

# Umgang mit traumatisierten Frauen

In diesem Artikel wird auf die Arbeit mit Frauen/Menschen aus anderen Kultur und Sprachkreisen eingegangen. Speziell werden auf die Chancen und Schwierigkeiten bei der Beratung und Behandlung betrachtet und anhand eines Fallbeispiels typische Problem- oder Symptombfelder aufgezeigt und diskutiert.

Da Trauma auch immer Verlust und Konfrontation mit Extremen bedeutet, müssen wir verstehen, wie das Trauma eine Person in Bezug auf ihre Copingmechanismen, Weltsicht, Selbstwertgefühle und sozialen Bezüge verändert. Um effektiv helfen zu können, müssen wir uns emotional auf die extrem belastenden Geschichten aus der Vergangenheit oder Gegenwart der betroffenen Frauen einlassen. Die damit einhergehenden und oft gebundenen extremen Gefühle werden als stellvertretende Traumatisierung bezeichnet.

Der im Workshop vertiefte Teil zum "State of the Art" bezüglich Psychotrauma kann an anderer Stelle nachgelesen werden (siehe Literaturverzeichnis)

## **Inhaltsverzeichnis**

---

### **I. Folgeschäden von Extrem - oder Schwersttraumatisierung und Diagnose**

- I.1. PTBS (posttraumatische Belastungsstörung)/ PTSD (Posttraumatic Stress Disorder)
- I.2. Diagnostische Kriterien, Unterscheidung von verschiedenen Störungsbildern

### **II. Beratung und Hilfe, Kriseninterventionen, Psychotherapie mit vergewaltigten und gefolterten Frauen**

### **III. Geschichte eines therapeutischen Prozesses**

- 1. Symptomatik zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme
- 2. Anamnese traumatischer Lebensereignisse
- 3. Diagnose
- 4. Behandlung und Interventionen
- 5. Prognose

### **III. Stellvertretende Traumatisierung im Helfersystem**

Symptome, veränderte Grundannahmen

### **IV. Zusammenfassung**

## **Beratung und Hilfe, Kriseninterventionen, Psychotherapie mit vergewaltigten und gefolterten Frauen**

„Wir können Heilung nicht „machen“, sondern nur dabei helfen, die Schwierigkeiten aus dem Weg zu räumen, die eine Heilung blockieren.“(Wirtz, 1989,160).

### **Voraussetzungen**

---

1. eine emphatische Grundeinstellung, warme Zuwendung sowie akzeptierende und die Person respektierende Haltung (HelferInnen).
2. Stärkung des sozio-emotionalen Umfelds der Betroffenen (HelferInnen).
3. Eventuell gezielt einzelne Familienmitglieder beraten, wenn diese sich überfordert fühlen (BeraterInnen).
4. Einführendes Verstehen und fundierte Kenntnisse über die Gefühle und psychischen Prozesse, die Vergewaltigung oder Folter auslösen (TherapeutInnen).
5. Grundlegende Informationen geben und Verständnis vermitteln, darüber, was Vergewaltigung oder Folter bedeuten (TherapeutInnen).
6. Familie /Partner aufklären über die Art der Krise (TherapeutInnen).

### **Psychotherapie bei PTBS/PTSD <sup>1</sup>**

---

#### **Erste Maßnahmen**

- Herstellen einer **sicheren Umgebung (Schutz vor weiterer Traumaeinwirkung)**
- Organisation eines **psycho-sozialen Helfersystems**
- Informationsvermittlung und **Psychoedukation bezüglich traumatypischer Symptome und Verläufe**
- Frühes Hinzuziehen eines mit der PTBS-Behandlung erfahrenen Psychotherapeuten

#### **Traumaspesifische Stabilisierung**

- Durch entsprechend qualifizierten Psychotherapeuten
- Anbindung zur engmaschigen diagnostischen und therapeutischen Betreuung
- Krisenintervention
- Ressourcenorientierte Interventionen (Distanzierungstechniken, imaginative Verfahren)
- Eventuell zeitweise medikamentöse Mitbehandlung → Besondere Suchtgefährdung bei PTBS (besonders Benzodiazepine)

---

<sup>1</sup> vgl: Die Posttraumatische Belastungsstörung von Mathias Langkafel, in: Psychotherapie im Dialog, Nr. 1, März, 2000

## Traumabearbeitung

Ziel der Therapie ist die Integration unter geschützten therapeutischen Bedingungen.

Kontraindikationen für traumabearbeitende Verfahren:

Relative Kontraindikation	Absolute Kontraindikation
<ul style="list-style-type: none"><li>• Instabile psychosoziale und körperliche Situation</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Psychotisches und psychosennahes Erleben</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mangelnde Affekttoleranz</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Akute Suizidalität</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Anhaltende, schwere Dissoziationsneigung</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anhaltender Täterkontakt</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mangelnde Distanzierungsfähigkeit zum traumatischen Ereignis</li></ul>	

### Angriff auf das weibliche Körper- und Selbstbild sowie auf das Selbstwertsystem

Vergewaltigung stellt in besonderer Weise einen Angriff auf das personale Selbst der Frau dar, denn sie bedeuten eine Missachtung der Körpergrenzen im intimsten Bereich. Frauen, die Opfer von Vergewaltigungen wurden beschreiben häufig, wie sie sich in ihrem **personalen Sein als Frau** besonders entwürdigt fühlen.

Folter zielt auf die **Zerstörung der Selbstachtung** und des Selbstwertgefühls. Bei Vergewaltigung werden besonders die positiven Aspekte des Selbstbildes als Frau grundlegend erschüttert. Bei den Frauen sind Gefühle von Demütigung und Erniedrigung vorherrschend, sie geraten in eine Selbstwertkrise.

### Kriseninterventionen und Psychotherapie mit vergewaltigten Frauen

Um eine psychotherapeutische Arbeit zu beginnen ist es nötig, dass eine gewisse Stabilität und Stärke der gesunden Persönlichkeitsanteile der Frau gegeben ist. Leider sind die äußeren Umstände (Unsicherheit, da kein sicheres Bleiberecht/laufendes Asylverfahren) bei unseren Klientinnen meist dermaßen destabilisierend, dass wir bis zu einer Klärung der äußeren Sicherheit von **fortdauernden Kriseninterventionen oder stabilisierenden Begleitungen** ausgehen müssen und ein "Verarbeitungsprozess" eher nicht möglich ist.

Was dennoch häufig geschieht ist, dass die subjektive Einschätzung der betroffenen Frau, ihre **"kognitive Bewertung** der Situation bezüglich ihres Bedrohungsaspektes" (Feldmann und Westenhöfer, 1992, 94) möglich wird, oder neu orientiert/formiert. Nach meinen Erfahrungen kann eine kognitive Neubewertung und gleichzeitig Realisierung und damit auch der Beginn eines **Perspektivwandels** oder einer kognitiven Umorientierung in dieser Phase stattfinden.

Andere Frauen spüren, dass das Erlebte ihr Leben noch immer mitbestimmt und fragen sich, ob ihre aktuellen Gefühle von Einsamkeit, Lebensunlust usw. nicht mit den Erlebnissen zusammenhängen. Auch hier gibt es meist einen aktuellen Anlass, der die Frauen zu diesem und nicht schon zu einem früheren Zeitpunkt veranlasst, sich mit dem Erlebten auseinanderzusetzen.

Meist haben die Frauen ein gutes Gespür dafür, wann für das Erinnern und Trauern, für eine bewusste Auseinandersetzung der richtige Zeitpunkt gekommen ist. Dieses Erinnern muss - trotz des äußeren Anstoßes - die freie Entscheidung der betroffenen Frau sein.

Dies ist der Unterschied zu retraumatisierenden Situationen (wie sie z.B. von Anhörungssituationen beschrieben werden), wo die Frau sich in einem für sie unauflösbaren Dilemma gefangen sieht, entweder eine Realität zu verleugnen oder ihre Würde preiszugeben; oder wo Frauen sich zu Erinnerungen gezwungen sehen, die sie zu überfluten drohen, Ohnmachts- und Gewalterfahrungen wieder beleben in einer Situation, in der sie sich diesen nicht selten können.

In der psychotherapeutischen Auseinandersetzung muss die **Selbstbestimmung** an erster Stelle stehen. Nur so kann ein Heilungsprozess in die Wege geleitet werden.

### **III. Traumabilder einer jungen Frau -Geschichte eines therapeutischen Prozesses**

#### **FRAU E., ( 19 JAHRE) AUS DEM SUDAN**

##### **1. Symptomatik zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme**

###### **Intrusionen:**

- Alpträume
- Schlafstörungen
- Flashbackreaktionen

###### **Depressive Problematik:**

- Depressive Störungen
- Selbstmordäußerungen
- Isolationstendenzen

###### **Vermeidungsverhalten:**

- Gedächtnisprobleme
- Erinnerungslücken

###### **Hyperarousal:**

- Nervosität/Unruhe
- Konzentrationsstörungen

###### **Angstproblematik:**

- Angst, nie wieder normale Beziehungen (besonders zu Männern) haben zu können.
- Angst, dass die Erlebnisse immer das Leben dominieren, beeinflussen werden.
- Angst „dreckig“ zu sein.

###### **Vermindertes Selbstbild und soziale Beziehungen:**

- starke Trauerreaktion
- verändertes Selbstwertgefühl („beschmutzt“ und „unvollständig“ zu sein) und daraus resultierende Ablehnung des eigenen Körpers.

- hat das Gefühl, dass alle Männer „schmutzig“ sind und sie die Männer nie wieder normal sehen kann.

### **Cultural bereavement und verändertes Weltbild:**

- ist sehr allein und hat Probleme Beziehungen einzugehen.
- starke Einsamkeit und Trauer um das „verlorene“ Leben.

### **Psychosomatische Beschwerden:**

- organisch nicht weiter zu klären, psychosomatische Schmerzen im Genitalbereich.

## **2. Anamnese traumatischer Lebensereignisse**

---

### **Biographische Anamnese**

- |                   |  |
|-------------------|--|
| Geburt - 16 Jahre | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Konflikte wegen Zugehörigkeit zu Minderheit</li> <li>- Druck zur Zwangsverheiratung</li> </ul>  |
| 13 Jahre          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verlust der Mutter</li> </ul>   |
| 15 Jahre          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vergewaltigung und zwangsweise Beschneidung bei anschließendem Krankenhausaufenthalt</li> </ul>   |
| 16 Jahre          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ermordung des Vaters</li> <li>- Zunehmenden Druck auf E. und ihren Bruder</li> <li>- Traumatische Flucht</li> <li>- „Verlust“ des Bruders auf der Flucht</li> </ul> |
| 17-19 Jahre       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Retraumatisierende Lebensereignisse in Deutschland</li> <li>- Totale Isolation/ Rückzug bis Suizidversuch</li> </ul>  |

### **Direkte Gewalterfahrungen**

- Schlag auf Kopf mit Händen, Füßen und Gegenständen
- Schläge auf den Körper
- Fesselung
- Vergewaltigung mit Todesandrohungen
- Demütigungen und Bewusstseinsverlust
- Todesbedrohungen
- Genitalverstümmelung

### **Indirekte Gewalterfahrungen**

- Gewaltsamer Tod des Vaters
- Leben unter ständiger Bedrohung
- Verschwinden des Bruders während der Flucht
- Flucht unter körperlichen und seelischen Extrembedingungen

### **3. Diagnose**

---

Frau E. leidet unter einer psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen, posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1, ICD 10), die durch mehrfache, traumatische Sequenzen (Genitalverstümmelung gegen den Willen der Familie, Vergewaltigung unter Todesbedrohungen, schwere Misshandlung, Verfolgung der Klientin und der Familie als religiöse Minderheit, traumatische Flucht) vertieft und eventuell chronifiziert wurde.

### **4. Behandlung und Interventionen**

---

17.12.98	Erstberatung durch Sozialarbeiterin
09.02.99	psychologisches Erstgespräch Überweisung an Fachärztin für Frauenheilkunde
Februar - Mai 99	Psychotherapeutische/Systemische Einzeltherapie und Teilnahme an Kunsttherapiegruppe
20.04.99	Erstellung eines psychotherapeutischen Gutachtens zur Vorlage beim Verwaltungsgericht (auf Anfrage der Rechtsanwältin)
Mai 1999	Beendigung der einmonatigen psychotherapeutischen Begleitung, da E. eine Arbeit aufnahm.
ab Dezember 1999	Wiederaufnahme der Psychotherapie zur Bearbeitung der traumatischen Erlebnisse und dem Wunsch wieder mit Männern in Kontakt treten zu können.
2001 Therapieende	gute psychische Stabilisierung, Integration großer Teile der traumatischen Erlebnisse, Beziehung zu Männern blieb problematisch
Juli 2002	Erstellung eines weiteren psychiatrisch-neurologischen Fachgutachtens (auf Anfrage des Verwaltungsgericht)
Dezember 2002	Erhalt einer Aufenthaltsbefugnis

### III. Stellvertretende Traumatisierung im Helfersystem

**In allen Diagnostikmodellen sind 4 Symptomgruppen genannt**  
(sind für Betroffene und indirekt Betroffene relevant)

Unfreiwillige Erinnerungsbilder  
Verleugnung/Vermeidung  
Erregung  
Veränderung der sozialen Beziehungen

Als Folge davon werden gesunde, psychische Grundannahmen über das Selbst und die Welt erschüttert:

1. Der Glaube in die eigene persönliche Unverletzbarkeit („it won't happen to me“).
2. Die eigene Sichtweise über das Selbst als etwas Positives
3. Der Glaube in die Welt als einen Ort, der sinnvoll und im Wesentlichen geordnet funktioniert.
4. Das Vertrauen darin, dass die Mitmenschen im Grunde gut, verlässlich und vorhersehbar sind.

#### **Anzeichen von stellvertretender Traumatisierung bei Helfern**

**Änderungen im Identitätssinn:** Menschen regen mich auf, die fühle mich abgestumpft, die empfinde nichts mehr, wenn ich die Geschichten einer Vergewaltigung höre ... .

**Die Weltsicht ändert sich:** Ich dachte es geht fair zu in dieser Welt und ich glaubte an das Gute im Menschen. Jetzt bin ich zynisch und eher pessimistisch. Ich dachte, man kann Dinge bewirken, jetzt sehe ich wenig Sinn im Engagement.

**Verändertes Sicherheitsbedürfnis:** Ich mache mir jetzt ständig Sorgen um meine Sicherheit bzw. die meiner Kinder

**Vertrauen in andere/Kollegen oder Gemeinschaft:** Ich denke oft das Schlechteste.

**Auswirkungen auf Beziehungen zu anderen:** Besonders intime Beziehungen können darunter leiden, dass Emotionen/ Mitgefühl/ Empathie abgespalten oder vermieden werden.

**Selbstwahrnehmung kann sich ändern:** Ich fühle mich schuldig, dass es mir gut geht, ich ein sicheres zu Hause habe ... .

**Intrusive Gedanken/emotional flooding/ Überfluten:** Alpträume ... .

### IV. Zusammenfassung

Um in extremen Situationen effektiv helfen bzw. diese "handeln" zu können, müssen wir uns emotional auf die extrem belastenden Geschichten aus der Vergangenheit oder Gegenwart der betroffenen Frauen einlassen.

Trauma bedeutet immer Verlust, Konfrontation mit Extremen, die unsere Weltsicht verändern, die unser Gefühl von Sicherheit in Frage oder die Möglichkeit Situationen zu kontrollieren in Frage stellen.

Wir müssen verstehen, wie Trauma eine Person und ihre Helfer in Beziehung auf ihre Copingmechanismen, Weltsicht, Selbstwertgefühl und sozialen Bezügen verändert.

## Literatur

Bittenbinder, Elise (2002). Verifizierung von psychischen Folgeschäden nach Extremtraumatisierung von Flüchtlingen. In: Asylpraxis - Nürnberg (Schriftenreihe des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge) Bd. 9 - S. 35 - 60.

Bittenbinder, E. (1999). Psychotherapie mit vergewaltigten und gefolterten Frauen (SS 135-148). In: Systema, Zeitschrift des Instituts für Familientherapie e.V. Weinheim 2/1999.

Bittenbinder, E. (2000). Trauma und extreme Gewalt – Systemische Psychotherapie mit Überlebenden von Folter und die Bedeutung "innerer Bilder". In: Psychotherapie im Dialog Heft 1/2000 Posttraumatische Belastungsstörungen, Thieme Verlag

Feldmann, Harald/Westenhöfer, Joachim. (1992). Vergewaltigung und ihre psychischen Folgen, Ferdinand Enke Verlag Stuttgart

Keilson, H. (1979). Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Deskriptiv-klinische und quantifizierend-statistische follow-up Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden, Enke, Stuttgart.

Langkafel, M. (2000). Die posttraumatische Belastungsstörung. Georg Thieme Verlag Stuttgart. Pid Psychotherapie im Dialog Nr.1, März 2000.

Mombour, W., Schmidt, M.H. (1993). Internationale Klassifikation Psychischer Störungen ICD-10 Klinisch-diagnostische Leitlinie/Weltgesundheitsorganisation. Übersetzt und herausgegeben Dilling, H., World health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva 1992.

Saakvitne, K. W., Pearlman, L. A. (1996). Transforming The Pain. A Workbook on Vicarious Traumatization, Norton & Company, New York.

Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M. (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV (1996). Deutsche Bearbeitung und Einführung: Hogrefe, Verl. für Psychologie (1996). Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, American Psychiatric Association, 1994. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.

Van der Kolk, B. (1996). Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society, Guilford Press, New York.

Walter, Riepe und Groen (1999). Funktionelle Studien zur Posttraumatischen Belastungsstörungen, in Funktioneller Bildgebung als klinisches Instrument in der Psychiatrie, Nervenheilkunde 10.

## **Zur Person**

Elise Bittenbinder, Dipl.-Päd./Universität Eichstätt, Systemische Familientherapie (Köln), Hypnotherapie (Rottweil/Heidelberg), Strategic Therapy (Washington), EMDR (Köln). Seit 1988 Psychotherapeutin (Köln, Berlin) Schwerpunkt: Trauma, Opfer von Gewalt und Folter. Vorsitzende, Bundesarbeitsgemeinschaft der Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF).