

Herrschaft und Gewalt

Psychotherapie mit vergewaltigten und gefolterten Frauen

Elise Bittenbinder

Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge, Köln

Sexuelle Ausbeutung, sexuelle Gewalt und Vergewaltigungen werden bereits im alten Testament oder auch den frühen Mythen verschiedener Kulturen erwähnt. Sie waren Mittel zur Sicherung von Besitz, Dominanz und Macht im persönlich-familiären wie im politischen Kontext.

Wesentlich moderner ist die Ansicht, daß sexueller Mißbrauch als eine Verletzung der Sicherheit der Person, der Persönlichkeit, als Angriff auf das Recht eines Menschen, über ihren/seinen Körper frei verfügen zu können, gesehen wird.

Die lange Geschichte von Krieg und Vergewaltigung

Vergewaltigung wurde in allen Kriegen, in Programmen, Aufständen, Revolutionen und zum Zweck der Folter eingesetzt. Dabei wurde vor keiner Hautfarbe und Rasse haltgemacht. So wurde zum Beispiel sexuelle Demütigung der Juden und Jüdinnen in Form von Massenvergewaltigungen durch deutsche Soldaten (vgl. Mörrth, 1994) demonstriert.

Es ist immer die siegreiche Seite in Kriegen, die vergewaltigt. Überlegenheit wird auf und über den Körper der Frau exerziert.

Trotzdem sucht man eine spezielle Erwähnung einer der erniedrigsten Menschenrechtsverletzungen etwa in dem Sinne, daß Frau ein Recht auf körperliche/weibliche Unversehrtheit hat, in den Menschenrechtserklärung der Vereinten Nationen¹ vergebens.

¹ Artikel 3: Jeder Mensch hat das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person.

Artikel 5: Niemand darf der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden. (Allgemeine Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen: genehmigt und verkündet am 10. Dezember 1948 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen)

Vergewaltigungen sind also so alt wie die Menschheitsgeschichte. Der Prozeß der Zivilisation scheint in diesem tabuisierten Bereich jedoch noch nicht sehr weit gereift.¹

Zur Geschichte des Vergewaltigungstraumas

Bereits Mitte der neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts war Freud (zusammen mit Breuer in Wien und unabhängig davon auch Janet in Paris) zum Ergebnis gekommen: Schwerwiegende traumatische Ereignisse und die damit verbundenen unerträglichen Gefühlsreaktionen verursachen Bewußtseinsveränderungen, die wiederum Symptome hervorrufen.

Es war sexueller Mißbrauch oder „Perversion gegen Kinder“, auf die Freud stieß, als er mit seinen ersten Patientinnen deren Erinnerungen zurückverfolgte. Viele der Frauen berichteten über sexuelle Übergriffe, Mißhandlungen und Inzest. Verborgen unter neueren, meist relativ harmlosen Erfahrungen, die Symptome ausgelöst hatten, entdeckte er traumatische Ereignisse.

In seiner Veröffentlichung „Zur Ätiologie der Hysterie“ schreibt Freud: „Ich stelle also die Behauptung auf, zugrunde jedes Falles von Hysterie befindet sich – – ein oder mehrere Erlebnisse von vorzeitiger sexueller Erfahrung, die der frühesten Jugend angehören.“ (Freud 1896, 439)

Wenig später verwarf Freud jedoch die Traumatheorie als Ursache der Symptome, da ihn die Konsequenzen seiner Theorie zunehmend beunruhigten. Die Gedanken wurden für ihn persönlich, aber vor allem für die bürgerliche Gesellschaft, in welcher er praktizieren mußte, unannehmbar.

1910 widerrief Freud schließlich seine Theorie. Er war zu dem Schluß gekommen, „daß die Berichte seiner hysterischen Patientinnen über sexuellen Mißbrauch in der Kindheit nicht der Wahrheit entsprachen, obwohl er nie eine klinische Dokumentation falscher Anklagen vorlegte.“ (Herman 1993, 27)

Erhalten blieb jedoch die Methode, die Grundlage der modernen Psychotherapie wurde. Es waren auch Freud und seine Kollegen, die beschrieben, daß die Sym-

¹ Laut der Frankfurter Rundschau vom 23.01.1999 meint die Psychologin Dr. Ruth Seifert von der Bundeswehrhochschule München auf einer Tagung der CWA (Coordination of Womans Advocacy) in Genf: „das Völkerrecht [muß] weiterentwickelt werden, und es muß ein Bewußtsein dafür geschaffen werden, daß völkerrechtliche, asylrechtliche und psychosoziale Probleme im Zusammenhang angegangen werden müssen“. Sie beklagt, daß die Frage nach geschlechtsspezifischer Gewalt in Kriegs- und Krisenzeiten im deutschsprachigen Raum kaum noch diskutiert wird und auch die deutsche Politik von dieser Debatte „eigentümlich unberührt“ geblieben ist.

ptome zurückgingen, wenn die traumatischen Erinnerungen und die damit verbundenen Gefühle erkannt und verbalisiert werden konnten.

Bereits während des 1. Weltkrieges wurde festgestellt, daß Soldaten mit Kriegstraumata auch ohne unmittelbare äußere Gewaltwirkung traumatisiert waren. Dennoch führte dies auch nach dem 2. Weltkrieg nicht zu einem neuen Verständnis, etwa daß das Ende der Stresssituation nicht auch das Ende der Gesundheitsstörung sein muß. Und selbst bei den Opfern des Nazi-Terrors, Überlebenden von Konzentrationslagern, die jahrelange Mißhandlungen und Todesangst erleben mußten, wurden die traumatischen Ereignisse bestenfalls als Auslöser einer Erkrankung angesehen. Gründe für diese starre Haltung sind sicher darin zu suchen, daß die Beschäftigung mit psychischer Traumatisierung in Zusammenhang stand mit Schadensersatz- und Wiedergutmachungsansprüchen.

Schließlich veranlaßten die beharrlichen Kampagnen der Vietnamveteranen in den USA eine systematische wissenschaftliche Erforschung. Eine „Studie zu den Folgen des Vietnamkriegs“ beschrieb das posttraumatische Syndrom und bewies schlüssig den direkten Zusammenhang zu Kampferlebnissen“ (Herman, 44).

Aber erst die Frauenbewegungen in den siebziger Jahren gelang es, „den Faden der Erinnerung zurückzuverfolgen“ (Freud, 1943, in Herman, 25). Jetzt hörten Frauen Frauen zu, nicht um sie wissenschaftlich zu erforschen, sondern um sich gegenseitig zu ermutigen aus der Privatsphäre auszubrechen, sich gegenseitig zu unterstützen, um gemeinsam zu handeln, um eine gesellschaftliche Veränderung und Bewußtwerdung zu erwirken. Endlich wurde hier das Thema auch neu interpretiert. Als dies wiederum aufgegriffen wurde, entstand sogar ein neuer Ansatz, die Traumalogie.

Von Freuds (Breuers und Janets) frühen Beschreibungen bis dahin, daß z.B. Posttraumatische Belastungsstörungen als Diagnose in psychotherapeutischen oder medizinischen Fachkreisen in Deutschland einen gewissen Bekanntheitsgrad erlangte, sollte es also fast noch ein weiteres Jahrhundert dauern.¹

¹ Im Jahr 1980 erscheint die erste deutsche Übersetzung des psychiatrischen Teils der „International Classification of Diseases“ (ICD-9) of the World Health Organization (Internationale Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation). Dort taucht die posttraumatische Belastungsstörung das erste Mal auf, jedoch erst mit der deutschen Ausgabe des ICD-10 (1993) wird PTSD (Post Traumatic Stress Disorder - Posttraumatische Belastungsstörung) in Deutschland diskutiert. Es ist ein Fortschritt, daß für diesen Problembereich eine Diagnose und Richtlinien entwickelt wurden, gleichzeitig werden damit jedoch viele Fragen aufgeworfen, auf welche ich hier nicht eingehen kann. Ich möchte deshalb auf zwei Artikel hinweisen, die die Problematik von PTSD im Zusammenhang mit ethnotraumatischen Aspekten (Summerfield, 1997) und im Zusammenhang mit Extremtraumatisierung (Becker, 1997) diskutieren.

43.1 posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-10

Klinisch-diagnostische Leitlinien

Diese entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Hierzu gehören eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen zu sein. Prämorbidie Persönlichkeitsfaktoren wie bestimmte Persönlichkeitszüge, (z.B. zwanghafte oder asthenische) oder neurotische Erkrankungen in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf verstärken, aber die letztgenannten Faktoren sind weder nötig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären.

Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallen, flashbacks), oder in Träumen, vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtheit und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Anhedonie sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Üblicherweise findet sich Furcht vor und Vermeidung von Stichworten, die den Leidenden an das ursprüngliche Trauma erinnern könnten. Selten kommt es zu dramatischen akuten Ausbrüchen von Angst, Panik oder Aggression, ausgelöst durch ein plötzliches Erinnern und intensives Wiedererleben des Traumas oder der ursprünglichen Reaktion darauf.

Gewöhnlich tritt ein Zustand vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Drogeneinnahme oder übermäßiger Alkoholkonsum können als kompensierende Faktoren hinzukommen.

Die Störung folgt dem Trauma mit einer Latenz, die Wochen bis Monate dauern kann (doch selten mehr als 6 Monate nach dem Trauma). Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. Bei wenigen Patienten nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine dauernde Persönlichkeitsänderung über (siehe F62.0).

Diagnostische Leitlinien

Diese Störung soll nur dann diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von 6 Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von außergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist. Eine "wahrscheinliche" Diagnose kann auch dann gestellt werden, wenn der Abstand zwischen dem Ereignis und dem Beginn der Störung mehr als 6 Monate beträgt, vorausgesetzt, die klinischen Merkmale sind typisch, und es kann keine andere Diagnose (wie Angst- oder Zwangsstörung oder depressive Episode) gestellt werden. Zusätzlich zu dem Trauma muß eine wiederholte unausweichliche Erinnerung oder Wiederinszenierung des Ereignisses in Gedächtnis, Tagträumen oder Träumen auftreten. Ein deutlicher emotionaler Rückzug, Gefühlsabstumpfung, Vermeidung von Reizen, die eine Wiedererinnerung an das Trauma hervorrufen könnten, sind häufig zu beobachten, aber für die Dia-

Vergewaltigung: eine sexuelle Triebhandlung?

Die Vorstellung, Vergewaltigungen seien sexuelle Triebhandlungen, muß seit Täteruntersuchungen in den 70er und 80er Jahren als überholt gelten. Es zeigte sich, daß Vergewaltigungen in erster Linie Gewalttaten sind, d.h. es dem Täter vorrangig nicht um sexuelle Triebbefriedigung geht, sondern darum, Gewalt und Herrschaft über Frauen auszuüben, an ihnen Wut auszulassen, sie zu erniedrigen, zu demütigen und zu unterwerfen. Die Gewaltausübung bedient sich der Sexualität, deshalb kann man von sexualisierter Gewalt oder Aggression (Feldmann und Westenhöfer 1992) sprechen.

„Dadurch, daß der Täter sexuell über eine Frau verfügt, ihren Willen bricht und sie zum sexuellen Objekt herabwürdigt, übt er die höchstmögliche Form der Macht und Kontrolle aus“ (Rada, 1978a, in Feldmann und Westenhöfer, 1992, 6).

Die Erfahrungen bei meiner Arbeit mit vergewaltigten und gefolterten Frauen im Psychosozialen Zentrum für ausländische Flüchtlinge in Köln zeigen, daß brutalste Gewaltanwendung in Form von Schlägen, Mißhandlungen und demütigendem Verhalten in fast allen Fällen weit über das Ausmaß von Gewalt hinausgehen, was zur Erreichung der Vergewaltigung erforderlich wäre.

Alle von mir im Folgenden erwähnten Frauen berichten von extremen Gewaltanwendungen, die sie als besonders demütigend und einschüchternd erlebt haben und die in den psychischen Auswirkungen oder Langzeitfolgen (häufig als Angstsymptome) dominant sind.

Angriff auf das weibliche Körper- und Selbstbild und 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

gnose nicht wesentlich. Die vegetativen Störungen, die Beeinträchtigung der Stimmung und das abnorme Verhalten tragen sämtlich zur Diagnose bei, sind aber nicht von ersterangiger Bedeutung.

Späte, chronifizierte Folgen von extremer Belastung, d. h. solche, die noch Jahrzehnte nach der belastenden Erfahrung bestehen, sind unter F62.0 (andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung) zu klassifizieren.

als Frau grundlegend erschüttert. Bei den Frauen sind Gefühle von Demütigung und Erniedrigung vorherrschend, sie geraten in eine Selbstwertkrise.

Macht- und Hilflosigkeit als Lebensgefühl

Das grundlegende Gefühl von Sicherheit und Vertrauen, welches wir alle zum Leben brauchen, wird zutiefst erschüttert. Es kommt zu einem gravierenden Einschnitt in den Lebenserfahrungen. Die Welt kann nicht mehr gesehen werden als eine, in der Frau sich geschützt, geborgen und aufgehoben fühlt.

Sowohl Folter als auch Vergewaltigung sollen den Willen der Frau brechen, ihre Unterwerfung unter den Täterwillen erzwingen und verfolgen eine Schädigungsabsicht, die dem Opfer durchaus deutlich gemacht wird. Dies bedeutet den totalen Verlust von persönlicher Kontrolle, ohne daß die Frau eine Wahl- oder Handlungschance hat oder der Situation entinnen kann. Viele Frauen geben in dieser Situation jede Gegenwehr auf, sie beschreiben „eine Art Ohnmacht“, in der das Selbststerben völlig vom Gefühl der Hilflosigkeit beherrscht wird.

Daher ist es verständlich, daß diese extremen Erfahrungen (Vergewaltigung als/und Folter) langfristig zum Verlust des Vertrauens in die Fähigkeiten, das eigene Leben zu kontrollieren, zu gestalten oder zu meistern, führen kann.

Zu den Beschwerden, unter denen die Frauen in den Jahren nach einer Vergewaltigung leiden gehören: (vgl. Kretschmann, 1993, 62)¹

- Ängste, Phobien:
sowohl generalisierte, unkontrollierbare Angstzustände als auch Ängste in alltäglichen Situationen, in geschlossenen Räumen, vor Menschen; Angst, verrückt zu werden; somatisierter Ausdruck von Angst (Übelkeit) und Schlafstörungen / Alpträume.
- Psychosomatische Beschwerden/psychogene Schmerzen/Konversionssymptome:
Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Schmerzen im Unterleib, Lähmungsercheinungen, Ohnmachten, Herzbeschwerden, Schwindelgefühle usw.
- Depressionen/depressive Störungen:
Gefühle der Verzweiflung, Hilflosigkeit, Sinnlosigkeit, Resignation, Antriebschwäche, Verlust an Interesse an der Umgebung, Appetitlosigkeit, Mangel an Initiative, Selbstwertproblematik, Suizidalität.
- Beziehungsstörungen und sexuelle Störungen:
Störungen des zwischenmenschlichen Kontaktes durch Ängstlichkeit, Unsicherheit, Mißtrauen, Rückzug, Distanzierung. Neben Funktionsstörungen

¹ Die bei Kretschmann (1993) erwähnten Beschwerden wurden von mir erweitert und angepaßt.

kann es zu Ekelgefühlen bei körperlichen Berührungen überhaupt, zu tiefgreifendem Mißtrauen gegenüber Partnerbeziehungen, aber auch gegenüber Fremden kommen.

- Veränderung der Beziehung zum eigenen Körper:
der Körper wird als etwas „Losgelöstes“, Beschmutztes, Entwertetes erlebt. Es kommt zu Gefühlen von Ekel bis Ablehnung des eigenen Körpers.

- Veränderung des Selbst- und Weltbildes:
das Selbstbild kann nachhaltig vom Gefühl der Verwundbarkeit und Schwäche bestimmt sein. Frau fühlt sich in dieser Welt nicht mehr beheimatet, ihr nicht mehr zugehörig.

Aus meiner psychotherapeutischen Tätigkeit möchte ich einige Fälle der letzten drei Jahre exemplarisch herausheben. Bei allen Fällen waren sexuelle Mißhandlungen und/oder Vergewaltigungen als Methoden zur Demütigung oder Folter eingesetzt worden.

Die behandelten 12 Frauen im Alter von 15–51 Jahren kommen aus sehr unterschiedlichen Kulturkreisen: 1 Frau aus Äthiopien, 2 Frauen aus dem Iran, 1 Frau aus Nigeria, 5 Kurdinnen aus der Türkei und 3 Frauen aus Sri Lanka. Meist waren die Gespräche als Einzelgespräche, teils auch als Paar- und Familiengespräche geführt worden.

Ohne weiter zu differenzieren habe ich versucht, die Befindlichkeitsstörungen, wie sie von den Frauen in den Anamnesegesprächen (1–5 Gespräche) dargestellt werden, in Beschwerdebildern zusammenzufassen. Es handelt sich hierbei um Selbstbeurteilungen, die von den Klientinnen in Zusammenarbeit mit der Therapeutin (z.T. mit Hilfe eines Fragebogens) erstellt wurden.

Dauer, Intensität oder Art der erfahrenen Gewalt/Vergewaltigungen sind dabei nicht berücksichtigt worden. Die sexuellen Gewalterfahrungen liegen zwischen 5 Monaten und 10 Jahren zurück. In den meisten Fällen liegen sie jedoch 1–2 Jahre zurück.

Beschwerdebilder / Befindlichkeitsstörungen

- Seelisches Gesamtbefinden ist noch gestört 11
- Gefühl, nicht mehr dieselbe wie früher zu sein 09
- Nicht mehr mit sich selbst zurechtkommen 06
- Lebensalltag ist von Angst geprägt 09
- Schlafprobleme/Alpträume 11
- Gefühl nicht frei und arglos leben zu können 06

Depressionen	10
Unkontrollierbare Angstgefühle	09
Angst in bestimmten Situationen	12
Ängstlichkeit, Unsicherheit oder Mißtrauen im	
Umgang mit anderen Menschen (besonders Männern)	10
Vermeide Kontakt mit Menschen, die davon wissen	
oder danach fragen könnten	05
Angst nicht normal zu sein	04
Angst vor der Angst	05
Sehe keine Zukunftsperspektiven	10
Selbstmordgedanken/-versuche	07
Fühle mich in meinem Körper nicht mehr zu Hause	
(beschmutzt, gebrandmarkt....)	08
Intime oder sexuelle Beziehungen sind (z.Zt.) nicht denkbar	
(sehr problematisch)	08
Unterleibsprobleme (gynäkologische Probleme)	06
Gefühl, daß diese Bilder mich immer verfolgen werden	10
Muß ständig daran denken, warum sie das mit mir getan haben	07
Starke Scham und/oder Schuldgefühle	11
Darüber habe ich noch mit niemandem gesprochen	09
Darüber habe ich bei der Anhörung nichts gesagt	10

In immer mehr Fällen wird es notwendig, Stellungnahmen oder Gutachten für rechtliche Verfahren (Aufenthalt und Asyl) der Klientinnen zu erstellen. Wie später noch aufgezeigt wird, hat dies Auswirkungen auf den Prozeß der Verarbeitung, muß aber auch in einer laufenden oder beginnenden psychotherapeutischen Arbeit berücksichtigt oder eingeplant werden. Idealerweise sollten diese Stellungnahmen oder Gutachten von neutralen Personen übernommen werden. Leider steht uns diese Alternative derzeit nicht zur Verfügung.

„Vergessen wollen“: Psychische Folgen und Verarbeitungsprozesse

Der Begriff der **psychosozialen Krise** (Feldmann und Westenhöfer, 1992, 110) wird dem psychischen Geschehen nach einer Vergewaltigung am ehesten gerecht. Das Idee, daß eine Frau nach einer Vergewaltigung in eine psychosoziale Krise gerät, umfaßt die Vorstellung eines prozelhaften Verlaufes unterschiedlicher Reaktionsphasen, aber auch die Bedeutung des sozialen Umfeldes bei der Bewältigung der emotionalen, kognitiven und interpersonellen Destabilisierung.

In der Literatur zur Vergewaltigung und den psychischen Folgen werden oft Phasenmodelle (angelehnt an Phasenmodelle traumatischer Krisen allgemein) – je nach Autorinnengruppe – in 2–5 Phasen eingeteilt. Sie sollen die Verarbeitungszeit gliedern, beschreiben die Dynamik zwischen Individuum und Umwelt und wie sich Reaktionen und beeinflussenden Faktoren gegenseitig bedingen. Ich beziehe mich im Folgenden auf eine Phaseneinteilung, die flexibel, prozessual zu verstehen ist und die sich an der Dynamik von Belastung und Bewältigung orientiert.¹ Diese Einteilung ist für das Verständnis von psychischen Reaktionen nach Vergewaltigung und Folter interessant, jedoch ergeben sich auch einige Unterschiede beim Versuch der Übertragung.

Die o.g. **Schockphase** (ersten Stunden bis Wochen nach dem Ereignis) wird von unseren Klientinnen in den Schilderungen der Folterungen/Vergewaltigungen häufig beschrieben, es kommt jedoch fast nie vor, daß wir sie in dieser Phase sehen, da meist eine (traumatische) Fluchtphase dazwischen liegt. Allerdings erleben wir die Klientinnen häufig aus aktuellem Anlaß in einer Art Schockphase aufgrund von „Retraumatisierung“.

Unsere Klientinnen erleben die unmittelbare Schockphase meist in einem kumulativen Zusammenhang mit Terror, Verfolgung und Folter. Viele Frauen verbleiben lange in einer apathischen Haltung, von der sie berichten, daß diese bereits während der Vergewaltigung eingesetzt hat. Sie beschreiben „Ohnmachtszustände“, Zustände des „wie in Trance Seins“, berichten von einem Gefühl der Leere, des „Nichts“. Besonders häufig wird von unserer Klientinnen beschrieben, wie sie das Bewußtsein verloren haben und erst später beim Wieder-Aufwachen bemerkt haben, daß sie „da unten bluteten“.²

¹ Bassuk, 1980, z. B. unterscheidet zwischen Schockphase als unmittelbarer Belastungsphase, (mit Desorganisation, Hilflosigkeit und zwanghaftem Eingenommensein), Reaktionsphase (Stadium der Reorganisation) und Bearbeitungsphase (Auseinandersetzung mit der spezifischen personalen Bedeutung des Vergewaltigungsgeschehens) zit. nach Feldmann und Westenhöfer 1992, 112.

² Hier müssen natürlich auch die kulturellen Hintergründe der Klientinnen, Schuld- und Schamgefühle, sowie die damit verbundene Möglichkeit solche Erlebnisse überhaupt in Worte fassen zu können, Berücksichtigung finden.

In hohem Maße beeinflusst das Verhalten der Umgebung in dieser Phase die Gefühlszustände und Reaktionsweisen. Da sich die Frauen bereits in einer Situation der „generellen Bedrohlichkeit“ oder „extremen Belastung“ (Keilson 1979, 51) befinden, ist mit einer totalen Gefühlsverwirrung oder einem psychischen Zusammenbruch, beschrieben als „Ohnmachtszustand“ oder Zustand der „Bewußtlosigkeit“ zu rechnen. Da die Umgebung eine bedrohliche ist und die Frau in erster Linie mit ihrer physischen und persönlichen Sicherheit befaßt ist, kommen ein „Sich-Irgendwie-Beruhigen“, „Sich-Ablenken“, ein „Sich-Mitteilen“ wie es in der Literatur von Vergewaltigungsopfer als **erste Reaktion** beschrieben wird in der Regel nicht in Frage, da diese Reaktionen u.U. lebensbedrohlich wären.

In der Reaktionsphase reorganisiert sich die Frau und der **Bearbeitungsprozeß** wird eingeleitet. In der Fachliteratur wird auch von einer „Verleugnungsphase“ gesprochen. Sie soll bedeuten, daß es eine Phase in der Verarbeitung der entsetzlichen Erlebnisse gibt, in der die Frauen versuchen, das Erlebte einfach auszuklammern und ganz normal weiterzuleben, als ob es nie geschehen wäre. Ich würde diese Phase lieber die Phase des „**Vergessen-Wollens**“, die beim Prozeß der Bewältigung immer wieder periodisch auftritt, nennen. Wie auch bei Folter oder schweren Mißhandlungen generell: die Frauen wollen über die Vergewaltigungen nicht sprechen, wollen „**vergessen**“, nicht erinnert werden, nicht noch mal leiden, sich nicht wieder gedemütigt fühlen. Dieser Wunsch wird sehr häufig und auch sehr bewußt formuliert.

Die Rückkehr in ein „normales“ Leben ist oft nur möglich mit Hilfe des Abtreuens des Erlebten, des „Vergessens“, oder anders ausgedrückt: der Unterdrückung und Verleugnung der Gefühle. Dieser psychische Schutzmechanismus hat jedoch einen Preis, den die Frauen durchaus spüren: sie erleben sich als freudlos, ängstlich, traurig, sie funktionieren mechanisch, um ihre Familien zu versorgen. Dieser Preis scheint unter Umständen jedoch gering, angesichts dessen, was es zu überwinden gilt.

Auch ist soziale Stigmatisierung in vielen Kulturen tief verwurzelt, wenn es um sexuelle Gewalt geht. Sie durch Schweigen zu umgehen ist für viele Frauen eine pragmatische Entscheidung.

Beim **Durcharbeiten** einer traumatischen Krise wie nach einer Vergewaltigung ist das Alternieren zwischen „Vergessen“ und Konfrontation oder Fokussieren auf das traumatische Ereignis bedeutungsvoll. Auch subjektiv als belastend empfundene Symptomatisierungen (z.B. zwanghaftes Sich-Erinnern) können der Vergewaltigung der Angsterfahrung und damit ihrer Überwindung dienen. Bei diesem Prozeß ist die Stützung der Ich-Kräfte sehr wichtig.

Kriseninterventionen und Psychotherapie mit vergewaltigten Frauen

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

Die Frauen wenden sich meist bei einem konkreten Anlaß an unser Zentrum. Nicht selten ist es die „Notwendigkeit“, sich an die Ereignisse zu „erinnern“, die von außen an die Frauen herangetragen wird. Eine Anhörung oder ein Termin bezüglich des Asylverfahrens steht an, und die Frau gerät in eine akute Krise, weil sie nicht weiß, ob sie reden kann, soll oder muß.

Häufig sind es auch ehrenamtliche oder professionelle HelferInnen, ÄrztInnen oder RechtsanwältInnen, die aufmerksam werden und nachfragen. Nicht selten führt ein einfühlsames Nachfragen dazu, daß die Frauen ihr Schweigen brechen. Auch hier ist es oft im Zusammenhang mit dem Asylverfahren. Der Anlaß für das Interesse der HelferInnen ist ein „äußerer“, nämlich die Tatsachen in das Asylverfahren mit aufzunehmen, und die „Realität“ der Vergewaltigung anzuerkennen. So paradox dies erscheinen mag, es kann hilfreich sein, denn es kann eine Tür öffnen. Nicht wenige Frauen berichten davon, daß sie „freiwillig“ nicht darüber geredet hätten, aber auch, wie erleichtert sie sich fühlen, es getan zu haben. In beiden Fällen, aber verständlicherweise häufiger in den ersten genannten, kann es zu akuten psychischen Krisen, wo eine stützende Begleitung notwendig wird, kommen.

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 Bedrohungsspektes“ (Feldmann und Westenhöfer, 1992, 94) möglich wird, oder neu orientiert/formiert. D. h. 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.

Voraussetzungen sind:

- eine empathische Grundeinstellung, warme Zuwendung sowie akzeptierende und die Person respektierende Haltung der TherapeutIn oder HelferIn.

- Einfühlerndes Verstehen und fundierte Kenntnisse über die Gefühle und psychischen Prozesse, die Vergewaltigung und Folter auslösen.
- Grundlegende Informationen geben und Verständnis vermitteln, darüber, was Vergewaltigung mit/und Folter bedeutet.
- Familie/Partner aufklären über die Art der Krise.
- Evtl. gezielt einzelne Familienmitglieder beraten, wenn diese sich überfordert fühlen.
- Stärkung des sozio-emotionalen Umfelds der Betroffenen.

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.

Fallbericht Frau A (30 Jahre) aus S.¹

Frau A. berichtet über Gefangennahme durch Regierungssoldaten. Sie sei verhört und verdächtigt worden, ein Mitglied der Organisation XY zu sein. Tatsächlich sei sie jedoch vor den Leuten der XY davongelaufen, weil sie sich von diesen bedrängt fühlte. Frau A. gibt an, in der Gefangenschaft geschlagen, mißhandelt und vergewaltigt worden zu sein. Kurz danach konnte sie mit Hilfe ihres Onkels und ihrer Schwiegereltern und durch Bestechung zu ihrem Ehemann (der schon vorher geflohen war) nach Deutschland fliehen. Ein Sohn, der im zehnten Monat nach ihrer Ankunft in Deutschland auf die Welt kam, stammt mit großer Wahrscheinlichkeit aus den Vergewaltigungen in der Heimat. Frau A. kann mit ihrem Mann nicht darüber sprechen und will auch keine Gewißheit über die Vaterschaft. Der Ehemann akzeptiert das Kind. Auch er will nicht weiter über die Vaterschaft nachdenken. Aktualisiert wurden die traumatischen Erfahrungen, als Frau A. bei ihrer Anhörung über die Vergewaltigungen berichten wollte, der Dolmetscher sie jedoch gewarnt hätte, so etwas Peinliches sollte sie hier nicht erzählen- was sie zusätzlich verunsicherte und lähmte.

¹ Der Fallbericht wurde anonymisiert, um die Frau nicht zu gefährden.

Direkte Gewalterfahrungen:

- Fesselungen und Knebelungen,
- Wahllose Schläge auf alle Körperteile,
- meist mit Fäusten
- Demütigungen und Todesdrohungen,
- Beschimpfungen mit „schlechten Worten, die sie nicht wiederholen kann“,
- Vergewaltigungen durch mehrere Männer,
- Nackt stehenlassen,
- Bewußtseinsverlust bei Vergewaltigungen,
- Miterleben von Mißhandlungen und Folterungen anderer,
- Miterleben von Tötung von Angehörigen und Freunden.

Indirekte Gewalterfahrung:

- Zerstörung der Lebensgrundlagen und Vertreibung,
- Repressionen auf viele Familienangehörigen,
- traumatische Flucht in der Heimat und nach Deutschland.

Aktuelle Symptomatik zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme:

Angstproblematik:

- Alpträume
- Schlafstörungen
- häufig auftretende Flashbacks
- Angst vor „der Schande der Vergewaltigung“,
- Angst, daß jemand davon erfahren könnte, oder daß der Ehemann doch irgendwann das Kind ablehnen könnte,
- Angst alleine zu sein, besonders im Haus,
- Angst vor sexuellen Kontakten mit Ehemann,

- Angstattacken auch ohne akute auslösende Ursachen.

Depressive Problematik:

- Grübelzwang
- Selbstwertverlust
- Suizidgedanken
- Gefühl „beschnitten“ oder für den Rest des Lebens gebrandmarkt zu sein.
- Andauernd erhöhtes Erregungsniveau:
- Erinnerungsstörungen,
- Amnesie,
- Nervosität, Gefühl der Isolation,

Körperliche Beschwerden:

- Herzbeklemmungen, Herzklopfen
- Schwindelgefühle,
- Absenzen.

Psychologische Diagnosenstellung:

Frau A. leidet unter einer psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen posttraumatischen Belastungsstörung (F 43.1 nach ICD-10, dem „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ der WHO), die durch mehrere traumatische Sequenzen vertieft wurde.

Behandlung und Therapieverlauf:

Behandlungszeitraum: 15 Monate – andauernd

Umfang der Maßnahmen:

- Psychosoziale Beratung und Betreuung

- 1 Psychotherapeutisches Erstgespräch (50 Min.)
- 17 Sitzungen systemischer und familientherapeutischer Psychotherapie (50 Min.),
- davon 5 Sitzungen mit Ehemann (90 Min.)
- 2 Sitzungen: Elemente der Selbsthypnose zur Verringerung des Erregungsniveaus
- 2 Sitzungen: Behandlung der Flashbacks mit EMDR (90 Min.)¹

Die Sitzungen fanden jeweils mit einer qualifizierten Dolmetscherin statt.

Behandlungsverlauf:

In fünf Sitzungen wurde eine biographische Anamnese erstellt. Der Schwerpunkt lag auf der Erfassung der Verfolgungs- und Mißhandlungsgeschichte der Klientin und des Ehemanns.

Die aktuelle Symptomatik wurde diagnostisch abgeklärt und die Zusammenarbeit mit einer Fachärztin initiiert. Das Ehepaar erhielt Informationen zur Phänomenologie und Behandlung von Belastungsstörungen und psychologische Beratung bezüglich der Feststellung der Vaterschaft.

Begleitend zur Psychotherapie erhielt das Ehepaar detaillierte Informationen und Hilfestellung zur Durchführung des Asylverfahrens durch die Sozialberatung der Psychosozialen Zentrums.

Im Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung wirkte Frau A. anfangs sehr zurückgezogen. Sie gab nur auf Fragen Auskunft; erst im Laufe der Gespräche erzählt sie freier. Erinnerungen an die Vergewaltigungen im Einzelnen werden von Frau A. nur mit größter Anstrengung und im gesteigerten Stresszustand wiedergegeben. Als sie über Details berichten will, steigt die Anspannung so, daß häufig Pausen eingeführt werden oder abgebrochen werden muß. Einige Details über die Vergewaltigungen werden

¹ EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) nach Francine Shapiro ist eine neuere psychotherapeutische Methode. Ich wende sie sehr eingeschränkt bei bestimmten, eingegrenzten Symptomen an.

mit Amnesie belegt und sind verbal nicht ausdrückbar. Auf der nonverbalen Ebene reagiert Frau A. mit Weinkrämpfen und Erstarrung bei den Berichten über die Vergewaltigungen.

Auf Anfrage der Rechtsanwältin wurde eine Stellungnahme über das psychische Beschwerdebild von Frau A. erstellt.

Nach einer intensiven Konzentration und Behandlungsphase der Flashbackreaktionen und Erregungsniveaus war eine deutliche Reduktion in der Angstsymptomatik und bei den psychosomatischen Beschwerden zu erkennen.

Behandlungserfolg und Prognose:

Das anfangs stark erhöhte Erregungsniveau und die Angstsymptomatik konnten signifikant reduziert werden. Frau A. ist jetzt in der Lage, Kontakte und Beziehungen einzugehen. Die depressiven Zustände sind weitgehend überwunden. Sie nehmen in dem Maße ab, in dem konstruktiver Kontakt mit der Umwelt aufgenommen wird.

Prognose: Die Phase dichter psychotherapeutischer Behandlung ist abgeschlossen. Es fand mit dem Ehepaar eine Auswertung des therapeutischen Prozesses statt. Auf Wunsch von Frau A. finden jetzt noch einmal im Monat Beratungsgespräche zur weiteren Stabilisierung der psychischen Gesundheit statt.

Bewußte Auseinandersetzung : Trauern und Erinnern

„Zu den Erschwerungsfaktoren bei der Verarbeitung zählt das besonders brutale Vorgehen eines Täters, die **Todesangst** der Frau in der Situation“ (Mörth, 1994, 165). Bei Vergewaltigung in Zusammenhang mit Folter geht es um Vernichtung der Persönlichkeit, des freien Willens, der Identität, und besonders auch der Weiblichkeit. Die Todesdrohung ist also ganz explizit.

Amnesien sind um so tiefer, je weniger der Betroffenen ein Maß an Eigenmächtigkeit erhalten bleibt, je mehr der Täter Besitz ergreifen konnte. Da in der Situation der Folter die Todesangst vorherrschend ist, ist es nicht verwunderlich, daß die Frauen sich gänzlich aufgeben. Für die Integration dieser Erfahrungen ist dies besonders schwierig, und die Fragen nach Tod (oder Todeswunsch) und Leben (oder Lebenswunsch) werden zu primären Problemen bei der Auseinandersetzung.

„...Nicht das Leiden an Frustration führt zur psychischen Krankheit, sondern das Verbot, dieses Leiden, den Schmerz über die erlittene Frustration zu erleben und zu artikulieren „ (Miller 1983, 293).

Einen Umstand, den wir **sekundär traumatisierend** nennen können, beschreiben vor allem die Frauen aus traditionell ländlichen Gesellschaften sehr deutlich (in meinem Beispielen die Frauen aus Sri Lanka und die Kurdinnen), nämlich die Tatsache, daß sie als „beschmutzt“, „unrein“, „gebrandmarkt“ oder nicht mehr als „heiratsfähig“ angesehen werden, wenn das Umfeld von diesen „Beschämungen“ erfahren würde. Wobei interessanterweise sehr unterschiedlich damit umgegangen wurde, ob und wie weit die Partner informiert waren/wurden. Nur in einem Fall wurde der Ehemann auch nach vielen psychotherapeutischen Sitzungen und bis zum vorläufigen Ende der Therapie „offiziell“ nicht über die Vergewaltigung informiert. Wie im Fallbeispiel erwähnt, erleben Frauen Situationen hier in Deutschland unter dem Druck eines rechtlichen Verfahrens zur Sicherung ihres Aufenthalts als extrem belastend und retraumatisierend. Hier ist die Sicherung des sozio-emotionalen Umfeldes entscheidend. Leider stoßen auch hier die Möglichkeiten psychotherapeutischen Bemühungen an real eingeschränkte Lebensbedingungen durch das Asylbewerberleistungsgesetz, welche die Entwicklung konsolidierender, progressiver Lebensperspektiven (oft über Jahre) nicht erlauben.

Die **Trauer** löst Gefühle aus der Erstarrung und kann somit Schuldgefühle „erlösen“. Ziel ist die Integration der Vergewaltigungserlebnisse in das Selbstbild der betroffenen Frau. D.h. die Vergewaltigung/Folter und ihre Folgen werden als ein Teil des Lebens akzeptiert. Hierfür ist Begleitung durch eine Trauerreaktion (Verlust von Selbstwert, körperlich/weiblicher Unversehrtheit, Autonomie, Heimat, Freunde, Identität oder Weltbild usw.) sehr heilsam. (vgl. Bittenbinder, 1995, 174)

Nicht alles kann „verarbeitet“ werden. Vergewaltigung im Zusammenhang mit Folter ist eine der erniedrigendsten Erfahrungen, die eine Frau machen kann. So kann es Folgen geben, die die Zeit nicht heilen kann. Für viele Frauen wird es immer Situationen geben, in denen sie an diese Erlebnisse in einer sie beeinträchtigenden Weise erinnert werden.

Reden oder Schweigen

Ich habe versucht das Dilemma zwischen Reden und Schweigen aufzuzeigen. Dies gilt für die betroffenen Frauen, aber auch die ehrenamtlichen und professionellen Helferinnen. Frauen haben nicht nur das Recht zu schweigen, es kann auch überlebensnotwendig oder einfach pragmatisch sinnvoll sein für sie. Aus der psychotherapeutischen Praxis wissen wir, wie wichtig gerade bei einer extremen Grenzverletzung wie bei Vergewaltigung und Folter das Einhalten von Grenzen und die Selbstbestimmung der betroffenen Frauen ist. Trotzdem sind

wir z.B. beim Erarbeiten von Stellungnahmen oder Gutachten, nicht selten in der Situation, daß Erinnerungen geweckt werden, die Frauen lieber „vergessen“ oder ruhen lassen¹ wollen. Und paradoxerweise kann gerade ein „Sich Erinnern“, auch wenn es von außen angestoßen wird, einen heilsamen Prozess einleiten. Allerdings bedarf es hierfür eines gesicherten Rahmens und einfühlsamer emphatischer GesprächspartnerInnen, über spezielles Wissen verfügen oder offen sind dafür, was psychischen Folgen von sexueller Gewalt und Folter oder schwere Menschenrechtsverletzungen angeht.

Und zu allererst und am wichtigsten: Das 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 unauf löslichem 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 wiederbeleben in einer Situation, in der sie sich diesen nicht stellen können. In der psychotherapeutischen Auseinandersetzung muß die Selbstbestimmung an erster Stelle stehen. Nur so kann ein Heilungsprozeß in die Wege geleitet werden.

Literatur:

Becker, David: Prüfstempel PTSD – Einwände gegen das herrschende „Trauma“-Konzept. in: Schnelle Eingreiftruppe „Seele“, auf dem Weg in die therapeutische Weltgesellschaft. Texte für eine kritische „Trauma-Arbeit“. Hrsg.: medico international, medico report 20, Frankfurt/Main 1997.

Bittenbinder, Elise: Überleben zwischen Liebe und Gewalt, in: Gewalt und Trauma. Psychopathologie und Behandlung im Kontext von Flüchtlingen und Opfern organisierter Gewalt. Hrsg. Peltzer, Aycha, Bittenbinder, IKO, Frankfurt, 1995.

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

Freud, Sigmund: Zur Ätiologie über Hysterie (1896), in: Studienausgabe Bd. VI, Frankfurt a.M., 1971.

Herman, Judith Lewis: Die Narben der Gewalt: Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden, Kindler Verlag München 1993.

¹ Frau B aus Nigeria: "Dieses Geheimnis (Vergewaltigung, wie sich später herausstellen sollte) kann ich niemandem erzählen. Dieses Geheimnis muß mit mir sterben. Bitte! Ich will mich nicht erinnern. Lassen Sie dieses Geheimnis bei mir ruhen".

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

Kretschmann, Ulrike: Das Vergewaltigungstrauma, Kriseninterventionen und Therapie mit vergewaltigten Frauen, Westfälisches Dampfboot Münster 1993.

Lorke, Beate und Ehlert, Martin: Das Trauma der Vergewaltigung: Psychosoziale Schäden an Opfern von Vergewaltigungsdelikten. Psychologische Diplomarbeit, Frankfurt, 1985.

Miller, Alice: Am Anfang war Erziehung. Frankfurt/Main, Suhrkamp 1983.

Mörth, Gabriele: Schrei nach innen: Vergewaltigung und das Leben danach. Picus Verlag Wien 1994.

Summerfield, Derek: Das Hilfsbusiness mit dem „Trauma“, in: Schnell Eingreiftruppe „Seele“, auf dem Weg in die therapeutische Weltgesellschaft. Texte für eine kritische „Trauma-Arbeit“. Hrsg.: medico international, medico report 20, Frankfurt/Main, 1997.

Wirtz, Ursula: Seelenmord: Inzest und Therapie, Kreuz Verlag Zürich 1989.