

Frauenspezifische Traumatisierungen

Astrid Lampe und Margret Pacher

Traumatisierung bei Mädchen und Frauen

Frauen sind ungleich häufiger als Männer Opfer sexueller Gewalt – und zwar schon in der Kindheit. Wenngleich aufgrund unterschiedlicher Definitionen von **sexuellem Missbrauch bei Kindern** ein Vergleich verschiedener Studien in einzelnen Ländern schwierig ist, so berichtet die WHO dennoch, dass weltweit 7–36% der Mädchen sexuellem Missbrauch in der Kindheit ausgesetzt waren. Eine Übersicht der in Europa durchgeführten Studien kommt zu einem ähnlichen Ergebnis: 6–15% der Mädchen und 1–9% der Jungen waren sehr schwerem sexuellem Missbrauch ausgesetzt. Dabei liegt die Zahl für Deutschland bei 6,2–15% [Lampe 2002]. Der sexuelle Missbrauch an Mädchen findet zumeist innerhalb der Familie statt, die Mädchen sind im Durchschnitt zwischen 9 und 16 Jahre alt, und der Missbrauch dauert 6 Jahre an. Die meisten Kinder sprechen nie darüber, nur in 9% der Fälle wurden die Behörden informiert.

Viele erwachsene Frauen sind **Gewalt in der Partnerschaft**, wie körperlicher Gewalt, ehelicher Vergewaltigung und erzwungener Schwangerschaft, ausgesetzt. Bevölkerungsstudien zeigen, dass 6–46% der erwachsenen Frauen einer versuchten oder vollzogenen Vergewaltigung durch ihren Intim- oder Expartner in ihrem Leben ausgesetzt waren [Jewkes et al. 2002]. Entsprechend offizieller Schätzungen werden jährlich weltweit 1–2 Millionen Frauen und Kinder zur Zwangsarbeit oder zum Zweck sexueller Ausbeutung verkauft [Congressional Research Service Report 2000]. Nach einer Studie des Zentralinstitutes für Seelische Gesundheit Mannheim werden 12% der deutschen Bevölkerung mindestens einmal in ihrem Leben **Opfer von Stalking**. Unter den Stalkingopfern fanden sich signifikant mehr Frauen, wobei 85% der Stalker Männer waren [Martini et al. 2005]. Doppelt so viele Frauen (1 Million) wie Männer werden jährlich in der USA Opfer von Stalking. Bei den in den USA ermordeten Frauen waren ca. 15% vorher das Opfer von Stalking [Medicine Worldwide 2005].

Andere Traumata im Lebenslauf von Frauen lassen keinen direkten Zusammenhang zu unmittelbarer Gewalt erkennen. Dennoch können Entwicklungsschritte im weiblichen Lebenszyklus potenziell traumatisch wirken. Ein Viertel aller Frauen empfanden die **Geburt ihres Kindes** als belastend oder sehr belastend [Bergant 2001]. Die Folgen eines intrauterinen Fruchttodes, einer Totgeburt oder der Geburt eines stark behinderten Kindes stellen weitere traumatische Ereignisse im Lebenszyklus von Frauen dar. Auch die Belastungen von Frauen, die im Rahmen **medizinischer Eingriffe** wie der Sterilitätsbehandlung und der In-vitro-Fertilisationen auftreten, können potenziell traumatisierende Auswirkungen auf die Patientinnen haben. Ein Drittel (28%) der Frauen, die in einer Frauenambulanz zur körperlichen Gewalt befragt wurden, gaben an, körperliche Gewalt durch das medizinische System erlebt zu haben [Springer-Kremser 2004, unveröffentlichter Vortrag].

6.3.2 Folgen traumatischer Kindheitsbelastungen

Es besteht heute kein Zweifel mehr darüber, dass viele Störungen durch traumatische Erfahrungen in der Kindheit (zumindest mit-)verursacht sein können. Infolge von sexueller Gewalt in der Kindheit haben betroffene Frauen ein deutlich höheres Risiko, an Angststörungen, Phobien, Essstörungen,

Somatisierungsstörungen und Depressionen zu erkranken. Darüber hinaus leiden Frauen in einem deutlich höheren Ausmaß an Störungen des sexuellen Erlebens, an Substanzmissbrauch und sie begehen öfter Suizidversuche.

Folgen von sexuellem Missbrauch

- Angststörungen, Phobien (OR 1.3–4.2; OR = Odds-Ratio)
- Essstörungen (OR 1.5–6.7)
- Depressionen (OR 2.1–7.0)
- Störungen der Sexualität (Prostitution, Störungen im sexuellen Erleben, Vergewaltigung im Erwachsenenalter) (OR 1.2–8.8)
- Substanzmissbrauch (OR 1.0–8.9)
- PTSD und/oder dissoziative Störungen (OR 28.6)
- Suizidversuche (OR 3.4–74.0)

Frauen, die in ihrer Kindheit sexuellem Missbrauch ausgesetzt waren, haben eine 74-mal höhere Wahrscheinlichkeit, einen Selbstmordversuch zu verüben. Insbesondere dann, wenn sie reviktimisiert wurden, d. h. Frauen, die sowohl in ihrer Kindheit als auch im Erwachsenenalter sexueller Gewalt ausgesetzt waren. In einer Studie konnten wir zeigen, dass 34% der Frauen, die wegen chronischer Unterbauchschmerzen die Allgemeine Ambulanz der Universitätsklinik für Frauenheilkunde aufsuchten, schwere sexuelle Missbrauchserfahrungen in ihrer Kindheit angaben. Die Patientinnen fielen darüber hinaus durch multilokuläre Schmerzsyndrome und zahlreiche Voroperationen auf [Lampe 2002].

Was sollte bei der Anamneseerhebung beachtet werden?

Für Ärzte und Ärztinnen kann es hilfreich sein, sich immer wieder zu vergegenwärtigen, dass Menschen, die unter traumatischen Vorerfahrungen oder Traumafolge-Erkrankungen leiden, ein erhöhtes Maß an Information, Sicherheit und Selbstbestimmung benötigen.

Die Behandler/Behandlerinnen sollten daher besonders darauf achten, dass durch die Anamneseerhebung und diagnostisch-therapeutische Maßnahmen kein zusätzlicher Stress für die Patientinnen entsteht. Die Gespräche sollten daher in einer möglichst **geschützten Atmosphäre** stattfinden. Dabei soll gewährleistet sein, dass z. B. Arzthelfer/Arzthelferinnen nicht unvermittelt den Untersuchungsraum betreten oder Gespräche mithören können, gegebenenfalls kann es auch sinnvoll sein, mit Einverständnis der Patientin von Anfang an eine weibliche Person beim Gespräch dabei zu haben.

Im Rahmen der Anamneseerhebung soll neben der Erfassung von körperlichen Beschwerden und Veränderungen auf **psychosoziale Belastungsfaktoren** – akute und chronische Belastungen – eingegangen und es sollen die jeweiligen **Bewältigungsstrategien der Patientin** erfasst werden. Speziell bei traumatisierten Patientinnen hat es sich bewährt, auf ihre **psychischen Bewältigungskompetenzen** zu achten. Die bislang praktizierten Selbstbehandlungen und Lösungsversuche – auch wenn diese auf den ersten Blick oft nicht sinnvoll erscheinen – können wichtige Ressourcen für die Patientinnen darstellen und sollten von den Behandlern/Behandlerinnen zunächst anerkannt und respektiert werden.

Es ist hilfreich, die Patientinnen aktiv in den diagnostisch-therapeutischen Prozess einzubeziehen. Traumatisierte Patientinnen benötigen **ausführliche und verständliche Informationen**, oft brauchen sie aktiv Ermutigung von Seiten des Arztes oder der Ärztin, ihre Fragen zu stellen und ihre Bedenken (eventuell auch Misstrauen) zu äußern.

Es gilt, sich immer wieder in Erinnerung zu rufen, dass traumatisierte Patientinnen ein erhöhtes Ausmaß an äußerer und emotionaler Sicherheit benötigen. Häufig besitzen sie eine große Sensibilität für zwischenmenschliche Kommunikation und können Unterschiede zwischen verbalen und nonverbalen Äußerungen besonders deutlich wahrnehmen. Schweigen, Distanziertheit, aber auch allzu große Betroffenheit seitens der Behandler/Behandlerinnen können Stressreaktionen auslösen und führen nicht selten zu Kontaktabbrüchen.

Bei der Exploration von belastenden Lebensereignissen ist neben sexualisierter und häuslicher Gewalt auch an jene Ereignisse zu denken, die vordergründig nicht als „lebensbedrohlich bzw. außerordentlich schwere Belastung“ eingestuft werden. Dazu zählen **Geburtserlebnisse**, die in jedem anamnestischen Gespräch eine Rolle spielen. Vor allem wenn Frauen über ausgeprägte Geburtsängste berichten, sollte nach traumatisch erlebten Entbindungssituationen gefragt werden. Ob der Geburtsverlauf für die Gebärende zu einem schwer wiegenden Belastungsereignis wird, hängt von verschiedenen Faktoren wie der individuellen Vorgeschichte und psychischen Widerstandskraft ab. In jedem Fall ist zu bedenken, dass traumatische Vorerfahrungen im Rahmen einer Geburt aktualisiert werden können. Keine Kontrolle über die eigene Situation zu haben, lange Geburtsdauer, starke Schmerzen sowie die Verletzung der Schamgrenzen können Gefühle von Ausgeliefertsein, Hilflosigkeit und Panik erzeugen. Auch hier gilt es, sich immer wieder zu vergegenwärtigen, dass bei traumatischen Erfahrungen Gefühle von extremer Hilflosigkeit und Ohnmacht erlebt werden.

Behandler/Behandlerinnen sollten bedenken, dass eine Geburt, auch wenn sie von Geburtshelfern als „komplikationslos“ eingestuft wird, für die Betroffene eine starke Belastung bzw. ein traumatisches Ereignis darstellen und ihre Verarbeitungsfähigkeit übersteigen kann.

Pantlen und Rhode haben 424 Frauen über psychische Symptome post partum befragt. Bei 16,7% der Frauen ergaben sich Hinweise auf Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung [Pantlen und Rhode 2001]. Im Rahmen eines **Bewältigungsprozesses** nach schwer belastenden oder traumatischen Erfahrungen – wie z. B. onkologischen Erkrankungen, Fehlgeburt, Totgeburt oder traumatischer Geburtserfahrung – kann es abwechselnd zu intensiver Furcht, Verslossenheit, Rückzug und Körpersensationen kommen. Manchmal wird das belastende Ereignis wiedererlebt (Flashback) und drängt sich in Form von quälenden Alpträumen auf. Nicht selten kommen die Patientinnen mit diesen Beschwerden zu ihrem Hausarzt oder ihrer Hausärztin.

Fallbeispiel

Frau F. kommt zu ihrer Hausärztin. Sie ist 24 Jahre alt, verheiratet und hatte vor kurzem ihr Kind verloren. In der 39. Schwangerschaftswoche kam es zu einer Infektion, in der Klinik wurde eine Notfallsectio durchgeführt, das Kind wurde tot entbunden. Es war ihre erste Schwangerschaft, ein Wunschkind, sie und ihr Mann hatten sich sehr darauf gefreut. Die Schwangerschaft verlief bis zu dieser Infektion komplikationslos.

Nach der Entbindung verabschiedete sie sich mit ihrem Mann von ihrem Kind, wenige Tage später ist es im Familiengrab beigesetzt worden. In der Klinik wirkte sie sehr gefasst und zurückgezogen, innerlich fühlte sie sich aber leer und nur mehr äußerlich funktionierend.

Im Gespräch mit der Hausärztin berichtet sie über quälende Erinnerungen an das Baby, sie sieht ihr totes Kind im Krankenzimmer und spürt wehenartige Schmerzen, zwischenzeitlich glaubt sie auch, Kindsbewegungen zu spüren. Sie hat Schlafstörungen, und wenn sie endlich einschläft, quälen sie heftige Alpträume. Im

Augenblick könne sie keine Menschen in ihrer Umgebung ertragen, meint die Patientin.

Die Hausärztin sucht Unterstützung bei einer Psychotherapeutin. Gemeinsam gelingt es ihnen einen Kontakt zur Hebamme herzustellen, die die Geburt und die Verabschiedung des Kindes begleitete. Durch das Gespräch mit der Hebamme, die der Patientin nochmals detailliert die Geburtssituation schildert, erlebt die Patientin heftige Trennungsschmerzen und kann diese auch ausdrücken. Später berichtet die Patientin: „Ich habe eine Zeugin gebraucht, weil ich wie in Trance war, und auch mein Mann hat alles wie hinter einer Wand erlebt.“

Ein weiterer wichtiger Schritt im Rahmen des Bewältigungsprozesses war eine nochmalige Befundbesprechung mit dem Gynäkologen, die einige Wochen nach der Geburt stattfand. Dabei konnte das Paar erstmals bislang nicht gestellte Fragen nach eigener Schuld und Verantwortung ausdrücken. Dieses Gespräch löste eine Phase intensiver Trauer bei Frau F. aus, die sie im weiteren Verlauf mithilfe eigener und familiärer Ressourcen bewältigen konnte.

Verarbeitungsprozess

Nach stark belastenden oder traumatischen Ereignissen bemühen sich die Betroffenen, die – oft als existenzbedrohlich erlebten – Erfahrungen in ihr Selbstbild zu integrieren. In dieser Phase kann es zu einer Stagnation des Verarbeitungsprozesses kommen, wobei intrapsychische, interpersonale, soziale und situative Faktoren eine wesentliche Rolle spielen. Die Patientin erlebte sich von der Welt getrennt (wie in Trance), heftige Gefühle fanden ihren einzigen Ausdruck in Alpträumen und körperlichen Symptomen (wehenartige Schmerzen o. Ä.). Bei akuten Belastungen kann durch den neuerlichen Kontakt mit dem Behandlungsteam der Bewältigungsprozess wie im Fall dieser Patientin fortgesetzt werden. Erst im Kontakt mit dem Behandlungsteam konnten die für die Akzeptanz und Verarbeitung des Geschehenen notwendigen Gefühle von Trauer und Schuld ihren Ausdruck finden.

Dem Hausarzt/Der Hausärztin kommt dabei eine wichtige Rolle bei der Vermittlung und Begleitung des Trauerprozesses zu.

Darüber hinaus helfen der Patientin Informationen über mögliche Belastungsreaktionen sowie über den Selbstheilungsprozess und können so zur Selbstberuhigung der Patientin beitragen.

Woran erkenne ich als Arzt oder Ärztin, dass eine mögliche Traumatisierung vorliegt?

Im ärztlichen Gespräch unterbricht sich die Patientin möglicherweise im **Redefluss**, geht aus dem **Blickkontakt** oder nimmt ihn nicht mehr auf, möglicherweise wirkt die Patientin **apathisch** oder wie **taub** (Konstriktion), es kann auch sein, dass sie in plötzlichen **Aufbruch** oder in **Panik** gerät (Intrusion). Vielleicht bemerkt der Arzt oder die Ärztin eine Veränderung der Stimmung der Patientin, eine Veränderung der Gesprächsatmosphäre, fühlt sich plötzlich abgelehnt oder empfindet die Patientin als misstrauisch oder aggressiv.

Möglicherweise zeigt die Patientin auch **körperliche Anzeichen** von traumatischem Stress. Die Patientin errötet, beginnt zu zittern oder zu schwitzen oder zeigt andere Zeichen einer physiologischen Übererregung.

Gesprächsführung

Es ist für die Patientin hilfreich, wenn der Arzt/die Ärztin die Veränderung der Patientin bemerkt und auch benennt. Möglicherweise helfen Sätze wie: „Etwas hat sich jetzt verändert ...“ oder „Ich bemerke, Sie werden ängstlich ...“ Die Haltung des Arztes gibt der Patientin **Sicherheit** in der Arzt-Patienten-Beziehung und dient als

vertrauensbildende Maßnahme für weitere Behandlungsschritte. Diese Beziehungserfahrung erleichtert der Patientin das Verständnis für die eigenen, ihr fremd erscheinenden Sensationen.

Es kann hilfreich sein, die Patientin zu fragen, ob sie in der Situation, als die Angst auftrat (oder die Verfassung sich veränderte), mit etwas Belastendem, möglicherweise auch aus ihrer Vergangenheit, in Berührung kam. Dabei ist es wichtig, die Patientin nicht zu drängen. Eventuell ergibt sich durch die Frage für die Patientin ein Sinnzusammenhang, und sie wirkt damit ordnend und stabilisierend. Sollte die Patientin die Frage bejahen, ist es wichtig, dass der Arzt oder die Ärztin in diesem Moment das Thema nicht vertieft, jedoch zu erkennen gibt, dass sie/er verstanden hat und die Situation weiter berücksichtigen wird, z. B. „Es ist gut, dass ich weiß, dass es da etwas gibt, aber Sie brauchen mir das jetzt nicht zu erzählen ...“.

In dieser Situation ist es wichtig, die Patientin vor einer **Retraumatisierung** durch Erzählen des Traumas zu schützen. Die Patientin soll jedoch nicht das Gefühl haben, der Arzt/die Ärztin wolle mit ihr und diesem Thema nichts zu tun haben. Wenn Sie den Eindruck bekommen, die Patientin fühlt sich abgelehnt oder wird misstrauisch, können Sie ihr erklären, dass wiederholtes Erzählen von traumatischen Erfahrungen den meisten Menschen schadet. Sollte Ihre Patientin vom Gegenteil überzeugt sein und ihre Geschichte um jeden Preis erzählen wollen, dann regen Sie sie dazu an, ihre Geschichte in der dritten Person aus möglichst großer Distanz zu berichten. Wenn Sie das **Vorliegen einer früheren traumatischen Erfahrung** erkannt haben oder ahnen, erscheinen die Symptome der Patientin möglicherweise in einem anderen Licht. Unter Umständen werden die quälende Schlafstörung, die depressive Symptomatik oder auch die unerträglichen Schmerzen, die trotz jeder Therapie scheinbar unverändert weiterbestehen, als **Traumafolge-Erkrankung** erkannt. Für die meisten Patientinnen ist es hilfreich, darüber informiert zu werden. Zumeist ist dazu ein weiterer Termin notwendig, bei dem im Gespräch ein möglicher Zusammenhang zwischen der aktuellen Symptomatik und der lebensgeschichtlichen Erfahrung der Patientin angeboten wird. **Vertiefende Informationen** des Arztes zu den Folgeerscheinungen traumatischer Lebensereignisse können wichtig sein. Möglicherweise ist für die eine oder andere Patientin auch ein Buch ein sinnvoller Zugang zu ihrem Thema [Reddemann 2001]. Bei Patientinnen, die vor allem unter den Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden, kann der Einsatz von Medikamenten, insbesondere von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI), sinnvoll sein.

Im Kontakt mit jeder Patientin, aber insbesondere mit traumatisierten Patientinnen ist es unbedingt notwendig, die **Grenzen zu respektieren** und einzuhalten. Deshalb muss von Seiten des Arztes/der Ärztin jedes auch noch so kleine „Stopp-Signal“ – sei es im Gespräch, vor allem aber bei körperlichen Untersuchungen und diagnostischen Eingriffen – erkannt und respektiert werden. Ein traumatisches Erlebnis, speziell wenn es sich um körperliche oder sexuelle Gewalt handelt, stellt eine massive Grenzverletzung für die Betroffenen dar. Auch notwendige medizinische Maßnahmen stellen unweigerlich eine Grenzverletzung dar, sei es durch invasive medizinisch-diagnostische Maßnahmen, sei es durch Brechen von Tabus oder die Überschreitung von Schamgrenzen bei der körperlichen Untersuchung. Damit ist die notwendige medizinische Untersuchung und Behandlung potenziell eine Situation, die retraumatisierend wirken kann.

Fallbeispiel

Frau A. ist leitende Angestellte. Die Patientin wird uns telefonisch von ihrem Gynäkologen angekündigt, der uns dringend um einen Termin in der psychosomatischen psychotherapeutischen Frauenambulanz bittet. Aufgrund rezidivierender abdominaler Beschwerden, die seit ca. einem Jahr bestanden, hatte sich der Gynäkologe zur Durchführung einer invasiven Untersuchung entschieden.

Trotz ausreichender Sedierung und Gabe von Analgetika war die Patientin während der Untersuchung in einen „Ausnahmestand“ gekommen. Sie weinte heftig, klagte über unerträgliche Schmerzen und konnte sich auch nach der Untersuchung nicht mehr beruhigen. „Es muss etwas vorgefallen sein“, meinte der Gynäkologe am Telefon. Schon tags darauf kam die Patientin in Begleitung ihres Partners in unsere Ambulanz. Im Gespräch berichtete sie zitternd und unter Tränen, dass sie sich seit der Untersuchung „nicht mehr einkriegen“ kann, sie wurde immer wieder von Bildern aus der Vergangenheit überschwemmt. Sie war in ihrer Jugend vergewaltigt worden. Aus dem Überfall entstand eine Schwangerschaft. Sie wagte es nicht, sich jemandem mitzuteilen. Niemand bemerkte die Schwangerschaft. In der Klinik fand sie einen Arzt ihres Vertrauens, der sie bei der Entbindung begleitete. Sie gab das Kind zur Adoption frei. Vor einem Jahr hatte sie erfahren, dass dieses Kind tödlich verunglückt sei. Seitdem litt sie unter heftigen Bauchschmerzen, Erbrechen und wiederkehrenden Durchfällen. Sie konsultierte deswegen immer wieder verschiedene Ärzte. Nach der letzten Untersuchung, so die Patientin, war alles aus ihr herausgebrochen, sie „könne nicht mehr“ und „denke daran, sich das Leben zu nehmen“.

Frau A. war ausgelöst durch die Untersuchung in einen traumaassoziierten Zustand geraten, in dem sie sich selbst nicht mehr beruhigen konnte. Die drängenden Suizidgedanken machten eine vorübergehende stationäre Aufnahme notwendig. Weder für den behandelnden Arzt noch für die Patientin selbst war zum Zeitpunkt der Entscheidung zur Untersuchung absehbar, welche retraumatisierende Wirkung der Eingriff für die Patientin haben würde. Bis zum Zeitpunkt der Untersuchung war es der Patientin möglich, das traumatische Geschehen in ihrer Kindheit innerpsychisch unter Verschluss zu halten.

Babette Rothschild [2002] beschäftigte sich in ihrem Buch „Der Körper erinnert sich“ mit den körperlichen Erinnerungsspuren traumatischer Erfahrungen. In diesem Fall scheint die invasive körperliche Untersuchung das „Körpergedächtnis“ der Frau reaktiviert zu haben und zu einem überflutenden Erleben der Szenen aus der Vergangenheit geführt zu haben.

Körperliche Untersuchung

Vor allem bei körperlichen Untersuchungen sollte sich der Arzt oder die Ärztin immer wieder klar machen, dass Patientinnen – insbesondere, wenn sie sexualisierte Gewalt erlebt haben – mit **traumatischem Stress** reagieren können, da „der Körper der Ort der Traumatisierung ist“ [Reddemann 2004].

Da traumatisierte Patientinnen ein erhöhtes Sicherheitsbedürfnis haben, ist das **aktive Involvieren** in den Untersuchungsablauf besonders wichtig. Die Patientinnen benötigen – vor allem bei körperlichen Untersuchungen – ein hohes Ausmaß an Kontrolle und Selbstbestimmung. Dazu gehören Informationen über Ablauf und Notwendigkeit des Untersuchungsvorganges. Für Frauen, die sexualisierte Gewalt erlebt haben, können durchaus übliche Untersuchungen, wie sie z. B. auch im Rahmen von Lumbalgien durchgeführt werden – nämlich Haltungen und Bewegungsabläufe bei der großteils unbedeckten Patientin diagnostisch einzuschätzen –, extrem belastend und eventuell auch als Trigger wirksam sein.

Es ist wichtig, den Patientinnen den Untersuchungsvorgang zunächst zu erklären und mit ihnen zu vereinbaren, dass sie jederzeit – ohne Angabe von Gründen – die Untersuchung vorzeitig beenden können.

Außerdem sollten die Behandler/Behandlerinnen darauf achten, ob Patientinnen im Rahmen von körperlichen Untersuchungen **Zeichen von Anspannung** und **Erstarrung** zeigen oder wie „weggetreten“ wirken. Das können Hinweise auf dissoziative Phänomene oder Störungen sein. „Dissoziatives Verhalten bis hin zu

dissoziativen Störungen können zunächst eine Schutzfunktion haben, um körperlich und seelisch Unerträgliches aushaltbar zu machen“ [Reddemann, Dehner-Rau 2004].

Bei Verdacht sollte die Untersuchung sofort abgebrochen werden und der Patientin sollte geholfen werden, sich in der aktuellen Situation zu orientieren (Patientin mit Namen ansprechen, die aktuelle Situation betonen, Konzentration auf Atmung lenken, kaltes Wasser zur Erfrischung des Gesichts anbieten).

Wenn Patientinnen zu einem Facharzt, einer Fachärztin oder zu anderen medizinischen Fachkräften, wie z. B. Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen, überwiesen werden, sollten sie die Möglichkeit haben, von einer Frau behandelt zu werden. Hier ist der Wunsch der Patientinnen in jedem Fall zu respektieren, gegebenenfalls sollte die Wahlmöglichkeit von den Behandlern/Behandlerinnen thematisiert werden.

Vergewaltigung – akute Traumatisierung

Im Rahmen einer akuten Traumatisierung, wie sie eine Vergewaltigung darstellt, können intrusive oder konstriktive Symptome bestehen bzw. im Wechsel auftreten. Es ist die Aufgabe des behandelnden Arztes, der Patientin zu erklären, dass es zum Verarbeitungsprozess gehört, wenn einerseits das Bedürfnis besteht, sich über das Geschehene immer wieder mitzuteilen oder aber auch nicht darüber zu sprechen. Es ist oft entlastend für die Patientinnen, ihnen zu erklären, dass Bilder über das Geschehen, Träume, Ängste, Trauer und Wut zum Verarbeitungsprozess ebenso dazu gehören wie das vorübergehende Gefühl der Isolation und emotionalen Taubheit. Hilfreich für die Patientin ist, wenn der Arzt oder die Ärztin den individuellen Verarbeitungsprozess unterstützt und gleichzeitig versucht, die Patientin zu beruhigen.

Als untersuchende Ärztin oder untersuchender Arzt sollte man sich immer der Tatsache bewusst sein, dass eine Vergewaltigung nicht nur ein äußerst gewaltsames, sondern auch ein beschämendes und demütigendes Ereignis für die Betroffene darstellt. Dem sollte während der gesamten Befragung und Untersuchung der Patientin Rechnung getragen werden. Möglicherweise ist es in bestimmten Situationen auch hilfreich, die Scham und Demütigung auszudrücken und der Patientin Ihren Respekt zu vermitteln.

Insbesondere wenn eine **gerichtliche Anzeige** geplant ist, muss eine möglichst detaillierte Dokumentation des Patientenberichts erfolgen, Sie können so der Patientin weitere Befragungen ersparen. Fragen, die eine mögliche Beschuldigung oder Mitverantwortung der Patientin am Geschehen implizieren, wie z. B. „Warum waren Sie dort ...?“, sind zu vermeiden.

Im Rahmen der **körperlichen Untersuchung** ist es wichtig, jede Verletzung am Körper hinsichtlich ihres Ausmaßes und ihrer Lokalisation genau zu dokumentieren. Unter Umständen kann dabei eine Körperschema-Zeichnung nützlich sein. Erklären Sie der Patientin während der körperlichen Untersuchung jeden Untersuchungsschritt und warum Sie diese Untersuchung für notwendig halten. Holen Sie das Einverständnis der Patientin für die einzelnen Untersuchungsschritte ein, damit die Betroffene die Kontrolle über das Geschehen bewahrt. Wenn eine Untersuchung mithilfe einer Apparatur, z. B. eines Speculums, notwendig ist, sollten Sie der Patientin das Instrument zeigen und erklären, wozu diese Untersuchung dient. Möglicherweise ist es für manche Frauen hilfreich, sich mittels Imagination für den Moment der Untersuchung vom aktuellen Geschehen zu distanzieren. Sie könnten der Patientin vorschlagen, sich nun einen Ort vorzustellen, an dem sie sich sicher fühlt, oder sich selbst in eine Beobachterposition zu begeben. Bieten Sie der Patientin an, dass eine Person ihres Vertrauens sie auch zur Untersuchung begleiten

kann, wenn sie das möchte. Falls Sie die Wahl haben, können Sie der Patientin aktiv anbieten, von einer Frau untersucht zu werden.

Es ist wichtig, mit der Patientin über eine mögliche **Schwangerschaft** zu sprechen und ihr gegebenenfalls Kontrazeptiva („Pille danach“) anzubieten. Auch eine **mögliche Infektion** durch den Überfall muss in Erwägung gezogen und diesbezügliche Untersuchungen müssen durchgeführt werden. (Für eine ausführliche und detaillierte Beschreibung des gesamten Untersuchungsvorganges sei auf „Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence“ WHO, 2003 verwiesen.)

Vergewissern Sie sich, wohin die Patientin nach der Untersuchung gehen wird und ob sie sich dort sicher und wohl fühlt. Eltern oder Ehepartner können nach einem solchen traumatischen Ereignis mit Beschuldigungen der Betroffenen reagieren (z. B. Warum hast du den kurzen Rock getragen? Warum bist du dort alleine hingegangen? etc.). Solche Aussagen belasten das Opfer zusätzlich und behindern die Erholung vom traumatischen Geschehen.

Literatur:

Bergant A (2001) Subjektive und objektive Geburtsbelastung. In: Riecher-Rössler A, Rhode A (Hrsg.), Psychische Erkrankungen bei Frauen, 25–33. Karger, Basel

Congressional Research Service Report (2000) Trafficking women and children. The US and international response, 98–649 C. Washington, DC, United States Department of State

Jewkes R, Garcia-Moreno C, Sen P (2002), Sexual Violence. In: Worldreport on violence and health, 149–181. Geneva, World Health Organization

Lampe A, Prävalenz von sexuellem Missbrauch, physischer Misshandlung und emotionaler Vernachlässigung in Europa. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (2002), 48, 370–380 (Lampe A, Prevalence of sexual and physical abuse and emotional neglect of children in Europe. <http://www.vandenhoeck-ruprecht.de/zfpm/0204/> (2. 8. 2005)

Martini M, Dressing H, Kühner C, Grass P (2005) Ergebnisse der ersten epidemiologischen Studie zu Stalking in Deutschland. <http://idw-online.de/pages/de/news83261> (2. 8. 05)

Medicine Worldwide: Stalking (2005). http://www.m-ww.de/krankheiten/psychische_krankheiten/stalking.html#statistik (2. 8. 2005)

Pantlen A, Rhode A, Psychische Auswirkungen traumatisch erlebter Entbindungen. Zentralblatt für Gynäkologie (2001), 123 (2), 42–47

Reddemann L (2001) Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren, 9. Auflage. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart

Reddemann L (2004a) Eine Reise von tausend Meilen beginnt mit dem ersten Schritt. Herder, Freiburg

Reddemann L (2004b) Psychodynamisch imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart

Reddemann L, Dehner-Rau C (2004) Trauma. Ungelöste Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. Trias Verlag Sachbuch

Rothschild B (2002) Der Körper erinnert sich. Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung. Synthesis-Verlag, Essen

Springer-Kremser M, Hofer E, Leithner K, Preißler S (2004) Gewalterfahrungen der Patientinnen der Liaisonereinrichtung „Psychosomatische Frauenambulanz“: klinische und konzeptuelle Konsequenzen. Vortrag im Rahmen der 6. Österreichischen Tagung für Koniliar/Liaison. Innsbruck