

Aktuelle Verhaltenstherapie

Heft 11 November 2002

Sexuelle Traumatisierungen

Psychosomatische Fachklinik
Bad Dürkheim

Herausgeber: Psychosomatische Fachklinik
Ltd. Arzt
Dr. med. Klaus G. Limbacher
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Kurbrunnenstraße 12
67098 Bad Dürkheim
Tel. 0 63 22 / 9 34 -2 59
Fax -2 66

Redaktion: Dipl. Psych. Stefan Leidig
Dr. med. Klaus G. Limbacher

1. Auflage 2002 1000 Exemplare

ISSN 1432-5845

Themenhefte dieser Reihe erscheinen in unregelmäßigen Abständen.

Heike Bauder, Sabine Diehl und
Ulrike Ulbricht

Schwerpunkte eines integrativen
stationären Behandlungskonzeptes
für sexuell traumatisierte Frauen

Ansprechpartner für den Bereich PTB:

**Dr.med. Ulrike Ulbricht, Ltd. Nervenärztin, FÄ für
Psychiatrie und Psychotherapie**

Telefonische Sprechzeit:

Donnerstags 11.00 – 12.00 Uhr

Tel. 0 63 22 / 9 34 – 2 48

Fax – 2 66

Außerhalb dieser Sprechzeit erreichbar unter

Tel. 0 63 22 / 9 34 0

Inhaltsverzeichnis

I.	Einführung	4
II.	Symptomatik und diagnostische Einordnung	6
III.	Therapieziele und Behandlungskonzept	8
IV.	Literatur	13

I. Einführung

Es gibt zwei Hauptaspekte sexueller Traumatisierung bei Frauen: 1. sexueller Missbrauch und 2. Vergewaltigung. Sexueller Missbrauch ist „die Inanspruchnahme von Abhängigen, entwicklungsmäßig unreifen Kindern und Adoleszenten für sexuelle Handlungen, die sie nicht gänzlich verstehen, (und) in die einzuwilligen sie in dem Sinne außerstande sind, dass sie nicht die Fähigkeit haben, Umfang und Bedeutung der Einwilligung zu erkennen.“ Es sind dies Handlungen, die soziale Tabus von Familienrollen verletzen. Zu ihnen zählen auch Pädophilie, Notzucht und Inzest.“ (zitiert nach Lutter (1990, S. 16) Neben sexuellem Missbrauch kann es auch in jeder Stufe des Erwachsenenalters zu sexuellen Traumatisierungen kommen, in der Regel durch Vergewaltigung. Die Folgen sexueller Traumatisierungen können zu dem Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) führen. Sie sind bei Frauen die häufigste Ursache dieser Störung.

Zahlen zur Prävalenz von sexuellem Missbrauch divergieren sehr stark. Ergebnisse für die BRD nennen beispielsweise eine Prävalenzrate von 9,7% für Mädchen bis zum 14. Lebensjahr (Eiliger & Schötensack, 1991). Es ist davon auszugehen, dass der Missbrauch sich in der Mehrheit der Fälle vor dem 12. Lebensjahr ereignet (Kirschner et al., 1993). Außerdem erleben nach amerikanischen Daten 5-22 % der erwachsenen Frauen eine sexuelle Traumatisierung durch eine Vergewaltigung (Foa et al., 1993). Trotz der stark divergierenden Zahlen wird deutlich, dass es sich um ein häufiges Phänomen handelt, bei dem die Dunkelziffer relativ hoch ist. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle kommen die Täter aus dem nahen Umfeld des Opfers. Die Folgen dieser sexuellen Traumatisierungen sind oft langanhaltend, ohne offenkundig zu sein. Sie sind häufig die

Grundlage verschiedenster Störungen wie beispielsweise Essstörungen, Angststörungen, Depressionen und emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen mit Neigung zu Selbstverletzung. Offen zu Tage treten sie, wenn das Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung vorliegt. Das Störungsbild einer Sexuellen Traumatisierung wird häufig erst im Laufe eines therapeutischen Geschehens deutlich. Dies hängt damit zusammen, dass die Betroffenen dazu neigen, ihre diesbezüglichen Traumata aus Scham- und Schuldgefühl sowie aus Loyalität gegenüber den Tätern, die oft aus dem nahen Umfeld stammen, zu verschweigen. In unserer therapeutischen Arbeit begegnet uns immer wieder, dass das Missbrauchsopfer diese belastende und das weitere Leben beeinträchtigende Erfahrung über viele Jahre bis Jahrzehnte allein mit sich herumträgt, ohne mit einem Menschen darüber reden zu können. Bei frühen Missbrauchserfahrungen ist die Erinnerung auch immer wieder dem Bewusstsein nicht direkt zugänglich, sondern wird erst im therapeutischen Prozess erinnerlich. Wenn während der Behandlung einer spezifischen Störung (z.B. Essstörung, Angststörung) die Patientin immer wieder aufs Neue ihre Symptomatik produziert, obwohl die Motivation ernsthaft auf Lösung des Problems ausgerichtet ist, so kann ein nicht erkannter Missbrauch zugrunde liegen, wobei in diesem Zusammenhang Vorsicht geboten ist, dass nicht „falsche Erinnerungen“ suggeriert werden.

II. Symptomatik und diagnostische Einordnung

Die häufigsten Folgesymptome eines sexuellen Missbrauchs oder einer Vergewaltigung sind:

- Dissoziieren*
- Schreckhaftigkeit
- Flashbacks
- Alpträume
- Schuld und Scham
- Angst
- „wie eine Maschine sein“
- Sich nicht abgrenzen können
- Essstörung
- Selbstverletzung
- Angespanntsein
- Depression
- Resignation
- Übelkeit
- Atemnot
- Herzrasen
- Kopfschmerzen
- Schlafstörungen
- ...

Diagnostische Kriterien für Posttraumatische Belastungsstörungen, die nach einem massiv belastenden Ereignis auftreten, das typischerweise außerhalb der normalen menschlichen Er

* Beim Dissoziieren liegt eine Unterbrechung von integrativen Funktionen des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität oder der Wahrnehmung der Umgebung vor, die sich beispielsweise in einem subjektiven Gefühl emotionaler Taubheit oder von Losgelöstsein von eigenen Erfahrungen äußern kann.

fahrung liegt, sind im ICD 10 unter F43.1 und im DSM IV unter 309.81 zu finden . Für diese Störung typisch sind das Erleben starker Furcht und die Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma zusammenhängen. Außerdem wird das Trauma häufig intensiv wiedererlebt in Alpträumen und Tagträumen. Dazu kommt eine Mischung aus emotionaler Taubheit („Abstumpfung“) und gleichzeitig erhöhter Erregung.

Eine der Schwierigkeiten im Umgang mit Posttraumatischen Belastungen aufgrund sexueller Traumatisierung ist, dass – anders als nach „akzeptierten“ Katastrophen, wo das Opfer der Zuwendung der Öffentlichkeit meist sicher sein kann – Opfer sexueller Traumatisierung häufig aus Furcht vor Stigmatisierung schweigen. Erschwerend ist, wie oben erwähnt, dass Opfer und Täter oft in einer sehr nahen Beziehung stehen und das Opfer vom Täter abhängig ist.

III. Therapieziele und Behandlungskonzept

Unser Behandlungskonzept enthält kognitive und konfrontative (direkte Auseinandersetzung mit dem Traumageschehen) Elemente, die sich in der Verhaltenstherapie der posttraumatischen Belastungsstörung als besonders wirkungsvoll erwiesen haben (Ehlers, 1999). Darüber hinaus beinhaltet es körpertherapeutische Elemente, die unseres Erachtens besonders wichtig sind, um Prozesse und Veränderungen auf der emotionalen Ebene direkt erfahrbar zu machen. Durch den Gruppenansatz wird das Erleben von Solidarität und gegenseitigem Vertrauen ermöglicht, was die Auseinandersetzung mit dem schwierigen Thema erleichtert. Im folgenden soll dieses Konzept für sexuell traumatisierte Frauen im Rahmen unseres stationären psychosomatischen Settings genauer vorgestellt werden.

Ziele der Gruppentherapie sind:

- Abnahme der Folgesymptome (s. oben)
- Entwicklung von
 - Genuß
 - Ich -Stärke
 - Selbstakzeptanz
 - differenzierterer Körperwahrnehmung und Hinlenkung auf positives Körpergefühl
 - Abgrenzungsfähigkeit, die nicht nur kognitiv erarbeitet wird, sondern durch Körperübungen fühlbar gemacht wird
 - Selbstsicherheit
 - Selbstwertgefühl

Behandlungskonzept:

Für unser Behandlungskonzept gilt grundsätzlich, dass die individuelle Bedürfnislage und Befindlichkeit der Patientin zum Ausgangspunkt für die therapeutischen Strategien gemacht wird. So kann es erforderlich sein, dass zunächst die Einzeltherapie mit vertrauensaufbauenden Maßnahmen ganz im Vordergrund steht, ergänzt durch allgemeine Therapiebausteine wie Gruppentherapie, Sport-, Ergo- und Soziotherapie.

Darüber hinaus besteht ein störungsspezifisches Angebot aus Einzel- und Gruppentherapie speziell für sexuell traumatisierte Frauen. Dieses störungsspezifische Gruppenkonzept besteht aus einer Kombination von psychoedukativen und Selbsterfahrungselementen auf kognitiver und emotionaler Ebene. Die integrierte Körperarbeit ist speziell auf diese Problematik ausgerichtet. Körperübungen werden beispielsweise einbezogen zur Entspannung, zur Abgrenzung, aber auch zum Austesten und Aufbauen positiver Erfahrungen von Vertrauen, Zulassen von gefahrloser Nähe sowie der Wahrnehmung und Anerkennung eigener und fremder Grenzen. Bei immer wieder aufkommender themenbedingter hoher Anspannung erfolgt Entlastung durch die Einbeziehung von spannungsregulierenden Übungen (Skill-Training). Außerdem wird den betroffenen Frauen eine solidarische Form der Auseinandersetzung, insbesondere mit Schuld und Scham, ermöglicht, die in der Regel im Erleben und Denken einen zu hohen Raum einnehmen. Durch die Rückmeldung der anderen Betroffenen kann die eigene dysfunktionale und irrationale Sichtweise relativiert werden. Das Expertentum der Mitbetroffenen ist dabei eine wichtige therapeutische Hilfestellung und dient insbesondere dazu, Scham abzubauen und bezüglich des Gefühls der Stigmatisierung zu entlasten. Unter therapeutischer Führung mit gegenseitiger Unterstützung der Betroffenen kann die verzerrte Wahrnehmung und Bewertung, vor allem bezüglich der

„Schuld“ des Opfers, korrigiert werden. Dies ist für die psychische Stabilisierung äußerst wertvoll, da das Relativieren der Opferrolle eine wichtige Voraussetzung dafür ist, ein selbstbestimmteres Leben führen zu können.

Indikation zur Gruppentherapie:

- Diagnose einer PTBS ist keine Voraussetzung für die Teilnahme
- Patientinnen jeden Alters, die sexuell traumatisiert wurden (sexueller Missbrauch und/oder Vergewaltigung)
- zumindest eine vage Erinnerung an die Vorfälle sollte vorhanden sein, der bloße Verdacht, „es müsse etwas gewesen sein“ reicht nicht aus (auch nicht Verdacht des/r Therapeuten/in)
 - Eigenmotivation der Patientin zur Teilnahme
 - Missbrauch sollte für die Patientin aktuell ein Thema darstellen, an dessen Bearbeitung sie interessiert ist
 - Die Patientin sollte nach therapeutischer Einschätzung stabil genug sein, um an diesem Thema zu arbeiten, wobei der von uns gebotene schützende und stützende Rahmen eines stationären Settings oftmals eine notwendige Voraussetzung ist, um sich mit diesem belastenden Thema auseinander zu setzen.
 - Patientinnen leiden unter Folgeproblemen: PTBS-Symptome, interaktionelle Probleme, Beziehungsschwierigkeiten, mangelnde sexuelle Kompetenz, Einschränkung der Leistungsfähigkeit oder Scheitern von Lebensentwürfen als Folge der Traumatisierung

Kontraindikationen:

- Borderline-Störungen mit hochfrequenten aktuellen Tendenzen zur Selbstverletzung bis hin zu suizidalen Impulsen
- Akute Psychosen
- Patientinnen, die nach Psychosen noch nicht ausreichend stabilisiert sind
- Generell, wenn die Patientin nicht belastungsfähig genug erscheint oder die Gefahr einer weiteren Exazerbierung der Symptomatik oder einer psychischen Dekompensation als zu hoch eingeschätzt wird

Zielinhalte der störungsspezifischen Gruppe:

- Kennenlernen und Erwerb von Strategien (u.a. Sicherer Ort und Einüben von Skills)
- Traumaexposition
- Umgang mit Schuld- und Schamgefühlen (Auseinandersetzung mit rationalen und irrationalen Gedanken, Abbau der Opferhaltung)
- Aufbau von Selbstwertgefühl
- Abgrenzung (Nähe-Distanz)
- Vertrauen
- Körperakzeptanz und Sexualität
- Integration

Rahmenbedingungen des störungsspezifischen Gruppenkonzeptes:

Die Gruppe wird ca. alle 3 Monate angeboten. Falls die Dringlichkeit des Therapie- und Rehabilitationsbedarfs dies ermöglichen, können Patientinnen auch gezielt zum Beginn der Gruppe einbestellt werden. Unsere Zuweiser haben die Möglichkeit

einer speziellen Anmeldung für dieses Gruppenangebot. Vor der Aufnahme kann zur Informationsvermittlung und Motivationsabklärung ein ambulantes Vorgespräch angeboten werden. Die Gruppe beinhaltet 10 Sitzungen à 90 min., die sich über 5 Wochen erstrecken. Die Gruppe wird von 2 Leiterinnen (Psychotherapeutin, Sporttherapeutin) durchgeführt und es können 6-8 Patientinnen an der Gruppe teilnehmen.

IV. Literatur

- Bass, E. & Davis, L. (1991). *Trotz allem: Wege zur Selbstheilung für sexuell mißbrauchte Frauen*. Berlin: Orlanda Frauenverlag.
- Bronisch, T. (1997). Posttraumatische Belastungsstörung, Psychotherapie, Bd. 2, Heft 1.
- Ehlers, A. (1999). Posttraumatische Belastungsstörung. In Schulte, D., Grawe, K., Hahlweg, K. & Vaitl, D. (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapie, Manuale für die Praxis, Band 8*. Hogrefe: Göttingen.
- Elliger, T.J. & Schötensack, K. (1991). Sexueller Missbrauch an Kindern – eine kritische Bestandsaufnahme. In Nissen (Hrsg.), *Psychogene Psychosyndrome und ihre Therapie im Kindes- und Jugendalter*. Huber: Bern.
- Herman, J. L. (1994). *Die Narben der Gewalt*. München: Kindler.
- Kempe, R. S. & Kempe, C. H. (1980). *Kindesmisshandlung. Das Kind und seine Entwicklung*. Stuttgart.
- Kirschner, C., Kirschner, D.A. & Rappaport, R.L. (1993). *Working with adult incest survivors: The healing journey*. New York: Brunner/Mozel.
- Lutter, H. (1990). Sexueller Missbrauch von Mädchen und Jungen, Landesstelle Jugendschutz, Fachreferat der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen (Hrsg.), Hannover: Th. Schäfer.
- Meichenbaum, D. (1999). Behandlung von Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen: Ein konstruktiv-narrativer Ansatz. *Verhaltenstherapie*, 9, 186-189.
- Müller, D. (1998). *Frauen Selbsthilfegruppen gegen Gewalt*. Schwäbisch Hall: Pro Familia Beratungsstelle (Infobroschüre).
- Stein, H. (1999). Körper- und Bewegungstherapie für Survivors, *Gesundheitssport und Sporttherapie*, Heft 3, 86-89.