme mit Sozialarbeitenden machen betroffene Frauen vielfach einen entscheidenden ersten Schritt aus der sozialen Isolation. Es ist jedoch gemäss Dutton (2002) wichtig, dass Professionelle nicht zum einzigen Zufluchtsort werden, und dass das stützende Netzwerk auch ausserhalb des Beratungssettings ausgebaut wird. Auch andere Frauen mit Gewalterfahrung können im Rahmen einer Selbsthilfegruppe zu Vertrauenspersonen werden und somit den Verarbeitungsprozess begünstigen. (S. 130)

- Stärkung der Resilienz

Traumatische Erfahrungen können gemäss Reddemann und Dehner-Rau (2004) nicht vollständig aus dem Leben betroffener Frauen verbannt werden. Was jedoch getan werden kann, ist, die Resilienz der Klientinnen zu stärken. (S. 125) Wie unter 4.2 aufgezeigt, hilft Resilienz bei der erfolgreichen Bewältigung erschwerter Lebenssituationen. Personen mit ausgeprägter Resilienz fühlen sich stark und bereit, Probleme in den einzelnen Lebensbereichen anzugehen und zu bewältigen.

Unter Beachtung des Resilienz-Konzepts (aber auch der anderen unter Kapitel 4 erwähnten gesundheitsfördernden Konzepten) ist es zentral, gemeinsam mit betroffenen Frauen vorhandene *Schutz- und Risikofaktoren* zu erschliessen und anzuschauen, wie Risikofaktoren gemindert sowie Schutzfaktoren gestärkt werden können. Gemäss Flury (2010) öffnet das Bewusstsein der eigenen Möglichkeiten, wie klein sie auch sind, den Blick und führen weg von Gefühlen der Hilflosigkeit hin zu konkreten Schritten (S. 127). Auch Reddemann und Dehner-Rau (2004) betonen die Wichtigkeit, die eigenen Ressourcen zu kennen, um sie für die Stärkung der Resilienz gezielt einsetzen zu können (S. 126).

Die Resilienz wird auch durch die bereits erwähnten Vorgehensweisen (Aufklären der betroffenen Klientinnen über Traumatisierung und ihre Folgen, Schaffung von Schutz und Sicherheit sowie Förderung ihrer Selbstbestimmung) gestärkt. So können sich beispielsweise *Resilienzfaktoren* wie die Selbst- und Fremdwahrnehmung oder die Selbststeuerung betroffener Frauen mit Hilfe sozialarbeiterischer Unterstützung positiv verändern. Die Selbstwirksamkeit als entscheidender Resilienzfaktor kann gemäss Irmeler (2011) auch mit kleinen Schritten gestärkt werden. Beispielsweise ermöglichen gesunde Ernährung, die das körperliche Wohlbefinden steigert, aber auch ein Haushaltsbudget, das finanzielle Ängste mindert, die Erfahrung von Selbstwirksamkeit. (S. 585-586) Beratungssettings, in welchen sich betroffene Frauen ernst genommen und sicher fühlen, können zudem als *Baustein guter Erinnerung* dienen, der die Hoffnung für weitere heilsame Lebenserfahrungen steigern lässt (siehe 4.2.3). Die Förderung all dieser Resilienzfaktoren in der Beratung ist zentral, da sie wirkungsvoll zur Entwicklung von Resilienz beitragen, die Bewältigung erschwerter Lebenssituationen erleichtern und somit das Wohlbefinden betroffener Frauen steigern.

Nebst dem Resilienz-Konzept können auch Seligmans Ansätze der *Positiven Psychologie* für die Stärkung der Persönlichkeit betroffener Frauen herangezogen werden (siehe 4.1.2). Reddemann und Dehner-Rau (2004) weisen darauf hin, dass es bei seelischen Erkrankungen hilfreich ist, menschliche Stärken wie Zukunftsorientierung, Hoffnung, Gewandtheit im Umgang mit Menschen und Mut zu fördern (S. 137). Wie aufgezeigt, sind nebst der Erforschung der positiven Charaktereigenschaften auch positive Emotionen für

die Erweiterung von menschlichen Ressourcen entscheidend. Durch das Erleben von positiven Emotionen wie Hoffnung und Vertrauen können negative Emotionen schneller verarbeitet werden. Gelingt es, solche positive Emotionen in der Beratung zu fördern, trägt dies massgeblich zur Verarbeitung der gemachten Gewalterfahrung bei.

6.1.6 Vertrauensbildung

Das Vertrauen in andere Menschen herzustellen ist, wie soeben aufgezeigt, für die Stärkung der Persönlichkeit traumatisierter Frauen zentral (Herman, 1993, S. 183). Vertrauen ist gleichzeitig auch die Voraussetzung für eine gelungene Zusammenarbeit von Sozialarbeitenden und ihrer Klientel. Herman (1993) betont, dass aufgrund des zerstörten Vertrauens in die Beziehung zu anderen Menschen die Beratungsbeziehung zwischen Klientinnen und Professionellen zu Beginn immer wieder auf die Probe gestellt wird und mehrfach erneut aufgebaut werden muss (S. 205). Die Vertrauensbildung stellt dementsprechend eine weitere Herausforderung für Sozialarbeitende in der Zusammenarbeit mit durch häusliche Gewalt traumatisierten Frauen dar.

Die Voraussetzungen für die Vertrauensbildung werden gemäss Kähler (2001) im Erstgespräch gelegt. Gleichzeitig betont er, dass Vertrauen durch professionelles Verhalten entsteht. (S. 54-55) Gemäss Peter de Jong und Insoo Kim Berg (2008) braucht es für die Vertrauensbildung besonders viel Empfindsamkeit, Empathie und Wärme (S. 31). Im Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen sollen Professionelle laut Flury (2010) ein Klima herstellen, in welchem sich die Klientinnen emotional aufgehoben, sicher und verstanden fühlen (S. 125). Gemäss Dutton (2002) kann sofortige Unterstützung und Solidarität der Anfang dafür sein, dass Vertrauen aufgebaut wird (S. 130). Auch Kähler (2001) hebt die Bedeutung der Solidarität hervor und schreibt, dass Vertrauen entsteht, wenn die Klientel sich davon überzeugen lässt, dass Sozialarbeitende in ihrem Interesse handeln (S. 54).

Kähler (2001) nennt Basisregeln, deren Umsetzung die Chancen für den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses begünstigen. Dazu gehören das Vermeiden geschlossener Fragen und direktiven Verhaltens. Auch jegliche Kontrolle über die Klientin sollte unterlassen werden und auf Ratschläge, Moralisationen sowie Verallgemeinerungen ist zu verzichten. (S. 58-59) Hilfreich für die Vertrauensbildung ist ausserdem, Ambivalenzen der Gefühlswelt gewaltbetroffener Frauen zu erkennen und zu benennen. Betroffene fühlen sich dadurch verstanden und ernst genommen. (Greber, 2010, S. 176) Dabei soll den Klientinnen gemäss Flury (2010) nichts versprochen werden, was nicht eingehalten werden kann (S. 125). Hubschmied und Solèr (1998) weisen ausserdem darauf hin, dass in der Beratung klare Grenzen definiert und eingehalten werden müssen, um zu hohe Erwartungen an Professionelle infolge von Idealisierung zu verhindern (zit. in Darms, 2008, S.

51). Die Enttäuschung dieser Erwartungen würde sich negativ auf das Vertrauensverhältnis auswirken.

6.1.7 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Obwohl – wie erwähnt – nicht bei allen Frauen mit einem Beziehungstrauma zusätzlich zu den sozialarbeiterischen Interventionen eine psychotherapeutische Behandlung angezeigt ist, wird an dieser Stelle aufgezeigt, welche Voraussetzungen für die Traumabearbeitung im Rahmen einer Psychotherapie gegeben sein müssen und wie die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Psychologinnen und Psychologen gestaltet werden muss, damit das Wohlbefinden der Klientin gesteigert werden kann.

Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, dass Klientinnen entscheiden, wann sie für die Bearbeitung des Traumas bereit sind (Brusa, Interview vom 14. Juni 2011). Äussert eine Klientin den Wunsch, sich mit dem Trauma zu konfrontieren, sollten Sozialarbeitende die Voraussetzungen kennen, die von Seiten der Klientin für diesen Schritt benötigt werden. Dies ist insbesondere daher wichtig, weil Professionelle der Sozialen Arbeit vielfach zu den ersten Personen gehören, zu denen traumatisierte Frauen nach der Gewalterfahrung ein Vertrauensverhältnis aufbauen konnten. Dieses Vertrauen sollte auf keinen Fall gefährdet werden. Die Information darüber, was Klientinnen in der Therapie zu erwarten haben, sowie die Weitervermittlung an kompetente Fachleute, ist daher entscheidend.

Reddemann und Dehner-Rau (2004) nennen sieben Voraussetzungen, die für die Traumakonfrontation im Rahmen einer Psychotherapie gegeben sein müssen:

- Es darf kein Täterkontakt mehr bestehen.
- Die Klientin muss sich stabil fühlen und sich in einer stabilen psychosozialen Situation befinden.
- Die Klientin muss fähig sein, belastende Gefühle auszuhalten, ohne zu dissoziieren.
- Die Klientin muss fähig sein, sich selbst zu beruhigen und sich selbst zu trösten.
- Die Klientin darf nicht suizidal sein.
- Die Klientin darf an keinen schweren körperlichen Erkrankungen leiden.
- Die Klientin muss genügend Distanz zur traumatischen Erfahrung haben.

Klientinnen, die nicht über diese Fähigkeiten verfügen und trotzdem eine Traumakonfrontation vornehmen, wird es gemäss Reddemann und Dehner-Rau mit grosser Wahrscheinlichkeit schlechter gehen als vor der Konfrontation. (S. 83-87) Es ist wichtig, dass Sozial-

arbeitende ihre Klientinnen darüber in Kenntnis setzen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist gemäss Reddemann und Dehner-Rau (2004) die Wahl der geeigneten Therapeutin oder des geeigneten Therapeuten (S. 80), bei der Sozialarbeitende ihre Klientinnen unterstützen sollten.

Ausserdem betont Gabriel (2004), dass Personen und Institutionen im Hilfesystem ihr Handeln aufeinander abstimmen müssen, um die bestmögliche Unterstützung betroffener Frauen zu gewährleisten (S. 52). Connie Lee Gunderson (2008) betont die Notwendigkeit des fachlichen Austauschs. Als entscheidenden Hinweis nennt sie den Einsatz von Fallmanagerinnen und Fallmanagern, die zu einer konstanten Begleitung der Klientinnen beitragen. (S. 173-174) Da Professionelle der Sozialen Arbeit – wie bereits erläutert – vielfach die ersten Personen darstellen, zu denen traumatisierte Frauen nach der Gewalterfahrung wieder ein Vertrauensverhältnis aufbauen können, ist es angezeigt, dass Sozialarbeitende die Aufgabe der Fallsteuerung übernehmen. Auf diese Weise wird verhindert, dass betroffene Frauen von Fachstelle zu Fachstelle geschoben und möglicherweise einmal mehr in ihrem Gefühl des Ausgeliefertseins sowie der eigenen Machtlosigkeit bestärkt werden.

6.2 Phasenmodell der allgemeinen normativen Handlungstheorie

Das Phasenmodell der allgemeinen normativen Handlungstheorie dient gemäss Beat Schmocker und Solèr (2008) zur systematischen Lösung von Problemen. Es besteht aus fünf Phasen: Situationsanalyse (Phase I), Prognose/Bewertung/Problemerkennung (Phase II), Zielsetzung/Planung (Phase III), Verfahrensentscheidung (Phase IV) und Evaluation (Phase V). (S. 3)

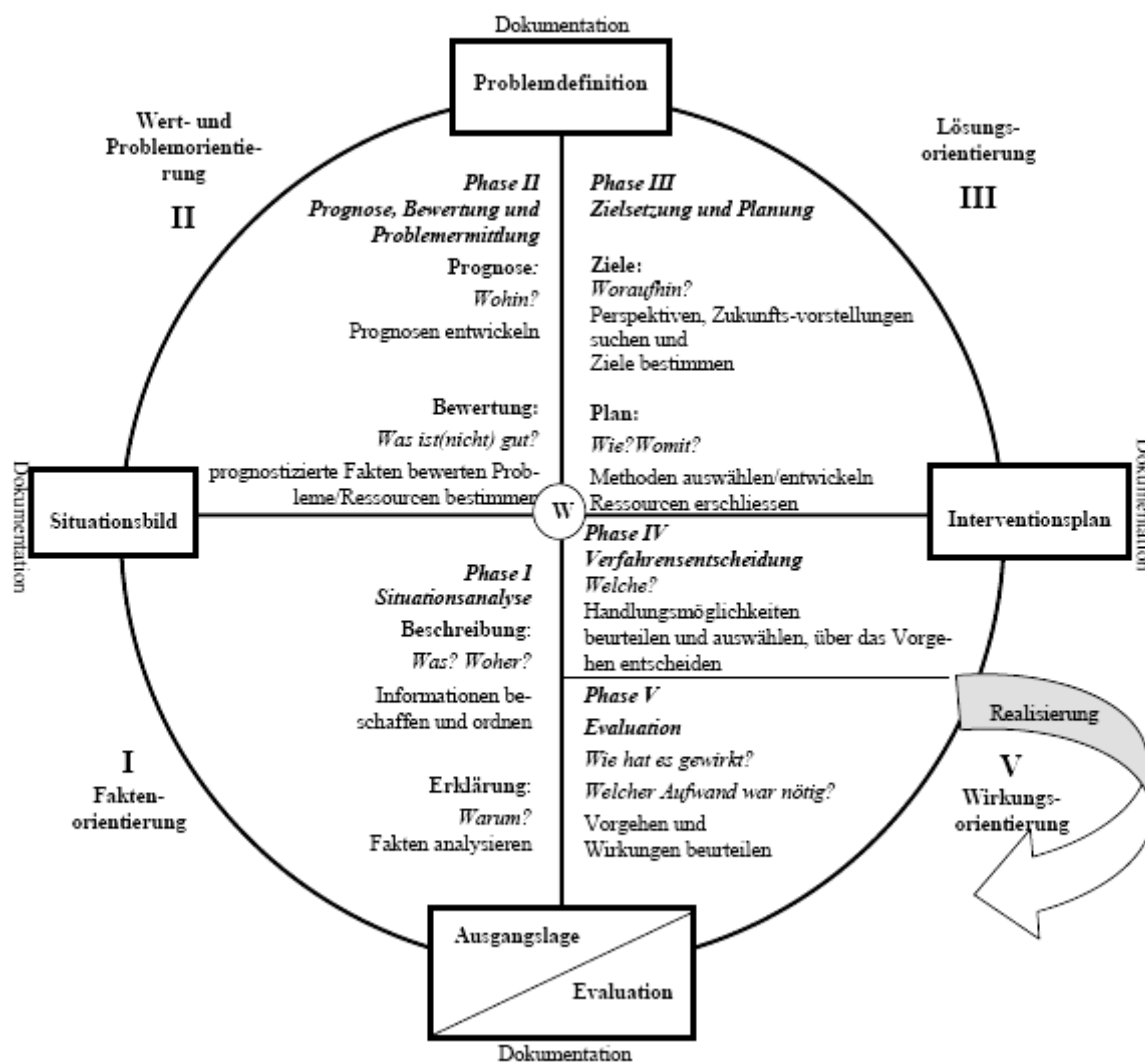


Abb. 6: Phasenmodell der allgemeinen normativen Handlungstheorie (Daniel Kunz & Urban Brühwiler, 2008, S. 20)

Folgend wird aufgezeigt, was die einzelnen Phasen beinhalten, um später an einem fiktiven Fallbeispiel die konkrete Umsetzung, mit Einbezug des Beschreibungs- und Erklärungswissens aus den vorhergehenden Kapiteln, aufzuzeigen. Die Phasen I bis V werden gemäss Schmocker und Solèr (2008) wie folgt erläutert:

- Phase I

In dieser Phase geht es darum, die Situation zu beschreiben und zu erklären. Es gilt, Informationen zu sammeln und zu ordnen. Dabei werden die Klientinnen- und Klientensysteme sowie ihr Umfeld miteinbezogen, um einen umfassenden Blick auf das zu analysierende System zu erhalten. Im zweiten Schritt wird versucht, die als problematisch wahrgenommenen Tatsachen zu erklären. Die Erklärungen werden hypothetisch formuliert und sollen beantworten, warum ein Problem auftritt.

- Phase II

In der zweiten Phase wird eine Prognose für die Zukunft formuliert. Dieser Trend zielt darauf ab herauszufinden, wie sich das Klientinnen- und Klientensystem ohne Interventionen weiterentwickeln könnte. Weiter wird in dieser Phase beurteilt, inwiefern aus Sicht der Sozialen Arbeit Handlungsbedarf besteht. Sozialarbeitende beurteilen, was gut und was weniger gut läuft. Dabei spielen individuelle, professionelle und gesellschaftliche Werte eine entscheidende Rolle.

- Phase III

Diese Phase stellt die Lösungsorientierung in den Mittelpunkt. Es werden positive Ziele formuliert, um anschliessend verschiedene Pläne zur Erreichung dieser Ziele auszuarbeiten.

- Phase IV

In der vierten Phase wird entschieden, mit welchem Verfahren die Ziele erreicht werden können. Anhand folgender Kriterien wird der Lösungsweg ausgewählt: Erfolgswahrscheinlichkeit, Verträglichkeit und Nutzen. In der darauffolgenden Realisierung wird der Prozess fortwährend reflektiert, analysiert und falls notwendig, müssen Anpassungen vorgenommen werden.

- Phase V

Zum Schluss wird beurteilt, wie die Intervention gewirkt hat und welcher Erfolg daraus ersichtlich ist. (S. 3-26)

6.3 Fallbeispiel

Lea Hug meldet sich telefonisch beim polyvalenten Sozialdienst in Sursee Kanton Luzern. Gemäss ihren Angaben ist sie 50 Jahre alt, lebt von ihrem Partner getrennt und hat keine Kinder. Sie erklärt, dass sie Angst hat, ihre Stelle zu verlieren und sehr verzweifelt ist. Sie erhält einen Termin bei der Sozialarbeiterin Pia Meier. Zum ersten Beratungsgespräch erscheint Lea Hug zu spät. Sie wirkt gestresst und kaut an ihren Fingernägeln. Es fällt ihr

schwer, der Sozialarbeiterin in die Augen zu schauen. Ihre Schilderungen sind teilweise widersprüchlich und lückenhaft. Pia Meier spricht Lea Hug auf die Angaben der Anmeldung an und erkundigt sich nach der Angst, ihre Stelle zu verlieren. Folgend wird die aktuelle Situation von Lea Hug erläutert:

Sie hat eine Lehre als Serviceangestellte absolviert und ist seit ihrer Ausbildung im Gastgewerbe tätig, was ihr soweit gut gefällt. Am Abend ist sie jeweils müde und ausgelaugt. Trotz Erschöpfung kann sie nicht einschlafen oder wacht immer wieder auf, weil sie unerklärliche Albträume quälen. Aufgrund dessen konsumiert sie seit längerer Zeit Schlafmittel, weshalb sie am Morgen schon öfters verschlafen hat. Von ihrem Vorgesetzten hat sie nun eine Verwarnung erhalten, da sie mehrfach zu spät oder gar nicht zur Arbeit erschienen ist. Ausserdem verlangt er von ihr, ihre Gefühle am Arbeitsplatz in Zukunft besser zu kontrollieren und konzentrierter zu arbeiten. Lea Hug findet die Verwarnung unfair, da andere Mitarbeiterinnen auch schon zu spät gekommen sind und Fehler gemacht haben. Die häufigen Absenzen erklärt sie mit starken und regelmässig auftretenden Kopfschmerzen. Sie betont, dass sie bemüht ist, ihre Arbeit perfekt zu machen und sich über die Fehler ärgert, die ihr immer wieder unterlaufen. Lea Hug ist überzeugt, dass sie schon bald ihre Stelle verlieren wird, was ihr grosse Sorgen bereitet.

Lea Hug berichtet, dass ihr Hausarzt ihr vor mehreren Monaten aufgrund ihrer Schlafprobleme Schlafmittel verschrieben hat. Seither nimmt sie jeden Abend mindestens eine Tablette. Lea Hug betont, dass sie nur mit Hilfe der Tabletten abschalten und deshalb ohne sie nicht mehr leben kann. Auf ihren Tagesablauf angesprochen, erzählt Lea Hug, dass sie sich unregelmässig und vielfach von Fastfood ernährt, da ihr die Zeit zum Kochen fehlt. Auf die Frage betreffend ihrer Wohnsituation meint Frau Hug, dass sie in einem Mehrfamilienhaus lebt und die Miete immer pünktlich bezahlt. Das Haus hat einen Garten mit gemütlichem Aufenthaltsplatz, welcher von allen Parteien genutzt werden kann.

Lea Hug beschäftigt sich stark mit ihrer Vergangenheit. Seit der Trennung von ihrem letzten langjährigen Partner Hans Hirsch, von dem sie stark enttäuscht wurde, hat sie das Vertrauen in Männer verloren. Die letzten Monate waren geprägt von vielen kurzen aber intensiven Beziehungen, die immer wieder zu einer Trennung geführt haben. Ihren Ex-Partner Hans Hirsch beschreibt sie als charakterstarken Mann, der ihr oft das Gefühl gegeben hat, nichts wert zu sein. Seit der Trennung von Hans Hirsch fühlt sich Lea Hug oft alleine und von niemandem verstanden. Die damalige Trennung beschreibt sie als äusserst schwierig, weil Hans Hirsch mit allen Mitteln um sie gekämpft hat. Sie wagt nicht mehr, in das Quartier zu gehen, in welchem sie mit ihrem Ex-Partner gelebt hat, weil sie sich dort gestresst und verängstigt fühlt. Lea Hug betont immer wieder, dass sie

selber schuld an ihrer Situation ist. Sie beschreibt sich als unfähig, jemanden glücklich zu machen und glaubt nicht daran, dass sie selber jemals wieder richtig glücklich sein wird.

Auf die Frage nach anderen sozialen Kontakten erzählt Lea Hug, dass sie seit der Trennung wieder vermehrt Kontakt mit ihrer Mutter und ihrer Freundin Andrea pflegt. Mit ihrer Mutter telefoniert sie regelmässig und mit der Freundin trifft sie sich manchmal zum Spazieren oder Joggen. Ansonsten hat sie keine Personen in ihrem sozialen Umfeld, die mit ihr etwas unternehmen möchten. Sie erzählt, dass ihr Ex-Partner ihr vielfach verboten hat, andere Leute zu treffen. Lea Hug beginnt zu weinen. Mit leiser Stimme bittet sie Pia Meier um einen Themenwechsel. Sie will nun wissen, was sie unternehmen kann, um die Kündigung zu verhindern.

6.3.1 Phase I

Pia Meier überprüft ihre Zuständigkeit. Anschliessend ordnet sie die gewonnenen Informationen und beschreibt die Lebenssituation von Lea Hug anhand der fünf – für die Soziale Arbeit relevanten – Lebensbereiche (siehe Kapitel 3).

- Lebensbereich Gesundheit

Pia Meier notiert, dass Lea Hug weder ein- noch durchschlafen kann sowie unter schlimmen Albträumen und Kopfschmerzen leidet. Sie benötigt Schlafmittel, da sie ohne diese nicht mehr abschalten kann. Die Klientin erscheint Pia Meier als äusserst nervös. Frau Hug beschreibt sich selbst als verzweifelt, müde und ausgelaugt. Sie ernährt sich unregelmässig und ungesund, erzählt aber von regelmässiger sportlicher Betätigung.

- Lebensbereich Kognition und Lebensentwurf

Über die Wert- und Normvorstellung von Lea Hug weiss Pia Meier wenig. In deren Schilderungen macht sich ihr Anspruch auf Perfektionismus erkennbar. Frau Hug hat wenig Selbstbewusstsein, leidet unter Selbstanklage, Schuld- und Schamgefühlen. Diese Gefühle zeigten sich im Gespräch insbesondere durch das Ausweichen des Blickkontakts und selbstbeschuldigende Aussagen. Ausserdem beschreibt sich Lea Hug als unfähig, jemanden glücklich zu machen.

- Lebensbereich soziale und kulturelle Vernetzung

Lea Hug war es gemäss ihren Aussagen seit der Beendigung der langjährigen Beziehung zu Hans Hirsch nicht mehr möglich, eine längere Beziehung zu führen. Es fällt ihr schwer, anderen Männern zu vertrauen. Sie hat nebst ihrer Mutter und Freundin keine sozialen Kontakte und fühlt sich isoliert, da niemand sonst etwas mit ihr unternehmen will. Die

Beziehung zu ihrem Vorgesetzten ist schwierig, da sie sich von ihm unfair behandelt fühlt, obwohl sie ihr Bestes gibt.

- Lebensbereich Ausbildung und Arbeit

Lea Hug hat eine Ausbildung zur Serviceangestellten absolviert. Seit ihrer Lehre hat sie immer in diesem Beruf gearbeitet. Ihre Arbeit ist ihr sehr wichtig, trotzdem weist sie viele unentschuldigte Absenzen auf. Ausserdem scheint sie Probleme zu haben, ihre Gefühle am Arbeitsort zu kontrollieren. Lea Hug ist bestrebt, alles perfekt zu machen und es belastet sie, dass ihr das momentan nicht gelingt. Gleichzeitig findet sie die Verwarnung durch ihren Vorgesetzten ungerechtfertigt.

- Lebensbereich materielle Existenzsicherung und Wohnen

Lea Hug lebt in einem Mehrfamilienhaus in Sursee. Das Haus verfügt über einen Garten mit Aufenthaltsplatz, der von allen Mieterinnen und Mieter genutzt werden kann. Sie bezahlt regelmässig ihre Miete und hat aktuell keine finanziellen Probleme.

Erkennen von häuslicher Gewalt und Trauma

Anhand der Beschreibung der Lebenssituation von Lea Hug fällt Pia Meier auf, dass die Klientin einige Anzeichen der *Checkliste Beziehungstrauma* (siehe Tab. 4) aufweist. So leidet sie unter Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen sowie Schlafstörungen infolge unerklärbaren Alpträumen. Im Erstgespräch fielen selbstanklagende Aussagen, Schuld- und Schamgefühle auf, das Gefühl der eigenen Wertlosigkeit und der Verlust der Zuversicht. Frau Hug hat wenig Vertrauen in andere Menschen und scheint mehrheitlich sozial isoliert zu leben. Sie meidet das Quartier, in dem sie mit ihrem Ex-Partner gelebt hat und das regelmässige Konsumieren der Schlaftabletten könnte auf eine Suchtproblematik hindeuten. Ausserdem sind die Schilderungen von Lea Hug teilweise widersprüchlich und lückenhaft. Diese Indikatoren könnten darauf hindeuten, dass Lea Hug unter einem Beziehungstrauma leidet.

Erklärungshypothesen

In der Folge versucht Pia Meier aufgrund der Situationsbeschreibung, die wahrgenommenen Anzeichen anhand von Hypothesen zu erklären. Sie formuliert unter Einbezug des Theoriewissens Erklärungshypothesen. Einige davon werden nachfolgend aufgeführt:

- Wenn Frau Hug durch ihren ehemaligen Partner häusliche Gewalt erlebt hat, dann könnte sie traumatisiert sein.
- Wenn sie unter einem Beziehungstrauma leidet, dann ist sie von einer besonders schweren Traumaart betroffen, die schwierig zu bewältigen ist und sich vielfach zu einer einfachen oder komplexen PTBS chronifiziert.

- Wenn Lea Hug Schlafmittel konsumiert, dann gelingt es ihr besser, mit den Symptomen der Traumatisierung umzugehen.
- Wenn Lea Hug unter einem Trauma leidet, dann hat dies Auswirkungen auf den Lebensbereich Gesundheit und alle anderen Lebensbereiche.
- Wenn sie unter einem Beziehungstrauma leidet, dann erhöhen sich die Risikofaktoren. Gleichzeitig verringern sich die Schutzfaktoren, was die Resilienz von Lea Hug beeinträchtigt.
- Wenn Lea Hug nicht resilient ist, dann ist sie nicht in der Lage, die erschwerte Lebenssituation zu bewältigen.

Ansprechen von häuslicher Gewalt

Um sich abzusichern, bespricht Frau Meier die Situation im Team. Die anderen Sozialarbeitenden unterstützen ihre Vermutungen bezüglich eines Beziehungstraumas. Pia Meier ist sich, gestützt auf die Ausführungen unter 6.1.2, bewusst, dass sie Lea Hug im nächsten Gespräch auf ihre Vermutungen ansprechen sollte. Eine sorgfältige Vorbereitung ist dafür notwendig. Sie überlegt sich die genaue Vorgehensweise und mögliche Reaktionen von Lea Hug, um angemessen reagieren zu können. Angesprochen auf die Gewalterfahrung, bestätigt Lea Hug die Vermutungen der Sozialarbeiterin. In den nächsten Gesprächen erzählt die Klientin Stück für Stück von ihren physischen und psychischen Gewalterlebnissen mit ihrem Ex-Partner, die glücklicherweise mit der Trennung ein Ende genommen haben.

Im nächsten Schritt beurteilt Pia Meier die Gefährdungslage von Lea Hug. Obwohl sich die Klientin in einer zweifellos schwierigen Lebenssituation befindet, ist sie gemäss der Einschätzung der Sozialarbeiterin momentan nicht akut selbst- oder fremdgefährdet. Daher kann vorerst auf eine Krisenintervention verzichtet werden.

6.3.2 Phase II

In der zweiten Phase erstellt Pia Meier – mit Hilfe ihres Fachwissens über häusliche Gewalt, Traumatisierung und deren Auswirkungen – eine Prognose, wie sich Lea Hugs Leben ohne Beratung und Interventionen entwickeln könnte. Weiter erfasst sie Lea Hugs Schutz- und Risikofaktoren. Auf diese Weise kann sie beurteilen, inwiefern aus Sicht der Sozialen Arbeit Handlungsbedarf besteht. Dabei ist sich die Sozialarbeiterin bewusst, dass ihre Beurteilung und Bewertung von individuellen, professionellen und gesellschaftlichen Werten beeinflusst wird.

Prognose

Lea Hug erscheint weiterhin verspätet bei der Arbeit. Sie fühlt sie sich immer schwächer und motivationsloser. Durch die wiederholten Verspätungen, die weiter andauernden Konzentrationsschwierigkeiten und Stimmungsschwankungen bei der Arbeit verliert Lea Hug ihre Anstellung. Die Kündigung verschlimmert Lea Hugs Schuldgefühle zusätzlich. Es kommt zu weiteren Selbstzweifel und einer zusätzlichen Abwertung des Selbstwertgefühls sowie des Vertrauens in die soziale Umwelt. Da Lea Hug nicht mehr arbeiten kann, verliert sie ihre Tagesstruktur. Scham- und Schuldgefühle hindern sie, sich bei der Gemeinde arbeitslos zu melden. Sie ist überzeugt, dass sie keine neue Anstellung mehr finden wird. Die materielle Existenzsicherung von Lea Hug ist gefährdet. Auf der Suche nach einem Retter begibt sie sich immer wieder in intensive Beziehungen zu Männern, die abermals zum Scheitern verurteilt sind. Die Gefahr einer Reviktimisierung ist gross. Die fortwährende Enttäuschung und die fehlende tägliche Aufgabe, welche sie als Sinn in ihrem Leben beschreibt, löst eine „Sinnleere“ aus. Lea Hug verlässt das Haus immer seltener. Um besser abschalten zu können, benötigt sie mehr Schlafmittel. Durch den Vertrauensverlust in andere Menschen vernachlässigt sie die Beziehung zu ihrer Mutter und zur Freundin Andrea. Der Kontakt nimmt ab, sie fühlt sich alleine, von niemandem verstanden, zieht sich zurück, bis sie völlig isoliert lebt. Die Gefühle von Hoffnungslosigkeit und fehlender Zukunftsperspektive nehmen stetig zu bis hin zur völligen Resignation und Selbstaufgabe.

Schutz- und Risikofaktoren

Um die geschilderte Prognose zu verhindern und die Resilienz der Klientin zu ermitteln, konzentriert sich Pia Meier im Sinne der gesundheitsfördernden Konzepte nebst den Risikofaktoren besonders auf die Schutzfaktoren von Lea Hug. Die Sozialarbeiterin ist sich bewusst, dass Schutzfaktoren erschlossen werden, indem individuelle Ressourcen, sowie Ressourcen in der Familie, Verwandtschaft oder Nachbarschaft erfragt werden. Personen, welche Lea Hug bis anhin unterstützt haben, können auch für die Zukunft bedeutende Ressourcen darstellen. Um verdeckte Schutzfaktoren aufzudecken, erfragt die Sozialarbeiterin im Gespräch mit der Klientin ausserdem, wie es Lea Hug geschafft hat, die erschwerte Lebenssituation bis zum jetzigen Zeitpunkt zu bewältigen.

- Schutzfaktoren

Im Anschluss hält Pia Meier die Schutzfaktoren auf der Mikro- und Meso-Ebene fest, welche durch die Gesundheitsförderung Schweiz definiert wurden und die die psychische sowie physische Gesundheit von Lea Hug erhalten und/oder fördern können (siehe 4.3).

Schutzfaktoren auf der Mikro-Ebene zeigt Lea Hug mittels der Kompetenz zur Lebensbewältigung und Selbstbehauptung. Sie ist bestrebt, ihre Arbeitsstelle nicht zu verlieren

und hat sich aufgrund dessen beim polyvalenten Sozialdienst gemeldet. Ausserdem bewies sie Standhaftigkeit, indem sie nicht zu ihrem Ex-Partner zurückgegangen ist, obwohl er sie mehrfach darum gebeten hatte. Die Überzeugung, die eigene Lebenslage sowie Lebenskonflikte meistern zu können, beschreibt ein weiterer Schutzfaktor. Pia Meier kann diesen schützenden Faktor ansatzweise erkennen, denn Lea Hug gelang es, ihr Leben trotz der erlebten häuslichen Gewalt und der allfälligen PTBS über längere Zeit zu meistern.

Lea Hug trifft sich ab und zu mit ihrer Freundin Andrea und telefoniert regelmässig mit ihrer Mutter. Dies zeigt, dass Bezugspersonen vorhanden sind, was ein Schutzfaktor auf der Meso-Ebene darstellt. Zurzeit steht Lea Hug noch in einem Arbeitsverhältnis. Das Ausüben dieser Tätigkeit ist ein förderlicher Faktor. Als weiterer Schutzfaktor wird ein ganzheitliches Bildungssystem beschrieben. Lea Hug hat die obligatorische Schule sowie eine Lehre absolviert, aufgrund dessen ihr im Berufsleben viele Möglichkeiten zur Verfügung stehen.

Zusätzlich zu den definierten Schutzfaktoren der Gesundheitsförderung Schweiz erkennt Pia Meier bei ihrer Klientin weitere entscheidende Resilienzfaktoren (siehe 4.2.3) sowie Komponenten des Kohärenzgefühls (siehe 4.1.1). Diese sind ausschlaggebend für die Bewältigung erschwerter Lebenssituationen. Der Umgang mit Stress ist einer dieser förderlichen Faktoren. Lea Hug gelang es bisher, mit der belastenden Lebenssituation zurecht zu kommen. Ausserdem weist die Klientin den Resilienzfaktor „Probleme lösen“ auf. Sie hat erkannt, dass sie nicht so weiterleben kann und ist in der Lage Hilfe zu beanspruchen. Lea Hug erkennt zwar noch nicht alle ihrer Ressourcen, durch die Anmeldung auf dem polyvalenten Sozialdienst zeigen sich allerdings Ansätze vom *Gefühl von Handhabbarkeit*. Ausserdem kann bei Lea Hug das *Gefühl von Verstehbarkeit* erkannt werden. Sie nimmt die Ereignisse wahr, kann diese jedoch noch nicht vollständig einordnen und nachvollziehen. Auch die letzte Komponente, das *Gefühl von Sinnhaftigkeit*, kann Pia Meier bei Lea Hug schwach erkennen.

- Risikofaktoren

Gestützt auf die definierten Risikofaktoren der Gesundheitsförderung Schweiz (siehe 4.3) beschreibt Pia Meier auch die hinderlichen Faktoren auf der Mikro- und Meso-Ebene, welche Lea Hugs psychische und physische Gesundheit gefährden.

Ein Risikofaktor auf der Mikro-Ebene ist die negative Zukunftserwartung von Lea Hug bezüglich ihrer Arbeitsstelle, welche durch die Verwarnung gefährdet ist. Ein weiterer Risikofaktor stellt das tiefe Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen von Lea Hug dar. Auch die mangelnde Kontaktfähigkeit sowie das Gefühl der Hilflosigkeit sind hindernde Fakto-

ren. Pia Meier hat den Eindruck, dass bei Lea Hug die Gefahr einer Schlafmittelabhängigkeit besteht. Diese unterschiedlichen Probleme werden durch die Gesundheitsförderung Schweiz als Mehrfachbelastung bezeichnet, was – wie Pia Meier feststellt – einen weiteren Risikofaktor darstellt.

Nebst all diesen Risikofaktoren auf der Mikro-Ebene kommen noch zusätzliche hinderliche Faktoren auf der Meso-Ebene hinzu. Die Erfahrung von Gewalt oder Misshandlung stellt einen davon dar. Lea Hug fühlt sich ausserdem sozial ausgeschlossen und spürt das Misstrauen, das ihr andere Menschen entgegenbringen. Die Trennung von ihrem Ex-Partner, den sie trotz häuslicher Gewalt geliebt hat, stellt einen grossen Verlust im engsten Kreis dar.

6.3.3 Phase III

Folgend werden die Ziele von Pia Meier und Lea Hug aufgezeigt. Anhand der Ziele wird sodann der Handlungsplan erstellt.

Ziele

Bevor Pia Meier zusammen mit Lea Hug die Ziele erarbeitet, welche von der beschriebenen Situationsanalyse und den Schutz- und Risikofaktoren abgeleitet werden (siehe Phase I und II), definiert sie ihre eigenen Ziele. Diese Ziele empfindet Pia Meier als relevant für die Zusammenarbeit mit ihrer Klientin, da sie vermutet, dass Lea Hug von einem Beziehungstrauma betroffen ist.

- Lea Hug erfährt in der Beratung Schutz und Sicherheit.
- Lea Hug vertraut Pia Meier.
- Lea Hugs Persönlichkeit wird durch sozialarbeiterische Beratung und Interventionen gestärkt.

Im Anschluss daran werden gemeinsam mit Lea Hug folgende Ziele formuliert. Da im *Lebensbereich materielle Existenzsicherung und Wohnen* aktuell keine Probleme vorliegen, werden in diesem Bereich keine Ziele festgelegt.

Lebensbereich	Ziel	Überprüfbarkeit	Dringlichkeit
Gesundheit	Lea Hug ist in der Lage, sich regelmässig zu ernähren.	Lea Hug nimmt dreimal am Tag gesunde Nahrung zu sich.	kurzfristig
	Lea Hug kann mit den Alpträumen umgehen und benötigt keine Schlafmittel mehr.	Lea Hug kennt Strategien, mit ihren Alpträumen umzugehen und sich zu beruhigen.	langfristig
	Lea Hug kann mit den Symptomen ihrer Traumatisierung umgehen.	Die negativen Auswirkungen in den einzelnen Lebensbereichen nehmen ab.	langfristig
	Lea Hug gelingt es, die traumatische Erfahrung häusliche Gewalt in ihr Selbst- und Weltverständnis zu integrieren.	Die Symptome der Traumatisierung werden schwächer und verschwinden mit der Zeit.	langfristig
Kognition und Lebensentwurf	Lea Hug verfügt über ein gesundes Selbstwertgefühl.	In der Beratung nimmt Pia Meier die gewachsene Selbstsicherheit von Lea Hug wahr.	langfristig
Soziale und kulturelle Vernetzung	Lea Hug ist in der Lage, soziale Kontakte zu knüpfen und aufrechtzuerhalten.	Ihr Bekanntenkreis vergrössert sich.	mittelfristig
	Lea Hug kann wieder Vertrauen zu Männern herstellen und eine gesunde Beziehung führen.	Lea Hug hat einen festen Partner, der ihr gut tut.	langfristig
Ausbildung und Arbeit	Trotz Schlafmittelkonsum erscheint Lea Hug pünktlich bei der Arbeit oder meldet sich ab, wenn sie sich nicht arbeitsfähig fühlt.	Lea Hug hat keine unentschuldigsten Absenzen mehr. Sie erhält keine zusätzliche Verwarnung.	kurzfristig
	Lea Hug kann ihre Gefühle am Arbeitsplatz besser kontrollieren.	Lea Hug kennt Strategien zur Selbstberuhigung.	kurzfristig
	Lea Hug kann ihre Arbeitsstelle behalten.	Die Verwarnung hat keine Folgen.	langfristig

Tab. 5: Ziele (eigene Darstellung)

Handlungsplan

Die aufgeführten Ziele werden durch die Klientin priorisiert. Der folgende Handlungsplan konzentriert sich auf die von Lea Hug ausgewählten Ziele, die sie in einem ersten Schritt erreichen möchte. Er enthält Vorschläge, wie diese Ziele erreicht werden könnten.

Problem	Ziel	Verfahren und Mittel	Akteure
Lea Hug erscheint öfters unpünktlich bei der Arbeit und hat sich schon mehrfach für ihr Fernbleiben nicht entschuldigt. Ausserdem meldet sie sich bei ihrem Arbeitgeber nicht krank und hat deshalb mehrere unentschuldigte Absenzen. Dadurch wurde sie verwahrt.	Trotz Schlafmittelkonsum erscheint Lea Hug pünktlich bei der Arbeit oder meldet sich ab, wenn sie sich nicht arbeitsfähig fühlt.	- Wecker - Wecktelefon Mutter oder Freundin Andrea - Abholung durch Arbeitskollegin oder -kollege - Dossierung der Schlafmittel anpassen - Verbindlichkeit fördern - Schamgefühl mindern	- Pia Meier - Arbeitskolleginnen und -kollegen - Hausarzt
Lea Hug leidet unter Stimmungsschwankungen und es fällt ihr schwer, ihre Gefühle am Arbeitsplatz zu kontrollieren.	Lea Hug kann ihre Gefühle am Arbeitsplatz besser kontrollieren.	- Strategien zur Selbstberuhigung (Entspannungsübungen, Atemtechniken)	- Pia Meier - Therapeutin oder Therapeut
Lea Hug ernährt sich ungesund und unregelmässig.	Lea Hug ist in der Lage, sich regelmässig zu ernähren.	- Ernährungsplan - Dreimal Nahrungsaufnahme im Tag	- Pia Meier - Ernährungsberaterin
Lea Hug lebt isoliert und verfügt über wenige soziale Kontakte.	Lea Hug ist in der Lage, soziale Kontakte zu knüpfen und aufrechtzuerhalten.	- Selbsthilfegruppe - Vereinsbeitritt - Kontakt zu Arbeitskolleginnen und -kollegen fördern - Garten nutzen, um in Kontakt mit Nachbarinnen und Nachbarn zu kommen	- Pia Meier - Mutter - Freundin Andrea - Nachbarinnen und Nachbarn - Arbeitskolleginnen und -kollegen

Tab. 6: Handlungsplan (eigene Darstellung)

6.3.4 Phase IV

In der Phase IV macht sich die Sozialarbeiterin in einem ersten Schritt Gedanken über die Erreichung ihrer persönlichen Ziele in der Zusammenarbeit mit Lea Hug. Im nachfolgenden Gespräch bespricht Pia Meier den Handlungsplan mit ihrer Klientin und zeigt ihr die diversen Handlungsmöglichkeiten auf, um das weitere Vorgehen festzulegen.

Persönliche Zielumsetzung der Sozialarbeiterin

Um die persönlichen Ziele in der Beratung mit Lea Hug zu erreichen, überlegt sich die Sozialarbeiterin folgende Methoden und Vorgehensweisen:

- Schutz und Sicherheit

Damit die Klientin im Beratungssetting den benötigten Schutz und Sicherheit erfahren kann, achtet Pia Meier auf eine einfühlsame Vorgehensweise und sorgt dafür, dass sich

Lea Hug emotional aufgehoben fühlt. Sie gibt ihr die Möglichkeit, den Sitzplatz frei zu wählen, vermeidet Berührungen und intensive Blickkontakte.

- Vertrauensbildung

Um Vertrauen aufzubauen, versucht die Sozialarbeiterin, die ambivalenten Gefühle ihrer Klientin zu verbalisieren und zeigt auf, dass ihr solche Verhaltensweisen bekannt sind und sie damit umgehen kann. Dies ermöglicht Lea Hug, sich verstanden und ernstgenommen zu fühlen. Pia Meier achtet darauf, der Klientin ohne Schuldzuweisungen zuzuhören, sich parteilich und solidarisch zu zeigen, eine klare Haltung gegenüber häuslicher Gewalt einzunehmen, ohne dabei den Täter zu verurteilen.

- Stärkung der Persönlichkeit

Um die Persönlichkeit von Lea Hug zu stärken, will Pia Meier ihre Klientin vorerst bei der Bewältigung ihrer Schuld- und Schamgefühle unterstützen. Indem die Sozialarbeiterin Lea Hug die Dynamik häuslicher Gewalt und die Auswirkungen eines Beziehungstraumas aufzeigt, erhöht sie die *Verstehbarkeit* und *Handhabbarkeit* der Klientin, was dazu führen kann, dass Lea Hug ihre aktuellen Gefühle und Verhaltensweisen besser einordnen und kontrollieren kann. Pia Meier informiert ihre Klientin in diesem Zusammenhang darüber, dass sie durch das Erleben von häuslicher Gewalt Anspruch auf die Unterstützung der Opferberatungsstelle hat. Ausserdem zeigt sie ihr die Möglichkeiten einer Psychotherapie auf und bietet ihr Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Fachperson an.

Ein weiterer wichtiger Punkt zur Stärkung der Persönlichkeit von Lea Hug ist die Wiederherstellung ihrer Selbstbestimmung. Um dies zu erreichen, lässt Pia Meier die Inhalte der Gespräche von der Klientin mitbestimmen, indem am Anfang jedes Gesprächs Themen gesammelt und von Lea Hug priorisiert werden. Ausserdem bemüht sich die Sozialarbeiterin, Zwangssituationen im Beratungssetting zu vermeiden und Lea Hug möglichst viele Wahlmöglichkeiten anzubieten. Beispielsweise lässt sie die Klientin entscheiden, ob sie die Beratungsgespräche lieber auf dem Sozialdienst oder bei sich zu Hause führen will. Pia Meier vermeidet jegliche Handlungen, die Lea Hug Entscheidungen und Eigenverantwortung absprechen.

Basierend auf ihr Fachwissen bezüglich Resilienz will sich Pia Meier auf die Stärkung der Resilienzfaktoren ihrer Klientin, insbesondere der Selbstwirksamkeit und Selbststeuerung konzentrieren. Pia Meier plant dies mittels verschiedener Rollenspielen, in welchen Lea Hug ihre Stärken und positiven Charaktereigenschaften wiederentdecken kann. Ausserdem zeigt die Sozialarbeiterin Lea Hug die Bewältigungsstrategien auf, mit welchen die Klientin bisher erfolgreich war. Dadurch wird sich Lea Hug ihrer Stärken bewusst, was das Selbstwertgefühl stärken und das Gefühl der eigenen Wertlosigkeit mindern kann.

Mittels Rollenspielen können die bisherigen Bewältigungsstrategien ausserdem verbessert und gefördert werden. Pia Meier ist bemüht, ihre Klientin in der Beratung positive Emotionen erleben zu lassen. Dadurch können *Bausteine guter Erinnerung* gesetzt werden, welche Lea Hug helfen, die negativen Gewalterfahrungen schneller zu verarbeiten. Durch die zusätzliche Minderung der internen und externen Risikofaktoren sowie der Stärkung interner und externer Schutzfaktoren, kann Lea Hugs Wohlbefinden gesteigert werden.

Vorgehensweise bei der Umsetzung des Handlungsplans

Die Sozialarbeiterin konzentriert sich im Gespräch mit Lea Hug darauf, unterschiedliche Sichtweisen und Erwartungen transparent zu machen, die Grenzen ihrer Tätigkeit aufzuzeigen und auf diese Weise erhöhten Erwartungen entgegenzuwirken. Dies stellt die Grundlage für die weitere Zusammenarbeit mit Lea Hug dar und ist entscheidend für die Vertrauensbildung. Anhand der Kriterien des Erfolges, der Verträglichkeit und des Nutzens entscheiden sich Pia Meier und Lea Hug gemeinsam für das weitere Vorgehen. Die folgenden Ausführungen zeigen die Ziele auf, die auf Wunsch der Klientin zuerst angegangen werden. Dabei werden konkrete Interventionen beschrieben. Während der Realisierung der Ziele wird die Vorgehensweise regelmässig überprüft und falls nötig angepasst.

- Trotz Schlafmittelkonsum erscheint Lea Hug pünktlich bei der Arbeit und meldet sich ab, wenn sie sich arbeitsunfähig fühlt.

Es stellt sich heraus, dass Lea Hug einen Wecker besitzt, der nur einmal klingelt und keine Wiederholung hat. Darum wird sie sich einen neuen Wecker kaufen, der wiederholt klingelt. Durch jemanden per Telefon geweckt oder abgeholt werden, möchte Frau Hug unter keinen Umständen. Die Dosierung der Schlafmittel bespricht Frau Hug nochmals mit ihrem Arzt, wenn sie ihr Rezept abholen geht. Durch die bereits erwähnten Interventionen der Sozialarbeiterin kennt Lea Hug die Symptome einer Traumatisierung und lernt, ihre Verhaltensweisen und Gefühle als normal zu begreifen. Dadurch fällt es ihr leichter, ihre gesundheitlichen Probleme zu akzeptieren und sich beim Arbeitgeber krank zu melden, wenn sie sich arbeitsunfähig fühlt.

- Lea Hug ist in der Lage, sich regelmässig zu ernähren.

Das unregelmässige Essverhalten von Lea Hug wirkt sich zusätzlich negativ auf ihre physische und psychische Gesundheit aus. Pia Meier zeigt ihrer Klientin die Wichtigkeit regelmässiger Ernährung auf. Lea Hug will zu keiner Ernährungsberaterin gehen, da es sie schon viel Mut gekostet hat, den Sozialdienst aufzusuchen. So entscheidet sie sich, mit Hilfe von Pia Meier einen Ernährungsplan mit gesunden Nahrungsmitteln zu erstellen.

Darin wird auch festgehalten, dass sie einmal wöchentlich mit ihrer Mutter gemeinsam kocht. Lea Hug reflektiert im Gespräch mit der Sozialarbeiterin ihr Essverhalten und ihr wird bewusst, welche Nahrungsmittel die Gesundheit fördern. Gleichzeitig kann gesunde Ernährung die Selbstwirksamkeit von Lea Hug erhöhen.

- Lea Hug ist in der Lage, soziale Kontakte zu knüpfen und aufrechtzuerhalten.

Den Vorschlag, einer Selbsthilfegruppe für gewaltbetroffene Frauen beizutreten sowie den Kontakt zu ihren Arbeitskolleginnen und -kollegen auszubauen, lehnt Lea Hug ab. Die anderen Vorschläge von Pia Meier möchte sie umsetzen. Als erstes werden die Beziehungen zur Mutter und Freundin Andrea gestärkt. Pia Meier erstellt mit Lea Hug (unter Absprache mit Mutter und Freundin) einen Wochenplan, in welchem regelmässige Telefongespräche und Spaziergänge festgehalten werden. Die Aufklärung der Mutter und Freundin über die Symptome der Traumatisierung ist für Lea Hug zu diesem Zeitpunkt noch nicht angezeigt. Pia Meier bietet ihr diesbezüglich auch für einen späteren Zeitpunkt Unterstützung an.

Durch den Vertrauensaufbau zu Pia Meier kann Lea Hug das Vertrauen in andere Menschen zurückgewinnen. Dies ermöglicht ihr auch, ausserhalb des Beratungssettings neue Kontakte zu knüpfen. So kann es ihr gelingen, sich vermehrt im gemeinsamen Garten des Mehrfamilienhauses aufzuhalten und auf diese Weise ihre Nachbarinnen und Nachbarn besser kennenzulernen. Eine Unterstützung könnte die Begleitung durch ihre Mutter oder ihre Freundin sein.

6.3.5 Phase V

In dieser Phase wird der Interventionsprozess evaluiert. Pia Meier reflektiert die Vorgehensweise. Nach Erreichung der kurzfristigen Ziele kann der Fokus auch auf längerfristige Ziele gelegt werden.

7 Schlussfolgerung

Nachfolgend werden die zu Beginn erläuterten Fragestellungen zusammenfassend beantwortet. Sodann wird der Praxisbezug aufgezeigt, um schliesslich einen Ausblick für das bearbeitete Themenfeld zu geben.

7.1 Beantwortung der Fragestellungen

1. Frage

Was ist unter Trauma als Folge von häuslicher Gewalt zu verstehen und welche Auswirkungen zeigen sich in fünf Lebensbereichen von weiblichen Betroffenen?

Häusliche Gewalt stellt in den meisten Fällen eine langanhaltende Bedrohung der physischen und psychischen Integrität dar. Sie kann daher als traumatische Erfahrung bezeichnet werden, die bei den betroffenen Frauen ein Trauma zu bewirken vermag. Ein Beziehungstrauma stellt aus verschiedenen Gründen eine besonders schwere Traumaart dar. Vielfach kommt es dabei zu einer Chronifizierung der traumatischen Reaktion, was zu gravierenden Auswirkungen in den fünf erläuterten Lebensbereichen führt.

Im *Lebensbereich Gesundheit* zeigen sich körperliche Beschwerden und vielfach entwickeln sich zusätzliche psychische Krankheits- oder Störungsbilder. Gleichzeitig kommt es im *Lebensbereich Kognition und Lebensentwurf* zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses, was unter anderem – wie die Ausführungen zum *Lebensbereich soziale und kulturelle Vernetzung* verdeutlichen – zu einer tiefgehenden Verletzung des Vertrauens in zwischenmenschliche Beziehungen führt. Im *Lebensbereich Arbeit* zeigen sich Probleme mit Arbeitskolleginnen und -kollegen sowie Vorgesetzten. Nicht selten kommt es dadurch zum Verlust der Arbeitsstelle, mit erheblichen Auswirkungen auf den *Lebensbereich materielle Existenzsicherung und Wohnen*. Die Probleme in den einzelnen Lebensbereichen wirken sich ausserdem erneut negativ auf die physische und psychische Gesundheit aus. Es kommt zu einem verhängnisvollen Kreislauf und einer massiven Beeinträchtigung des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens der weiblichen Betroffenen.

2. Frage

Welche Bedeutung haben Schutz- und Risikofaktoren im Hinblick auf die Bewältigung erschwerter Lebenssituationen?

Schutz- und Risikofaktoren spielen in den aufgeführten Gesundheitskonzepten eine bedeutende Rolle. Das Resilienz-Konzept bietet eine Erklärung dafür, weshalb gewissen Frauen mit einem Beziehungstrauma die Bewältigung der erschwerten Lebenssituation gelingt. Die Resilienz einer Person hängt stark von den vorhandenen internen und externen Schutz- und Risikofaktoren ab. Je mehr Risikofaktoren vorhanden sind, desto schwerer fällt es betroffenen Frauen, die belastende Lebenssituation zu bewältigen. Schutzfaktoren hingegen wirken risikomindernd, stärken die Widerstandsfähigkeit und ermöglichen weiblichen Betroffenen – trotz der belastenden Erfahrung häusliche Gewalt und deren schwerwiegenden Folgen – ein gelingendes Leben zu führen.

3. Frage

Wie können sozialarbeiterische Beratung und Interventionen mit betroffenen Klientinnen gestaltet werden, um ihr physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden zu steigern?

Um sozialarbeiterische Beratung und Interventionen für Frauen mit einem Beziehungstrauma hilfreich zu gestalten, und somit ihr physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden zu steigern, gilt es spezifische Aspekte zu beachten und insbesondere der Vertrauensbildung viel Zeit einzuräumen. In erster Linie ist es wichtig, das Beziehungstrauma zu erkennen und abzuklären, ob die Klientin akut von häuslicher Gewalt betroffen ist oder ob die Gewalterfahrung der Vergangenheit angehört. Dafür ist das Ansprechen der Thematik häuslicher Gewalt von grosser Bedeutung. Es gilt, betroffene Frauen über Traumatisierung als Folge von häuslicher Gewalt aufzuklären und ihnen den Zusammenhang zu den Auswirkungen in den einzelnen Lebensbereichen aufzuzeigen. Auf diese Weise kann die *Verstehbarkeit* und *Handhabbarkeit* der Klientinnen gefördert werden. Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit stellt ausserdem das Vermitteln von Schutz und Sicherheit im Beratungssetting eine Notwendigkeit dar. Um die Frauen zu einem selbstbestimmten Leben zu ermächtigen, bedarf es einer kontinuierlichen Stärkung ihrer Persönlichkeit. In Anbetracht gesundheitsfördernder Konzepte ist insbesondere der Erschliessung von *Schutz-* und *Risikofaktoren* sowie deren Stärkung beziehungsweise Minderung grosses Gewicht zu geben. Falls eine Psychotherapie angezeigt ist, bedarf es in jedem Fall eine gut koordinierte interdisziplinäre Zusammenarbeit, in welcher Sozialarbeitende die Fallsteuerung übernehmen sollten.

7.2 Praxisbezug

Die Ausführungen in dieser Arbeit belegen, dass Professionelle der Sozialen Arbeit aller Berufsfelder einen erheblichen Beitrag zur Steigerung des Wohlbefindens betroffener Frauen leisten können. Um dieses Ziel zu erreichen, ist die Annahme, dass sich Krankheit und Gesundheit nicht grundsätzlich widersprechen, von zentraler Bedeutung. Menschen können trotz Krankheit in anderen Lebensbereichen Gesundheit erfahren. Sozialarbeiterische Beratung und Interventionen zielen daher nicht zwingend auf die Heilung des Traumas ab. Vielmehr geht es um die Verbesserung der psychosozialen Gesundheit, damit betroffene Frauen – trotz der erlebten Gewalterfahrung und Traumatisierung – in allen Lebensbereichen wieder „lebensfähig“ werden und ein gesellschaftlich integriertes Leben führen können. In der Zusammenarbeit mit betroffenen Frauen nehmen Sozialarbeitende verschiedene Funktionen und Rollen ein. Sie sind unter anderem informierend, beratend, vermittelnd, abklärend und ressourcenerschliessend tätig. Dabei richten sie ihren Fokus sowohl auf das einzelne Individuum wie auch auf seine soziale Umgebung. Adäquate Beratung und Interventionen von Professionellen der Sozialen Arbeit können eine heilende Wirkung haben, zu einer längerfristigen Verbesserung der gesamten Lebenssituation und somit zur Steigerung des Wohlbefindens betroffener Frauen verhelfen.

Der in dieser Bachelorarbeit aufgezeigte Zusammenhang von häuslicher Gewalt und Trauma sowie deren Auswirkungen auf die einzelnen Lebensbereiche, ermöglichen eine ganzheitliche Erfassung der Lebenssituation betroffener Frauen. Die *Checkliste Beziehungstrauma* (siehe Tab. 4) sowie die Ausführungen über spezifische Aspekte, welche in der Zusammenarbeit zu beachten sind, dienen Sozialarbeitenden als Hilfsmittel im Umgang mit den betroffenen Klientinnen. Mittels der erläuterten gesundheitsfördernden Konzepte wird die Wichtigkeit aufgezeigt, den Fokus auf die gesunden Anteile der Klientinnen sowie ihr soziales Umfeld zu richten. Auf diese Weise können interne und externe Schutzfaktoren erschlossen und gefördert werden, die Frauen mit einem Beziehungstrauma für die Bewältigung der erschwerten Lebenssituation benötigen.

7.3 Ausblick

Während der Erarbeitung dieser Bachelorarbeit ist aufgefallen, dass das Thema Trauma in der Fachliteratur vorwiegend aus psychotherapeutischer Sicht angegangen wird. Es besteht wenig Literatur bezüglich der Unterstützung von traumatisierten Menschen durch die Soziale Arbeit, obwohl ihr – wie in dieser Arbeit aufgezeigt – eine bedeutende Rolle zukommt.

In Zukunft könnte im Rahmen einer Forschungsarbeit der Nutzen sozialarbeiterischer Beratung und Interventionen für Frauen mit einem Beziehungstrauma untersucht wer-

den. Es wäre interessant zu erfahren, welche sozialarbeiterischen Vorgehensweisen besonders hilfreich sind, um die Lebenssituation betroffener Frauen in den einzelnen Lebensbereichen zu verbessern.

Weiter ist aufgefallen, dass es bezüglich den Auswirkungen von Beziehungstraumata in den Lebensbereichen *Ausbildung und Arbeit* sowie *Materielle Existenzsicherung und Wohnen* wenig Angaben gibt. Daraus könnte sich ebenfalls eine interessante Forschungsarbeit ergeben, indem beispielsweise gefragt wird, wie gross das Armutsrisiko von Frauen mit einem Beziehungstrauma tatsächlich ist.

In dieser Bachelorarbeit wurde die Makro-Ebene ausgeblendet, obwohl auch diese viele Schwierigkeiten für betroffene Frauen bereithält. Die Problematik der Tabuisierung von häuslicher Gewalt und Trauma könnte eine weitere Forschungsgrundlage bieten.

8 Quellenverzeichnis

- Anthamatten, René; Vogt, Matthias & Metzger, Marius (2008). *Modul 02: Individuation und Sozialisation. Kurs Menschliche Entwicklung. Identität und Identitätsbildung. IV Studententag*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Antonovsky, Aaron (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Auhagen, Ann Elisabeth (2004). Das Positive mehr. Herausforderungen für die Positive Psychologie. In Ann Elisabeth Auhagen (Hrsg.), *Positive Psychologie. Anleitung zum „besseren“ Leben* (S. 1-15). Weinheim: Beltz Verlag.
- AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Autor.
- Bauer, Ullrich & Bittlingmayer, Uwe H. (2006). Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung. In Klaus Hurrelmann, Ulrich Laaser & Oliver Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (4. Aufl., S. 781-818). Weinheim: Juventa Verlag.
- Bengel, Jürgen; Strittmatter, Regine & Willmann, Hildegard (1998). *Was erhält Menschen gesund? Antonovsky Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Brzank, Paul (2009). (Häusliche) Gewalt gegen Frauen: sozioökonomische Folgen und gesellschaftliche Kosten. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 32 (3), 330-338.
- Büro für die Gleichstellung und für Familienfragen [GFB] des Kantons Freiburg und kantonale Kommission gegen Gewalt in Paarbeziehungen (2007). *Gewalt in Paarbeziehungen erkennen – die Opfer unterstützen, vernetzen, informieren und schützen. Informationen, Hinweise und Handlungsansätze für Fachpersonen aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich*. Freiburg: Autor.
- Bundesamt für Statistik [BfS]. (2006). *Tötungsdelikte. Fokus häusliche Gewalt. Polizeilich registrierte Fälle 2000-2004*. Neuchâtel: Autor.

- Bundesamt für Statistik [BfS]. (2008). *Opfer von Straftaten - Daten, Indikatoren Überblick: Kennzahlen*. Gefunden am 08.04.2011 unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/19/03/01/key/ueberblick/01.html>
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ]. (2004). *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Ergebnisse der repräsentativen Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland - Kurzfassung*. Gefunden am 08.04.2011 unter <http://www.bmfsfj.de/Redaktion/BMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Lebenssituation-Sicherheit-und-Gesundheit-von-Frauen-in-Deutschland,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>
- Covington, Stephanie S. (2008). Frauen und Sucht: ein traumasensibler Ansatz. In Silke Birgitta Gahleitner & Connie Lee Gunderson (Hrsg.), *Frauen Trauma Sucht. Neue Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen* (S. 21-43). Kröning: Asanger Verlag GmbH.
- Darms, Brigitta (2008). *Trauma und Identität. Wie wirken sich traumatische Ereignisse auf die Identität aus und wie kann in der Sozialberatung Unterstützung geboten werden?* Bern: Edition Soziothek.
- De Jong, Peter & Berg, Insoo Kim (2008). *Lösungen (er-)finden. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie* (6. Aufl.). Basel: SolArgent Media AG.
- Duden. Das Fremdwörterbuch* (8. Aufl.) (2005). Mannheim: Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG.
- Dutton, Mary Ann (2002). *Gewalt gegen Frauen. Diagnostik und Intervention*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Mann und Frau [EBG]. (2007a). *Informationsblatt: Definitionen, Formen und Betroffene häuslicher Gewalt*. Bern: Autor.
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Mann und Frau [EBG]. (2007b). *Informationsblatt: Gewaltspirale in Paarbeziehungen*. Bern: Autor.
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Mann und Frau [EBG]. (2011). *Aktueller Forschungsstand zu Opfer und Tatpersonen häuslicher Gewalt*. Bern: Autor.

- Faltermaier, Toni (1994). *Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln*. Weinheim: Psychologie Verlag Union.
- Fausch, Sandra & Wechlin, Andrea (2010). Empfehlungen für das Vorgehen im Gesundheitsbereich. In Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich; Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich; Verein Inselhof Triemli, Zürich (Hrsg.), *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung* (2. Aufl., S. 195-241). Bern: Verlag Hans Huber.
- Fischer, Gottfried & Riedesser, Peter (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (4. Aufl.). München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag.
- Flury, Regula (2010). Grundsätze in der Beratung gewaltbetroffener Frauen. In Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich; Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich; Verein Inselhof Triemli, Zürich (Hrsg.), *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung* (2. Aufl., S. 123-130). Bern: Verlag Hans Huber.
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus; Beuter, Simone; Fischer, Sibylle & Rönna-Böse, Maike (2010). Resilienzförderung – eine Grundorientierung für sozialarbeiterisches und – pädagogisches Handeln. In Silke Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen* (S. 42-53). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gabriel, Sonya (2004). *Gewalt in Ehe und Partnerschaft. Strategien und Konzepte in der Arbeit mit betroffenen Frauen*. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag.
- Gahleitner, Silke Birgitta (2005). *Sexuelle Gewalt und Geschlecht. Hilfen zur Traumabewältigung bei Frauen und Männern*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2005). *Psychische Gesundheit – Stress. Wissenschaftliche Grundlagen für eine nationale Strategie zur Stressprävention und Förderung psychischer Gesundheit in der Schweiz*. Bern: Autor.
- Gillioz, Lucienne; De Puy, Jacqueline; Ducret, Véronique & Belser, Katharina (1997). *Beziehung mit Schlagseite. Gewalt in Ehe und Partnerschaft*. Bern: eFeF-Verlag.

- Gloor, Daniela & Meier, Hanna (2004). *Frauen, Gesundheit und Gewalt im sozialen Nahraum. Repräsentativbefragung bei Patientinnen der Maternité Inselhof Triemli, Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie, Zürich. Ein Projekt von Maternité Inselhof Triemli und Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann der Stadt Zürich*. Gefunden am 23.07.2011 unter http://www.stadt-zurich.ch/content/dam/stzh/prd/Deutsch/Gleichstellung/DF_web/5.1.themen/5.1.3.1.maternite_ergebnisse_pat_befragung.pdf
- Gloor, Daniela & Meier, Hanna (2010). Zahlen und Fakten zum Thema häuslicher Gewalt. In Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich; Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich; Verein Inselhof Triemli, Zürich (Hrsg.), *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung* (2. Aufl., S. 17-36). Bern: Verlag Hans Huber.
- Gomolla, Annette (2009). *Auswirkungen häusliche Gewalt auf Kinder und ihre Mutter unter Gesichtspunkten einer entwicklungsorientierten Psychotraumatologie*. Unveröffentlichte Dissertation der Naturwissenschaftliche Fakultät der Universität Konstanz.
- Greber, Franziska (2010). Die Vielfalt und Komplexität Häuslicher Gewalt erkennen. In Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich; Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich; Verein Inselhof Triemli, Zürich (Hrsg.), *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung* (2. Aufl., S. 165-180). Bern: Verlag Hans Huber.
- Gschwend, Gaby (2006). *Nach dem Trauma. Ein Handbuch für Betroffene und ihre Angehörigen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Güfel, Lars (2010). Schwache Kinder stark machen: Vulnerabilität und Resilienz im Kontext der Jugendpsychiatrie. In Frederic Fredersdorf & Michael Himmer (Hrsg.), *Junge Sozialarbeitswissenschaft. Diplomarbeiten zu relevanten Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit* (S. 75-86). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gunderson, Connie Lee (2008). Blick nach vorne. In Silke Birgitta Gahleitner & Connie Lee Gunderson (Hrsg.), *Frauen Trauma Sucht. Neue Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen* (S. 169-176). Kröning: Asanger Verlag GmbH.
- Hafen, Martin (2007a). *Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

- Hafen, Martin (2007b). *Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Haller, Dieter (2011). Ein Problem kommt selten allein. KlientInnen der Sozialhilfe in mehrfach problematischen Lebenssituationen. *SozialAktuell. Die Fachzeitschrift für Soziale Arbeit*, 43 (2), 22-24.
- Helfferich, Cornelia & Kavemann, Barbara (2004). *Abschlussbericht zum 30.10.2004. Forschungsprojekt. Wissenschaftliche Untersuchung zur Situation von Frauen und zum Beratungsangebot nach einem Platzverweis bei häuslicher Gewalt, „Platzverweis -> Beratung und Hilfen“*. Freiburg: Sozialwissenschaftliches FrauenForschungsInstitut.
- Helfferich, Cornelia (2007). Häusliche Gewalt und Geschlechterbeziehungen – neue Gerechtigkeitsdiskurse, moralische Dilemmata und offene Fragen. In Wilhelm Schwendemann & Reiner Marquard (Hrsg.), *450 Jahre Reformation in Baden. Bildung und Sozialgestaltung des Protestantismus* (S. 23-37). Berlin: LIT Verlag.
- Herman, Judith Lewis (1993). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. München: Kindler Verlag GmbH.
- Huber, Michaela (2009). *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung Teil 1* (4. Aufl.). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Hurrelmann, Klaus & Laaser, Ulrich (2006). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In Klaus Hurrelmann; Ulrich Laaser & Oliver Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (4. Aufl., S. 749-780). Weinheim: Juventa Verlag.
- Irmeler, Dorothea (2011). Leben mit Trauma-Resilienzförderung von Flüchtlingskindern und ihren Familien (TZFO Köln). In Margherita Zander (Hrsg.), *Handbuch Resilienzförderung* (S. 575-589). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Jundt, Katharina & Friese, Klaus (2009). Gewalt an Frauen. *Der Gynäkologe*, 14 (9), 723-727.
- Kähler, Harro Dietrich (2001). *Erstgespräche in der sozialen Einzelhilfe* (4. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

- Killias, Martin; Simonin, Mathieu & De Puy, Jacqueline (2005). *Violence experienced by women in Switzerland over their lifespan. Results of the International Violence against Women Survey (IVAWS)*. Bern: Staempfli Publishers Ltd.
- Köppel, Monika (2003). *Salutogenese und Soziale Arbeit*. Lage: Verlag Hans Jacobs.
- Kopp, Martin; Stürz, Kristina & Pfaffenberger, Nicole (2009). Gesundheit – Perspektive des Faches Gesundheitspsychologie. In Ilona Biendarra & Marc Weeren (Hrsg.), *Gesundheit – Gesundheit? Eine Orientierungshilfe* (S. 339-362). Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann GmbH.
- Kraemer, Horst (2003). *Das Trauma der Gewalt. Wie Gewalt entsteht und sich auswirkt. Psychotraumata und ihre Behandlung*. München: Kösel-Verlag GmbH & Co.
- Kraemer, Horst (2005). *Trauma-Bewältigung. Wege aus der persönlichen Katastrophe*. Zürich: Orell Füssli Verlag AG.
- Kunz, Daniel & Brühwiler, Urban (2008). *BA-Modul 003: Handlungstheorie: Merkmale professionellen Handelns. Teil 1: Einführung in allgemeine erklärende Handlungstheorien*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Lorenz, Rüdiger (2004). *Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler*. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag.
- Loth, Franziska (2008). *Das Konzept der Resilienz. Studienarbeit*. Norderstedt: GRIN Verlag.
- Misslbeck, Angela (2003, 8. Dezember). Frauen sprechen Gewalt nicht an, sie müssen danach gefragt werden. *Ärzte Zeitung*, 11 (23), 3-4.
- Olbricht, Ingrid (2004). *Wege aus der Angst. Gewalt gegen Frauen. Ursachen-Folgen-Therapie*. München: Verlag C.H. Beck.
- Peichl, Jochen (2008). *Destruktive Paarbeziehungen. Das Trauma intimer Gewalt*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Petermann, Franz & Resch, Franz (2008). Entwicklungspsychopathologie. In Franz Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (6. Aufl., S. 48-64). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Reddemann, Luise & Dehner-Rau, Cornelia (2004). *Trauma. Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen*. Stuttgart: Trias Verlag.
- Richter-Kornweitz, Antje (2011). Gleichheit und Differenz – die Relation zwischen Resilienz, Geschlecht und Gesundheit. In Margherita Zander (Hrsg.), *Handbuch Resilienzförderung* (S. 240-274). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rönnau-Böse, Maïke; Beuter, Simone & Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2010). Kinder Stärken! Resilienzförderung in Kindertageseinrichtungen und Schulen. In Silke Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen* (S. 182-196). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sanderson, Christiane (2010). *Counselling Survivors Of Interpersonal Trauma*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Sass, Henning; Wittchen, Hans-Ulrich; Zaudig, Michael & Houben, Isabel (2003). *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV-TR. Deutsche Bearbeitung*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Schmid, Gabriella (2010). Die Situation von Frauen, die Gewalt in Paarbeziehungen erleben. In Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich; Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich; Verein Inselhof Triemli, Zürich (Hrsg.), *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung* (2. Aufl., S. 37-51). Bern: Verlag Hans Huber.
- Schmidt, Gabriele (2004). „Den Albtraum beenden...“ – Krisenintervention nach Traumatisierungen - ein Überblick. In Wolf Müller & Ulrike Scheuermann (Hrsg.), *Praxis Krisenintervention. Ein Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte* (S. 229-249). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Schmocker, Beat & Solèr, Maria (2008). *BA-Modul 003: Handlungstheorie: Merkmale professionellen Handelns. Teil II*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.

- Schneider, Gudrun; Driesch, Georg; Kruse, Andreas; Nehen, Hans Georg & Heuft, Gereon (2007). ELDERMEN-Studien: Alt und krank und trotzdem zufrieden? Zur Resilienz im Prozess des Alterns. In Insa Fookon & Jürgen Zinnecker (Hrsg.), *Trauma und Resilienz. Chancen und Risiken lebensgeschichtlicher Bewältigung von belasteten Kindheiten* (S. 121-130). Weinheim: Juventa Verlag.
- Schwander, Marianne (2003). Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt: Neue Erkenntnisse – neue Instrumente. *Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht*, 121 (2), 195-215.
- Seith, Corinna (2003). *Öffentliche Interventionen gegen häusliche Gewalt. Zur Rolle von Polizei, Sozialdienst und Frauenhäusern*. Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH.
- Seligman, Martin E. P. (2010). *Der Glücks-Faktor. Warum Optimisten länger leben* (7. Aufl.). Köln: Bastei Lübbe GmbH & Co. KG.
- Solèr, Maria (2010). *Psychischer Stress und traumatische Störungen*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Thaler-Haag, Birgit (2008). *Strukturelle Gewalt-Gewalt gegen Frauen und Armut*. Gefunden am 16. Juli 2011, unter http://www.salzburg.gv.at/pdf-strukturelle_gewalt.pdf
- Truninger, Annina (2010). Rolle und Auftrag des Gesundheitswesens. In Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich; Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich; Verein Inselhof Triemli, Zürich (Hrsg.), *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung* (2. Aufl., S. 181-194). Bern: Verlag Hans Huber.
- Walker, Lenore E. A. (2000). *The Battered Woman Syndrome* (2. Aufl.). New York: Springer Publishing Company.
- Weber, Esther (2005). *Beratungsmethodik in der Sozialarbeit. Das Unterrichtskonzept der Beratungsmethodik an der Hochschule für Soziale Arbeit Luzern* (2. Aufl.). Luzern: interact.
- Welter-Enderlin, Rosmarie (2006). Einleitung: Resilienz aus der Sicht von Beratung und Therapie. In Rosmarie Welter-Enderlin & Bruno Hildenbrand (Hrsg.), *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände* (S. 7-19). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Welter-Enderlin, Rosmarie (2010). *Resilienz und Krisenkompetenz. Kommentierte Fallgeschichten*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

Werner, Emmy E. (2011). Risiko und Resilienz im Leben von Kindern aus multiethnischen Familien. In Margherita Zander (Hrsg.), *Handbuch Resilienzförderung* (S. 32-50). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Wustmann, Corina (2009). *Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern* (2. Aufl.). Düsseldorf: Cornelsen Verlag.

Anhang

Rechercheprotokoll von Bachelor-Arbeiten

Frage 1:

<i>Datum</i>	<i>Zeitdauer</i>	<i>Suchbegriff</i>	<i>Such-instrument</i>	<i>Auswahl-kriterium</i>	<i>Aufbewahrtes Dokument</i>	<i>Quellentyp</i>	<i>Inhalt</i>	<i>Relevanz</i>
25.02.11	45'	Häusliche Gewalt AND Trauma	IDS Schweiz	Aktualität Angemessenheit bzgl. Fragestel- lung	- Kraemer, Horst (2003). Das Trauma der Gewalt. - Godenzi, Alberto (1993). Gewalt im sozialen Nahraum. - Pflüger, Peter M. (Hrsg.) (1992). Gewalt – warum? - Peichl, Jochen (2008). Destruktive Paarbeziehungen. Das Trauma inti- mer Gewalt.	- Monographie - Monographie - Monographie - Monographie	- Wie Gewalt entsteht und sich auswirkt, Psychotraumata und ihre Behandlung (Beschreibungs-, Erklärungswissen) - Verknüpfung der familienzentrierte und geschlechterzentrierten Perspektive von Gewalt. Begrifflichkeiten, theoretische Entwürfe, empirische Erkenntnisse, Ansätze zur Prävention und Intervention (Beschreibungs-, Erklärungswissen) - Wie entsteht Gewalt? Gehört sie zur Natur des Menschen? Wie kann man sie bändigen? (Beschreibungs-, Erklä- rungswissen) - Warum geraten manche Menschen immer wieder in destruktive Paarbezie- hungen? Spirale der Gewalt (Beschreibungs-, Erklärungswissen)	*** *** * ***
28.02.11	60'		IDS Luzern	Angemessenheit der Fragestellung	- Schweizerische Konferenz der Gleichstellungsbeauftragten (Hrsg.) (1997). Beziehung mit Schlagseite. Gewalt in Ehe und Partnerschaft.	- Forschungsbericht	- Resultate einer Untersuchung zu häus- licher Gewalt in der Schweiz (Beschrei- bungswissen)	***

					- Dlugosch, Sandra (2010). Mitten-drin oder nur dabei.	- Monographie	- Perspektive der Kinder, welche von häuslicher Gewalt mitbetroffen sind (Beschreibungs-, Erklärungswissen)	*
01.03.11	5*		Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Wirth, Ursula (1992). Seelenmord. Inzest und Therapie.	- Monographie	- Inzest und Trauma (Beschreibungs-, Erklärungswissen)	*
02.03.11	30*		Swissbib	Angemessenheit der Fragestellung	- Riegger-Rössler, Anita & Rohde, Anke (2001). Psychische Erkrankungen bei Frauen. Für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie.	- Monographie	- Borderline (Beschreibungs-, Erklärungswissen)	*
					- Bohus, Martin (2002). Borderline-Störung. Fortschritte der Psychotherapie.	- Monographie	- Borderline (Beschreibungs-, Erklärungswissen)	*
04.03.11	30*	Häusliche Gewalt, Frauen, Trauma	IDS Luzern	Angemessenheit der Fragestellung	- Olbricht, Ingrid (2004). Wege aus der Angst. Gewalt gegen Frauen.	- Monographie	- Sexualisierte Gewalt und ihre Spuren, weibliche Traumaopfer, Folgen, Hilfs- und Therapiemöglichkeiten (Beschreibungs-, Handlungswissen)	***
					- Gschwend, Gaby (2006). Nach dem Trauma. Ein Handbuch für Betroffene und ihre Angehörigen.	- Monographie	- Handbuch für Betroffene und Angehörige, Folgen verstehbar machen und damit umgehen können (Handlungswissen)	***
					- Gomolla, Annette (2009). Auswirkungen häusliche Gewalt auf Kinder und ihre Mütter unter Gesichtspunkten einer entwicklungsorientierten Psychotraumatologie.	- Dissertation	- Häusliche Gewalt als komplexes Traumafeld, Traumatisierung und Auswirkungen auf Erwachsene und Kinder (Beschreibungs-, Erklärungswissen)	**
					- Herman, Judith Lewis (1993). Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und über-	- Monographie	- Bilanz aus 20 Jahren Forschung und therapeutischer Arbeit mit Opfern von häuslicher Gewalt. Analyse von trauma-	***

					winden.		tischen Erfahrungen und Symptome. Wege und Methoden der Behandlung (Erklärungs-, Handlungswissen)	
08.03.11	30'	Psychische Störungen, Trauma, Borderline	IDS Luzern	Angemessenheit bzgl. Fragestellung	<ul style="list-style-type: none"> - Hahlweg, Kurt & Baucom, Donald H. (2008). Partnerschaft und psychische Störung. - Felber, Priska & Wagemann, Karin (2007). HassLiebe. - Fischer, Gottfried & Riedesser, Peter (2009). Lehrbuch der Psycho-traumatologie. - Bausum, Jacob; Better, Lutz; Kühn, Martin & Weiss, Wilma (2009). Traumapädagogik. 	<ul style="list-style-type: none"> - Monographie - Diplomarbeit - Monographie - Monographie 	<ul style="list-style-type: none"> - Beziehungskonflikte, Paarbeziehung, Therapie in der Partnerschaft (Beschreibungs-, Erklärungswissen) - Borderline-Persönlichkeitsstörung, Pathologie, Erklärungsansätze, Behandlungsmöglichkeiten (Erklärungs-, Handlungswissen) - „Bibel“ der Psychotraumatologie Seelische Verletzungen, ihre Ursachen und Folgen, Prävention, Rehabilitation und therapeutische Möglichkeiten (Beschreibungs-, Erklärungswissen) - Heimarbeit mit Kinder, Pädagogik (Erklärungs-, Handlungswissen) 	<ul style="list-style-type: none"> * * *** *
08.03.11	30'	Häusliche Gewalt	IDS Luzern	Angemessenheit bzgl. Fragestellung	<ul style="list-style-type: none"> - Schneiter, Kranich & Eggenberger, Lindauer (2004). Gemeinsam gegen häusliche Gewalt. - Brückner, Margrit (2002). Wege aus der Gewalt gegen Frauen und Mädchen. - Dutton, Mary Ann (2002). Gewalt gegen Frauen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Monographie - Monographie - Monographie 	<ul style="list-style-type: none"> - Definition von häuslicher Gewalt, Ist-Zustand der staatlichen Interventionen (Erklärungs-, Handlungswissen) - Verschiedene Formen der Gewalt, Prävention, Opferarbeit (Beschreibungs-, Handlungswissen) - Posttraumatische Belastungsstörungen und allg. psychische Auswirkungen des Missbrauchs, Strukturierung der Intervention bei Opfern von Gewalt in der Familie (Beschreibungs-, Handlungs- 	<ul style="list-style-type: none"> *** *** ***

					- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG) (2008). Aktueller Forschungsstand zu Opfern und Tatpersonen häuslicher Gewalt.	- Monographie	wissen) - Aktueller Forschungs- und Wissensstand (Beschreibungswissen)	***
08.03.11	15'	Posttraumatische Belastungsstörung	Springer Link	Angemessenheit bzgl. Fragestellung	- Jelinek, L.; Randjbar, S.; Moritz, S.; Heinemann, A.; Püsche, K. & Seifert, D. (2007). Posttraumatische Belastungsstörung bei Opfern von Gewalttaten.	- Fachartikel	- Hintergründe und Zusammenhänge von PTBS und häuslicher Gewalt (Beschreibungs-, Erklärungswissen)	***
18.03.11	30'	Trauma AND häusliche Gewalt	Swissbib	Angemessenheit bzgl. Fragestellung	- Darms, Brigitta (2008). Trauma und Identität	- Bachelorarbeit	- Trauma und wie sich dieses auf die Identitätsbildung auswirkt und wie die SA intervenieren kann. (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)	***
25.03.11	15'	Gewalt in Partnerschaften	Swissbib	Angemessenheit bzgl. Fragestellung	- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Gewalt gegen Frauen in Partnerschaften.	- Forschungsprojekt	- Erläuterung der Forschungsergebnisse in Deutschland (Beschreibungswissen)	**
05.04.11	5'	Lebensbereiche	Swissbib	Angemessenheit bzgl. Fragestellung	- Für Arbeit nichts Relevantes gefunden			
05.04.11	5'	Theorien AND Lebensbereiche	Swissbib	Angemessenheit bzgl. Fragestellung	- Für Arbeit nichts Relevantes gefunden			
05.04.11	5'	Lebensbereiche	Unterlagen Modul 002	Angemessenheit bzgl. Fragestellung	- Husi, Gregor (2007). Skript. Die Differenziertheit der Gesellschaft.	- Unterrichtsskript	- Verschiedene Arten von Differenziertheit, Identität, Bedeutung für Soziale Arbeit (Erklärungswissen)	**
05.04.11	5'	Arbeit AND häusliche Gewalt	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Für Arbeit nichts Relevantes gefunden.			

05.04.11	5*	Arbeit AND Trauma	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Boss, Pauline G.; Sluzki, Carlos; Hildenbrand, Bruno & Hildenbrand, Astrid (2008). Verlust, Trauma und Resilienz.	- Monographie	- Therapeutische Arbeit mit dem "uneindeutigen Verlust" (Handlungswissen)	*
05.04.11	60*	Häusliche Gewalt	Springer Link	Angemessenheit bzgl. Fragestellung	- Brzank, P. & Hellbernd, H. (2007). SOPHI Social Science and Public Health Institute, BRD. Häusliche Gewalt und Gesundheit: Was können wir aus internationalen Erfahrungen für Deutschland lernen? - Jundt, Katharina & Friese, Klaus (2009). Gewalt an Frauen. - Brzank, Paul (2009). (Häusliche) Gewalt gegen Frauen: sozioökonomische Folgen und gesellschaftliche Kosten. - Neises, M. (2009). Schwangere in Not-häusliche Gewalt.	- Tagungsbericht - Zeitschriftenartikel - Zeitschriftenartikel - Zeitschriftenartikel	- Häusliche Gewalt, Studien über Deutschland (Beschreibungswissen) Gewaltausübungen, Gründe und Folgen der Gewalt (Beschreibungs-, Erklärungswissen) - Folgen der häuslichen Gewalt für die Gesellschaft, Kosten für die Gesellschaft, Makroebene (Beschreibungs-, Erklärungswissen) - Häusliche Gewalt während der Schwangerschaft, Erklärungsversuche (Erklärungswissen)	* *** *** *
05.04.11	20*	Häusliche Gewalt AND Trauma	Springer Link	Angemessenheit bzgl. Fragestellung	- Ermann, Michael (2005). Trauma und Traumafolgen aus psychodynamischer Sicht.	- Zeitschriftenartikel	- Traumaerläuterungen, Folgen von Trauma (Beschreibungs-, Erklärungswissen)	**
08.04.11	120*	Suche nach Autoren auf Literaturliste von Gewaltmodul	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Gahleitner Silke Birgitta, Gundersen Connie Lee (Hrsg.) (2008) Frauen, Trauma, Sucht. - Gahleitner, Silke Birgitta (2005) Sexuelle Gewalt und Geschlecht. Hilfen zur Traumabewältigung bei	- Monographie - Monographie	- Verknüpfung beider Problemfelder, verschiedene Expertenmeinungen (Beschreibungs-, Erklärungswissen) - Qualitativ und geschlechtsdifferenziert ausgewertete Ergebnisse kombiniert mit Resultaten der aktuellen Trauma und	*** **

					Frauen und Männern. - Sanderson, Christiane (2010). Counselling Survivors of Inerpersonal Trauma.	- Monographie	Geschlechterforschung (Beschreibungswissen) - Über verschiedene Traumaformen, interpersonal Trauma, Reaktion auf Missbrauch, wichtig in Beratung (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)	**
08.04.11	10*	Herman, 2006	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Nicht ausleihbar!			
08.04.11	60*	Cornelia Helfferich	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Helfferich, Cornelia (2006). Muster von Gewaltbeziehungen. In Hoffmann, J. & Wondrak, I. Häusliche Gewalt und Tötung des Intimpartners.	- Aufsatz aus Sammelchrift	- Erläuterungen über die vier Muster (Erklärungswissen)	***
08.04.11	60*	- Fakten zu Häusliche Gewalt	- Bundesamt für Statistik - Eidgenössisches Büro für Gleichstellung EGB	Inhaltliche Differenziertheit	- Diverse Statistiken und Fakten sowie Infoblätter zu häuslicher Gewalt.	- Statistik und Infoblätter	- Fakten und Zahlen (Beschreibungswissen)	***
08.04.11	15*	- Fakten zu Trauma	- Bundesamt für Statistik - Eidgenössisches Büro für Gleichstellung EGB	Inhaltliche Differenziertheit	- Keinen Treffer - Keinen Treffer			
08.04.11	60*	Domestic violence AND trauma	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Nicolson, Paula (2010). Domestic violence and psychology.	- Monographie	- Fakten, Typen, Trauma, aber hauptsächlich Fokus auf Feminismus, Therapie (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)	**

					<ul style="list-style-type: none"> - Bowen, Ellen L. (2009) Domestic violence treatment for abusive women. - Williamson, Emma (2009) The health system response to domestic violence. In Evan Stark & Eve S. Buzawa (Hrsg.), violence against women. - White, William Alanon (1938). Psychiatry interpersonal and biological processes a journal of the Washington School of Psychiatry. 	<ul style="list-style-type: none"> - Monographie - Artikel aus Sammelband - Zeitschriftartikel 	<ul style="list-style-type: none"> - Frauen als Täter und deren Therapie (Beschreibungs-, Handlungswissen) - Häusliche Gewalt im Gesundheitsbereich, sprich Spital (Beschreibungs-, Erklärungswissen) - Untersuchung über Trauma bei Kriegsveteranen (Beschreibungs-, Erklärungswissen) 	<ul style="list-style-type: none"> * ** *
08.04.11	30*	Killias Schweiz	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Killias, Martin; Simonin, Mathieu & De Puy, Jacqueline (2005). Violence experienced by women in Switzerland over their lifespan.	- Forschungsbericht	- Ergebnisse der Forschung zu häuslicher Gewalt (Beschreibungswissen)	**
08.04.11	30*	Gewaltforschung	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Heitmeyer, Wilhelm & Hagan, John (2002). Internationales Handbuch der Gewaltforschung.	- Artikel aus Sammelband	- Gewalt im Allgemeinen. Häusliche Gewalt wird in einem Kapitel angesprochen, allerdings sehr oberflächlich. Einige Erklärungsmodelle für allgemeine Gewalt (Beschreibungs-, Erklärungswissen)	*
08.04.11	30*	Gewalt	Kantonale Fachstelle für Gleichstellung Kanton Zürich	Inhaltliche Differenziertheit	<ul style="list-style-type: none"> - Gloor, Daniela & Meier, Hanna (2004). Frauen, Gesundheit und Gewalt im sozialen Nahraum. - Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich (Hrsg.) (2010). Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. 	<ul style="list-style-type: none"> - Forschungsarbeit - Sammelband 	<ul style="list-style-type: none"> - Folgen der Gewalt, Zusammenhang zwischen Gesundheit und Gewalterfahrungen (Beschreibungs-, Erklärungswissen) - Definition von häuslicher Gewalt, Risikofaktoren, Auswirkungen und Folgen häuslicher Gewalt. Interventionen (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen) 	<ul style="list-style-type: none"> *** ***

08.04.11	15'	Lea Hollenstein Franziska Greber	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Für Arbeit nichts Relevantes gefunden.			
08.04.11	30'	Häusliche Gewalt AND Beziehungen	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Gahleitner, Silke Birgitta & Lenz, Hans-Joachim (Hrsg.) (2007). Gewalt und Geschlechterverhältnis. - Egger, Renate; Fröschl, Elfriede; Lercher, Lisa; Logar, Rosa & Sieder, Hermine (1997). Gewalt gegen Frauen in der Familie. - Gloor, Daniela; Meier, Hanna & Verwey, Martine (1995). Frauenalltag und soziale Sicherheit. - Brückner, Margrit (1983). Die Liebe der Frauen.	- Monographie - Monographie - Monographie - Monographie	- Die Situation der Opfer, Frauen als Opfer, Gewaltbegriff (Beschreibungswissen) - Formen und Muster von Gewalt, Folgen der Gewalt, Aufgabe der Sozialen Arbeit, Präventive Beratung (Beschreibungs-, Handlungswissen) - Gesundheit und Wohlbefinden, die Institution Frauenhaus und ihre Konzepte (Beschreibungs-, Erklärungswissen) - Gesellschaftliche Bilder von häuslicher Gewalt, das Schicksal der gewaltbetroffenen Frauen (Beschreibungswissen)	** *** ** *
08.04.11	120'	Suche nach Autoren auf Literaturliste von Gewaltmodul	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Hasler, Sonja & Heeb Andrea (2002). Wenn der Partner gewalttätig wird... Aufgaben der Gesellschaft, Sozialarbeit, Polizei und Justiz. - Hagemann-White, Carol (1992). Strategien gegen Gewalt im Geschlechterverhältnis. - Gabriel, Sonya (2004) Gewalt in Ehe und Partnerschaft. Strategien und Konzepte in der Arbeit mit betroffenen Frauen.	- Diplomarbeit - Monographie - Monographie	- Umgang Soziale Arbeit mit Gewalt (Handlungswissen) - Studie, Bestandsanalyse HelferInnen-system in Niedersachsen und daraus folgende Grundsätze und konkrete Vorschläge (Beschreibungs-, Handlungswissen) - Projekte und Konzepte aus In- und Ausland (Beschreibungswissen)	* * **
15.04.11	60'	Studie über Gewalt	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Bond-Dal Molin, Jasmine & Os-	- Forschungsbericht	- Verschiedene Fakten zu häuslicher	*

				renziertheit Aktualität	wald, Edith (1994). Eine Studie über Gewalt gegen Frauen in der Stadt Zürich.		Gewalt, plus mögliche Erklärungen von 1994 (Beschreibungs-, Erklärungswissen)	
26.04.11	120'	Häusliche Gewalt	Wiso	Inhaltliche Differenziertheit	<p>- Lenz, Karl & Nestmann, Frank (2009). Handbuch persönliche Beziehungen.</p> <p>- Brückner, Margrit (2009). Gewalt in Geschlechterverhältnis. Sozialwissenschaftlicher Blick auf häusliche Gewalt. In Schweer, Martin K.W. (Hrsg.) (2009). Sex und Gender.</p> <p>- Brzank, Paul (2010). Häusliche Gewalt und Gesundheit: Stand der internationalen Forschung und Diskussion.</p> <p>- Ärzte Zeitung (2005). Wie Hausärzte Gewalt als Ursache von Krankheit erkennen können.</p> <p>- Ärzte Zeitung (2005). Wie erkennt man, dass ein Patient Opfer von häuslicher Gewalt ist – und was sollte man dann tun?</p> <p>- Ärzte Zeitung (2003). Frauen sprechen Gewalt nicht an, sie müssen danach gefragt werden.</p> <p>- Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation (2001). Posttraumatische Belastungsstörung – Die Behandlung von Opfern sozialer Gewalt – Erfahrungen und Konzepte.</p>	<p>- Artikel in Sammelband</p> <p>- Artikel in Sammelband</p> <p>- Zeitschriftartikel</p> <p>- Zeitschriftartikel</p> <p>- Zeitschriftartikel</p> <p>- Zeitschriftartikel</p>	<p>- Über persönliche Beziehungen, generelle Erklärungen, Theorien (Beschreibungs-, Erklärungswissen)</p> <p>- Kurze Erläuterung über was häuslicher Gewalt ist, wie entsteht, Gewaltzyklus und Muster der Gewaltdynamik (Beschreibungs-, Erklärungswissen)</p> <p>- Über häusliche Gewalt und Gesundheit (Beschreibungs-, Erklärungswissen)</p> <p>- Erkennen von Gewalt für Ärzte (Beschreibungs-, Handlungswissen)</p> <p>- Erkennen von Gewalt für Ärzte (Beschreibungs-, Handlungswissen)</p> <p>- Erkennen und Ansprechen von Gewalt für Ärzte (Beschreibungs-, Handlungswissen)</p> <p>- Ausmass, Begriffe, Ursachen, rechtliche Rahmenbedingungen, Interventionen häuslicher Gewalt (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)</p>	<p>*</p> <p>**</p> <p>**</p> <p>*</p> <p>*</p> <p>*</p> <p>**</p>

					- Heidrich, Martin & Rohleder, Christiane (2005) Häusliche Gewalt und Soziale Arbeit. Ein Arbeitsfeld im Umbruch. In Brigitte Hasenjürgen & Christiane Rohleder (Hrsg.). Geschlecht im Sozialen Kontext. Perspektiven für die soziale Arbeit. - Bauriedl, Thea (2001). Wege aus der Gewalt. Die Befreiung aus dem Netz der Feindbilder.	- Artikel in Sammelband - Monographie	- Ansätze mobile, aufsuchende Beratung und pro-aktiv- Ansatz diskutiert, Ausmass häusliche Gewalt, Bezug auf Lebensbereich Gesundheit (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen) - Wege aus der Sprachlosigkeit, miteinander in Kontakt kommen, Konflikte austragen, sich von Feindbildern lösen (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)	** *
26.04.11	15'	Walker L.E.	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Walker, Lenore E. (2000). The battered women syndrom.	- Monographie	- Über Gewaltkreislauf (Erklärungswissen)	***
27.04.11	30'	Gewalt AND Beziehung	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Bereits erwähntes gefunden.			
01.06.11	30'	DSM-IV-TR Reddemann	Swissbib Suchmaschinen Swissbib	Nachprüfbarkeit der Inhalte Inhaltliche Differenziertheit	- Sass, Henning, Wittchen, Hans-Ulrich; Zaudig, Michael & Houben, Isabel (2003). Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR. - Reddemann, Luise; Dehner-Rau Cornelia (2004) Trauma. Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen.	- Monographie - Monographie	- Klassifikation psychischer Erkrankungen, deutsche Übersetzung (Erklärungswissen) - Erklärt Entstehung von Trauma (Erklärungswissen)	*** ***
11.06.11	10'	Michaela Huber, 2005	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Huber, Michaela (2009). Trauma und die Folgen.	- Monographie	- Verlauf Traumatisierung, Vorgänge im Hirn, PTBS (Erklärungswissen)	***
11.06.11	15'	ICD-10	http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diag	Inhaltliche Differenziertheit	- ICD-10-WHO Version 2011 Kapitel V Psychische und Verhaltensstö-	- Online- Version 2011	- Psychische Krankheitsbilder (Beschreibungswissen)	**

			nosen/icd10/htmlamt2011/block-f40-f48.htm		rungen (F00-F99).			
16.06.11	5*	World report on violence and health	google	Inhaltliche Differenziertheit	- World Health Organization (2005). World report on violence and health.	- Forschungsbericht	- Internationaler Bericht über Gewalt, Einführung ökonomisches Modell (Beschreibungs-, Erklärungswissen)	**
17.06.11	5*	Marianne Schwander, 2003	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Schwander, Marianne (2003). Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt.	- Forschungsbericht	- Wichtige Definitionen von häuslicher Gewalt, Ausmass, Erklärungen (Beschreibungs-, Erklärungswissen)	**
17.06.11	5*	Büchler, Andrea (1998).	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Büchler, Andrea (1998). Gewalt in Ehe und Partnerschaft.	- Monographie	- Definition zu häuslicher Gewalt, Erklärungen (Beschreibungs-, Erklärungswissen)	**
19.06.11	5*	Studie zu häuslicher Gewalt, Migrantinnen	www.beobachtungssstelle.ch	Inhaltliche Differenziertheit	- Beobachtungsstelle für Asyl- und Ausländerrecht (2011). Häusliche Gewalt und Migrantinnen.	- Forschungsbericht	- Neuster Bericht zu häuslicher Gewalt in der Schweiz über Migrantinnen (Beschreibungs-, Erklärungswissen)	*
19.06.11	5*	Johnson A Typology of Domestic Violence	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Johnson, Michael (2008) A Typology of Domestic Violence	- Monographie	- Verschiedene Typen von häuslicher Gewalt (Beschreibungs-, Erklärungswissen)	**
25.06.11	15*	Lebensbereiche	SozialAktuell	Inhaltliche Differenziertheit	- Haller, Dieter (2011). Ein Problem kommt selten allein. KlientInnen der Sozialhilfe in mehrfach problematischen Lebenssituationen.	- Zeitschriftenartikel	- Fünf Lebensbereiche der Sozialen Arbeit (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)	**
04.07.11	10*	Modell der Übergänge AND Helferich	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Keinen Treffer			
10.07.11	15*	Häusliche Gewalt AND Armut	Google, http://www.salzburg.gv.at/pdf-	Inhaltliche Differenziertheit	- Thaler-Haag, Birgit (2008). Strukturelle Gewalt-Gewalt gegen Frauen und Armut.	- Forschungsbericht	- Zusammenhang von häuslicher Gewalt und Armut (Erklärungswissen)	***

			strukturelle_gewalt.pdf					
10.07.11	5*	Van der Kolk 2000	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Van der Kolk, B. A.; McFarlane; A. C. & Weisaeth, L. (2000). Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie.	- Monographie	- Trauma, Therapie (Beschreibungs- und Handlungswissen)	**
11.07.11	5*	Coercive control	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Stark, Evan (2007). Coercive Control. How Men entrap Women in Personal life	- Monographie	- Erklärungen zu interpersoneller Gewalt (Erklärungswissen)	*

Frage 2:

<i>Datum</i>	<i>Zeitdauer</i>	<i>Suchbegriff</i>	<i>Suchinstrument</i>	<i>Auswahlkriterium</i>	<i>Aufbewahrtes Dokument</i>	<i>Quellentyp</i>	<i>Inhalt</i>	<i>Relevanz</i>
25.03.11	30*	Resilienz	IDS-Schweiz	Inhaltliche Differenziertheit	- Luther, Karin (ohne). Was bedeutet Resilienz und kann es SozialarbeiterInnen ein Handlungsmodell bieten, welches sich in Verbindung mit der Lebensweltorientierung bringen lässt? Betrachtung des lebensweltorientierten Konzepts nach Thiersch.	- Studienarbeit	- Konzept der Resilienz im Zusammenhang mit Lebensweltorientierung nach Thiersch. (Erklärungswissen)	**
01.04.11	15*	Resilienz	IDS-Luzern	Inhaltliche Differenziertheit	- Wustmann, Corina (2004). Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern.	- Monographie	- Erklärungswissen, Handlungswissen, Resilienzdefinitionen (und Beschreibungswissen)	***
08.04.11	15*	Schutz- und Risikofaktoren	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Jack, Michael Joachim (2009). Beschreibung der Zusammenhänge zwischen psycho-physiologischen Risiko- und Schutzfaktoren der Gesundheit.	- Dissertation	- Über Herzkreislaufisiko (Beschreibungs-, Erklärungswissen)	*

08.04.11	30'	Risiko- und Schutzfaktoren	Swissbib	Inhaltliche Differenzierung	- Fröhlich-Gildhoff, Klaus & Rönnau-Böse, Maïke (2009). Resilienz. - Mayrhofer, Susanne (2008). Frauen in der Psychiatrie.	- Monographie - Monographie	- Konzepte und aktuelle Forschungsergebnisse, Salutogenese, Bedeutung und Wirkung von Prävention, Resilienzfaktoren (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen) - Soziale Netzwerke als soziale Ressource, Erläuterung von Risiko- und Schutzfaktoren (Beschreibungswissen)	*** ***
15.04.11	30'	Trauma AND Resilienz	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Bereits erwähntes gefunden.			
22.04.11	15'	Psychiatry: Interpersonal and biological processes	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Norris, F.H.; Friedman, M.J.; Watson, P.J.; Byrne, C.M.; Diaz, E. & K. Kaniasty (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981- 2001 Psychiatry: interpersonal and biological processes	- Fachzeitschrift	- Traumatisierung von Natur und Technischen Katastrophenopfern (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)	*
15.05.11	45'	Resilienz AND Risiko- und Schutzfaktoren	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Fredersdorf, Frederic & Himmer, Michael (Hrsg.) (2010). Junge Sozialarbeitswissenschaft. Diplomarbeiten zu relevanten Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit. - Zander, Margherita (Hrsg.) (2011). Handbuch Resilienzförderung. - Nord, Sabine (2008). Resilienz-Ressourcen im Umgang mit Belastungen. - Welter-Enderlin, Rosmarie & Hildenbrand, Bruno (Hrsg.) (2006).	- Monographie - Monographie - Monographie - Monographie	- Die Bedeutung der Ressourcen- und Resilienzorientierung in der Sozialen Arbeit (Bewertungs-, Erklärungswissen) - Wie lässt sich das Resilienz-Konzept einsetzen, Resilienzförderung in der Beratung (Handlungswissen) - Forschungsergebnisse zu Resilienz, Spezifische Untersuchungen (Beschreibungswissen) - Resilienz aus der Sicht von Beratung, Trauma und Resilienz, Resilienz in	*** *** * ***

					Resilienz-Gedeihen trotz widriger Umstände. - Brooks, Robert & Goldstein, Sam (2001). Das Resilienz-Buch. Wie Eltern ihre Kinder fürs Leben stärken. - Loth, Franziska (2008). Das Konzept der Resilienz. - Welter-Enderlin, Rosmarie (2010). Resilienz und Krisenkompetenz. Kommentierte Fallgeschichte.	- Monographie - Studienarbeit - Monographie	Krise und Krisenbewältigung. (Beschreibungs-, Handlungswissen) - Fehler und Rückschläge verstehen, Hauptsächlich Erziehungsbezüge (Erklärungswissen) - Was ist Resilienz, Ressourcen, Risiko- und Schutzfaktoren (Erklärungswissen) -Resilienzforschung, Resilienzdefinitionen, Schutz- und Risikofaktoren (Beschreibungs-, Erklärungswissen)	* *** ***
27.05.11	15'	Resilienz AND Erwachsene	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Für Arbeit nichts Relevantes gefunden.			
27.05.11	20'	Resilienz AND Erwachsenenalter	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Fooker, Insa & Zinnecker, Jürgen (Hrsg.) (2007). Trauma und Resilienz. Chancen und Risiken lebensgeschichtlicher Bewältigung von belasteten Kindheiten. - Oerter, Rolf & Montada, Leo (Hrsg.) (2008), Entwicklungspsychologie.	- Monographie - Monographie	- Definitionen von Resilienz, Risiko- und Schutzfaktoren (Beschreibungswissen) - Resilienz und Entwicklung, wie Resilienz entsteht (Beschreibungs-; Erklärungswissen)	*** **
31.05.11	45'	Salutogenese	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Antonovsky, Aaron (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. - Bengel, Jürgen, Strittmatter, Regine & Willmann, Hildegard (1998). Was erhält Menschen Gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese-	- Monographie - Monographie	- Das Konzept der Salutogenese, Coping, Kohärenzgefühl (Beschreibungs-, Erklärungswissen) - Das Konzept der Salutogenese, Kohärenzgefühl, Diskussion (Beschreibungs-, Erklärungswissen)	*** ***

					Diskussionsstand und Stellenwert. - Köppel, Monika (2003). Salutogenese und Soziale Arbeit. - Lorenz, Rüdiger (2004). Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler.	- Monographie - Monographie	- Das Konzept der Salutogenese, Ansatz der WHO, Gesundheitsförderung, Gesundheit (Beschreibungs-, Erklärungswissen) - Kohärenzgefühl, das Konzept der Salutogenese, Ressourcen verstärken (Beschreibungs-, Erklärungswissen)	*** ***
02.06.11	15'	Martin Hafen	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Hafen, Martin (2007). Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis. - Hafen, Martin (2007). Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese.	- Monographie - Monographie	- Salutogenese, Kohärenz, Risiko- und Schutzfaktoren, Gesundheitsförderung, WHO (Beschreibungs-, Erklärungswissen) - Auseinandersetzung mit dem Salutogenesekonzept (Beschreibungs-, Erklärungswissen)	** ***
02.06.11	30'	Schutzfaktoren	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Gahleitner, Silke & Hahn, Gernot (Hrsg.) (2010). Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit-Risiko, Resilienz und Hilfen.	- Monographie	- Bezug von Resilienz und Trauma, Bedeutung von Risiko- und Schutzfaktoren, Definitionen (Beschreibungs-, Erklärungswissen)	***
02.06.11	20'	Franz Petermann	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Petermann, Franz (Hrsg.) (2008). Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie.	- Monographie	- Resilienz und Vulnerabilität, Schutz- und Risikofaktoren (Beschreibungs-, Erklärungswissen)	***
07.06.11	25'	Gesundheit, psychische Gesundheit	Internet	Inhaltliche Differenziertheit	- Gesundheitsförderung Schweiz (2005). Psychische Gesundheit-Stress. Wissenschaftliche Grundlagen für eine nationale Strategie zur Stressprävention und Förderung psychischer Gesundheit in der Schweiz.	- Forschungsprojektbericht	- Risiko- und Schutzfaktoren, was heisst Gesundheit, psychische Gesundheit (Beschreibungs-, Erklärungswissen)	***

30.06.11	30'	Positive Psychologie	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	<p>- Auhagen, Ann Elisabeth (Hrsg.) (2004). Positive Psychologie. Anleitung zum „besseren“ Leben.</p> <p>- Seligman, Martin E. P. (2010). Der Glücks-Faktor. Warum Optimisten länger leben.</p>	<p>- Monographie</p> <p>- Monographie</p>	<p>- Positive Psychologie, positives Denken, Geborgenheit (Beschreibungs-, Erklärungswissen)</p> <p>- Positive Psychologie, positive Emotionen, Zufriedenheit, Stärken und Tugenden erkennen (Beschreibungs-, Erklärungswissen)</p>	<p>***</p> <p>***</p>
30.06.11	25'	Positive Psychologie	Wiso	Inhaltliche Differenziertheit	<p>- Ringletter, M. (Hrsg.) (2011). Betriebliche Positivität: Eine Bestandsaufnahme auf der Grundlage Positiver Psychologie.</p> <p>- Herlt, Susanne (2006). Entwicklungstendenzen in der Personalauswahl und -entwicklung. Ein Fallbeispiel zur Anwendung der Positiven Psychologie.</p> <p>- Jork, Klaus & Peseschkian, Nossrat (Hrsg.) (2003). Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden-gesund bleiben.</p>	<p>- Buchartikel</p> <p>- Buchbesprechung</p> <p>- Monographie</p>	<p>- Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz, positive Wahrnehmungslenkung in Organisationen, positives Interaktionsverhalten (Beschreibungs-, Erklärungswissen)</p> <p>- Positive Psychologie, Stärken- und schwächenbasierte Entwicklungsansätze (Beschreibungs-, Erklärungswissen)</p> <p>- Salutogenese nach Aaron Antonovsky in der Psychotherapie, psychotherapeutische Ansätze (Beschreibungs-, Erklärungswissen)</p>	<p>*</p> <p>*</p> <p>*</p>
30.06.11	30'	Gesundheitskonzepte AND Gesundheitsförderung	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	<p>- Biendarra, Ilona & Weeren, Marc (Hrsg.) (2009). Gesundheit-Gesundheiten?. Eine Orientierungshilfe.</p> <p>- Hurrelmann, Klaus; Laaser, Ulrich & Razum, Oliver (Hrsg.) (2006). Handbuch Gesundheitswissenschaften.</p> <p>- Bengel, Jürgen & Jerusalem,</p>	<p>- Monographie</p> <p>- Monographie</p> <p>- Monographie</p>	<p>- Gesundheit als oberstes Gut, allgemeine Gesundheitsdefinitionen, Resilienz (Beschreibungs-, Erklärungswissen)</p> <p>- Schutz- und Risikofaktoren, Definitionen von Gesundheit, Gesundheitswissenschaften (Beschreibungs-, Erklärungswissen)</p> <p>- Soziale Unterstützung, Ressourcen und</p>	<p>**</p> <p>**</p> <p>**</p>

					Matthias (Hrsg.) (2009). Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. - Ruckstuhl, Brigitte (2011). Gesundheitsförderung. Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health-Perspektive. - Faltermaier, Toni (1994). Gesundheitsbewusstsein und Gesundheits handeln.	- Monographie - Monographie	Ressourcen für die Lebensbereiche (Beschreibungs-, Erklärungswissen) - Soziale Bewegungen, Prävention, Gesundheitsbewegung, Definition von Gesundheit (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen) - Gesundheitsförderung, Gesundheitsbewusstsein, Salutogenese, Gesundheit im Alltag (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)	** **
05.07.11	15'	Ressourcen AND Risiko- und Schutzfaktoren	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Lenz, Albert (2010). Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern.	- Monographie mit CD-ROM	- Ressourcen, Risiko- und Schutzfaktoren in Bezug auf Kinder. Was können Eltern für ihre Kinder tun. (Beschreibungs- und Erklärungswissen)	*

Frage 3:

<i>Datum</i>	<i>Zeitdauer</i>	<i>Suchbegriff</i>	<i>Suchinstrument</i>	<i>Auswahlkriterium</i>	<i>Aufbewahrtes Dokument</i>	<i>Quellentyp</i>	<i>Inhalt</i>	<i>Relevanz</i>
18.03.11	30'	Häusliche Gewalt AND Beratung	Swissbib	Angemessenheit bzgl. Fragestellung	- Gadola, Gabriela (2007). Beratung und Postvention von schwangeren Frauen, die durch ihren Partner häusliche Gewalt erleben.	- Diplomarbeit	- Häusliche Gewalt, Trauma, schwangere Frauen und Beratung (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)	***
05.04.11	15'	Häusliche Gewalt AND Interventionen	IDS-Luzern	Angemessenheit bzgl. Fragestellung	- Seith, Corinna (2003). Öffentliche Interventionen gegen häusliche Gewalt.	- Monographie	- Folgen für die Opfer, Ausmass von Gewalt in der Ehe und Partnerschaft (Beschreibungs-, Handlungswissen)	***
05.04.11	15'	Häusliche Gewalt AND Interventionen	Springer Link	Angemessenheit bzgl. Fragestellung	- Hellbernd, H.; Brzank, P.; May, A. & Maschewsky-Schneider, U. (2005). Das S.I.G.N.A.L.- Interventionsprogramm gegen Gewalt an	- Zeitschriftenartikel	- Konkretes Interventionsprogramm, therapeutisch (Handlungswissen)	*

					Frauen.			
08.04.11	15*	Cornelia Helfferich	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Helfferich Cornelia (2007). Häusliche Gewalt und Geschlechterbeziehungen – neue Gerechtigkeitsdiskurs, moralische Dilemma und offene Fragen. In Schwendemann, W. & Marquart, R.: 450 Jahre Reformation in Baden.	- Aufsatz aus Sammelchrift	- Opfer, Täter- Bilder werde reflektiert, Berater als Zeugen von Gewalt, Verschiedene Ansätze für Beratung, verschiedene Arten von Parteilichkeit (Beschreibungs-, Handlungswissen)	**
08.04.11	20*	Cornelia Helfferich	Wiso	Inhaltliche Differenziertheit	- Helfferich, Cornelia (2002). Arbeit mit traumatisierten Klientinnen.	- Vortrag	- Wohnungslose Frauen mit Traumatisierung, wie beraten (Handlungswissen)	**
08.04.11	30*	Gewalt AND Beratung	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Büro für die Gleichstellung und für Familienfragen und kantonale Kommission gegen Gewalt in Partnerschaften (2007). Gewalt in Partnerschaften erkennen – die Opfer unterstützen, vernetzen, informieren und schützen.	- Monographie	- Zahlen und Fakten, Formen, Spirale, Wurzeln, Folgen von HG und Vorgehen (was gilt es in Beratung zu beachten) (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)	**
08.04.11	15*	Gewalt	Kantonale Fachstelle für Gleichstellung Kanton Zürich	Inhaltliche Differenziertheit	- www.interventionsstelle-wien.at. Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie.	- Homepage	- Interventionen (Handlungswissen)	**
24.04.11	30*	Traumabewältigung	Swissbib	Inhaltliche Differenzierung	- Hausmann, Clemens (2010). Notfallpsychologie und Traumabewältigung. - Bereits erwähntes gefunden.	- Monographie	- Handbuch für Notfallpsychologie und Psychotraumatologie. (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)	**
27.04.11	30*	Lebensweltorientierte Soziale Arbeit	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Thiersch, Hans (2009). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im Sozialen Wandel.	- Monographie	- Lebensweltorientiert Soziale Arbeit und Aufgaben der Praxis (Handlungswissen)	*

					- Grunwald, Klaus & Thiersch, Hans (2008). Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern.	- Monographie	- Lebensweltorientiert Soziale Arbeit und Aufgaben der Praxis (Handlungswissen)	*
					- Rauschenbach, Thomas & Thole, Werner (1998). Sozialpädagogische Forschung. Gegenstand und Funktionen, Bereiche und Methoden.	- Monographie	- Diverse Methoden in der Sozialpädagogik (Handlungswissen)	*
24.06.11	15*	Vertrauensbildung	IDS Luzern	Inhaltliche Differenziertheit	- De Jong, Peter & Berg, Insoo Kim (2008). Lösungen (er-)finden. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie.	- Monographie	- Lösungsorientierung, Übungsbuch (Beschreibungs- und Handlungswissen)	***
					- Schweer, Martin K.W. (Hrsg.) (1997). Vertrauen und soziales Handeln.	- Sammelband	- Überblick über Vertrauensforschung, Verschiedene Vertrauensarten, Vertrauensbildung (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)	**
					- Kähler, Harro Dietrich (2001). Erstgespräche in der sozialen Einzelhilfe.	- Monographie	- Vertrauensbildung, Arbeitsbündnisse, Erstgespräche Verlauf (Handlungswissen)	***
24.06.11	5*	Arbeitsbündnis	IDS Luzern	Inhaltliche Differenziertheit	- Pfadenhauser, Michaela (Hrsg.) (2005). Professionelles Handeln.	- Sammelwerk	- Professionalität, professionelles Handeln (Beschreibungs-, Erklärungs- und Handlungswissen)	*
24.06.11	15*	Grenzen AND Beratung	IDS Luzern	Inhaltliche Differenziertheit	- Schwing, Rainer; Fryszer, Andreas (2009). Systemisches Handwerk. Werkzeug für die Praxis.	- Monographie	- Handwerk für systemisches arbeiten, verschiedene Phasen (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)	**
					- Rogers, Carl R. (1972). Die nicht-direktive Gesprächsführung.	- Monographie	- Rogers über die nicht-direktive Gesprächsführung	*
					- Müller, Wolf & Scheuermann,	- Sammelband	- Ein Kapitel über Krisenintervention	**

					Ulrike (Hrsg.) (2004). Praxis Krisenintervention. Ein Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte.		bei häuslicher Gewalt und Trauma (Beschreibungs- und Handlungswissen)	
24.06.11	10*	Grenzen	IDS Luzern	Inhaltliche Differenziertheit	- Glöckler, Ulrich (2011). Soziale Arbeit der Ermöglichung: „Agency“-Perspektiven und Ressourcen des Gelingens. - Schäfter, Cornelia (2010). Die Beratungsbeziehung in der sozialen Arbeit. Eine theoretische und empirische Annäherung.	- Monographie - Monographie	- Agency als Handlungsermächtigungskonzept und als Ressource (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen) - Verschiedene Ansätze der Beratung, vorauf achten (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)	* ***
24.06.11	10*	Luzerner Modell	IDS Luzern	Inhaltliche Differenziertheit	- Amato, Eva & Hoffmann, Thomas (2010). Persönlichkeitsmodelle für die Soziale Arbeit. Welche Persönlichkeitsmodelle können für die Soziale Arbeit genutzt werden und wie können sie in der sozialarbeiterischen Praxis angewendet werden? - Brumann, Andrea & Javorsky, Lucie (2010). Co-Abhängigkeit in der Partnerschaft mit Alkoholabhängigen.	- Bachelorarbeit - Bachelorarbeit	- Luzerner Handlungsmodell (Handlungswissen) - Luzerner Handlungsmodell (Handlungswissen)	** **
24.06.11	10*	Krisenintervention	IDS Luzern	Inhaltliche Differenziertheit	- Neuffer, Manfred (2009). Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. - Aguilera, Donna C. (2000). Krisenintervention. Grundlagen – Methoden – Anwendungen.	- Monographie - Monographie	- Fallorientierte Soziale Arbeit. Case Management und verschiedene Phasen (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen) - Grundlagen, Erfahrungen, Interventionen der Kriseninterventionen (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)	* **

24.06.11	10'	Handlungsmodell	IDS Luzern	Inhaltliche Differenziertheit	<p>- Kunz, Stefanie, Scheuermann, Ulrike & Schürmann, Ingeborg (2009). Krisenintervention: ein fallorientiertes Arbeitsbuch für Praxis und Weiterbildung.</p> <p>- Geiser, Kaspar (2009). Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit.</p>	<p>- Monographie</p> <p>- Monographie</p>	<p>- Krisenintervention mit konkreten Beispielen (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)</p> <p>- Systemische Denkfigur und ihre Phasen (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)</p>	<p>**</p> <p>***</p>
24.06.11	60'	Lösungsorientierung	IDS Luzern	Inhaltliche Differenziertheit	<p>- Rebuffoni, Liselotte Ris & Weber, Matthias (2008). Professionelle Kommunikation in der Beratung. Kommunikationsmöglichkeiten in der gesetzlichen Sozialarbeit bei Konflikten</p> <p>- Bamberger, Günter G. (2005). Lösungsorientierte Beratung</p> <p>- Leupold, Eva Maria (2002). Handbuch der Gesprächsführung. Problem- und Konfliktlösungen im Kindergarten.</p> <p>- Weber, Esther (2005). Beratungsmethodik in der Sozialarbeit. Das Unterrichtskonzept der Beratungsmethodik an der Hochschule für Soziale Arbeit Luzern.</p> <p>- Widulle, Wolfgang (2007). Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Ein Lern- und Arbeitsbuch.</p>	<p>- Diplomarbeit</p> <p>- Monographie</p> <p>- Monographie</p> <p>- Monographie</p> <p>- Monographie</p>	<p>- Beratungsgespräche im gesetzlichen Kontext, Kommunikationsmöglichkeiten, Konflikte (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)</p> <p>- Lösungsorientierte Beratung, welche an Stärken und Ressourcen ansetzt. Beratungsprozess, Übungen (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)</p> <p>- Verschiedene Konzepte zur Gesprächsführung (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)</p> <p>- Methoden der Hochschule Luzern Soziale Arbeit, Grundlagen und Konzepte der Beratung (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)</p> <p>- Gespräche von A-Z, schwierige Gespräche (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)</p>	<p>*</p> <p>***</p> <p>*</p> <p>***</p> <p>**</p>

24.06.11	15'	Ziele AND Intervention	IDS Luzern	Inhaltliche Differenziertheit	- Von Schlippe, Arist & Schweitzer, Jochen (2007). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung.	- Monographie	- Systemische Beratung und Theoretische Grundlagen (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)	**
24.06.11	30'	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	IDS Luzern	Inhaltliche Differenziertheit	- Jakob, Sandra & Nussbaumer-Brunold, Gwendolin (2010). Die Rolle der Sozialen Arbeit in der interdisziplinären Zusammenarbeit. Am Beispiel der ambulanten Behandlung von Psychischkranken.	- Bachelorarbeit	- Herausforderung der Sozialen Arbeit mit Psychischkranken mit vielen Problemen (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)	*
24.06.11	30'	Krisenintervention	Springer Link	Inhaltliche Differenziertheit	- Dollinger, Bernd (2005). „Der Stamm befindet sich in einem Krisenzustand“Krisenbewältigung (in) der Sozialen Arbeit.	- Zeitschriftenartikel	- Begriffserklärung, fünf Ansatzpunkte für die Beratung (Beschreibungs-, Handlungswissen)	*
27.06.11	20'	Luzerner Handlungsmodell	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Bereits erwähntes gefunden.			
27.06.11	10'	Vertrauensbildung	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Schlatter, Gentinetta C. (2009). Abklärung nach sexueller Gewalt bei Migrantinnen: Problematik, Vertrauensbildung, ärztliches Vorgehen.	- Zeitschriftartikel	- Über Vertrauensbildung durch Ärzte bei Migrantinnen (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)	*
27.06.11	10'	Arbeitsbündnis	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Ebert, Jürgen (2008). Reflexion als Schlüsselkategorie professionellen Handelns in der Sozialen Arbeit.	- Monographie	- Reflexion als Grundbedingungen für die Soziale Arbeit, Studie, Arbeitsbündnisse (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)	*
27.06.11	10'	Krisenintervention	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Bereits erwähntes gefunden.			
27.06.11	10'	Lösungsorientierung AND Beratung	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Döring-Meijer, Heribert (Hrsg.) (1999). Ressourcenorientierung – Lösungsorientierung. Etwas mehr Spass und Leichtigkeit in der systemischen Therapie und Beratung.	- Sammelwerk	- Über die Vielfalt der Lösungsorientierung (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)	**

					- Bereits erwähntes gefunden.			
27.06.11	10*	Ziele AND Beratung	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Bereits erwähntes gefunden.			
27.06.11	10*	Evaluation AND „soziale Arbeit“	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Merchel, Joachim (2010). Evaluation in der Sozialen Arbeit.	- Monographie	- Lehrbuch über Evaluation (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)	*
28.06.11	10*	Schulz von Thun	Swissbib	Inhaltliche Differenzierung	- Schulz von Thun, Friedemann (2008). Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen.	- Monographie	- Kommunikationstheorie von Schulz von Thun (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)	*
01.07.11	10*	Godola	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Godola, Gabriela (2007). Beratung und Postvention durch ihren Partner häusliche Gewalt erleben.	- Monographie	- Beratung und Interventionen bei gewaltbetroffenen Frauen (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)	*
05.07.11	10*	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	IDS Luzern	Inhaltliche Differenziertheit	- Schophaus, Malte; Schön, Susanne & Dienel, Hans-Liudger (Hrsg.) (2004) Transdisziplinäres Kooperationsmanagement. - Carlin, Andreas; Haas, Nadine & Räch, Martin (2008). Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Psychiatrie. Eine Forschungsarbeit über die Funktion der Sozialarbeit in der interdisziplinären Zusammenarbeit. - bereits erwähntes gefunden.	- Sammelband - Bachelorarbeit	- Kooperationsmanagement (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen) - Funktionieren, Forschung zur interdisziplinären Zusammenarbeit in der Psychiatrie (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)	* *
07.07.11	10*	Nonverbale Kommunikation in der Beratung	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Forgas, Joseph P. (2004). Soziale Interaktion und Kommunikation. Eine Einführung in die Sozialpsychologie - Bereits erwähntes gefunden.	- Monographie	- Kommunikation und Interaktion (Beschreibungs-, Erklärungswissen)	*

08.07.11	10*	Menschliche Kommunikation AND Watzlawick	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Watzlawick, Paul; Bavelas, Janet Beavin & Jackson, Don D. (2011) Menschliche Kommunikation Formen, Störungen, Paradoxien.	- Monographie	- Kommunikationstheorie von Watzlawick (Erklärungswissen)	*
08.07.11	10*	Empowerment AND „soziale Arbeit“	Swissbibg	Inhaltliche Differenziertheit	- Herriger, Norbert (1997). Empowerment in der Sozialen Arbeit.	- Monographie	- Empowerment-Konzept (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)	*
08.07.11	5*	Personzentriert AND Rogers	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Rogers, Carl & Schmid, Peter F. (1991). Person-zentriert: Grundlagen von Theorie und Praxis.	- Monographie	- Personenzentriertes Konzept nach Rogers (Beschreibungs-, Erklärungs-, Handlungswissen)	*
08.07.11	10*	Klientenzentriert	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Köllner, Erhard (1996). Beratung in der sozialen Arbeit. Übungsbuch zur Klientenzentrierten Gesprächsführung.	- Monographie	- Lern- und Übungsbuch zur Klientenzentrierten Gesprächsführung nach Rogers. (Handlungswissen)	*
12.7.11	5*	Kraemer Horst, 2005	Swissbib	Inhaltliche Differenziertheit	- Kraemer, Horst (2005). Trauma-Bewältigung. Wege aus der persönlichen Katastrophe.	- Monographie	- Trauma, Bewältigungsstrategien, Hilfe von aussen, Umgang mit traumatisierten Menschen (Handlungswissen)	***