

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	2
1. Folgen von sexuellen Gewalterfahrungen.....	5
1.1 Psychiatrische Krankheitsbilder.....	7
1.1.1 Borderline- Persönlichkeitsstörung.....	7
1.1.2 Somatisierung.....	8
1.1.3 Multiple Persönlichkeitsstörung (MPS).....	8
1.1.4 Psychose	9
1.1.5 Depression.....	10
1.1.6 Posttraumatische Belastungsstörung.....	10
1.1.6.1 Trauma	11
1.1.6.2 Physiologische Reaktion bei Stresseinwirkung.....	11
1.1.6.3 Posttraumatische Belastungsstörung.....	14
1.2 Körperliche Auswirkungen.....	17
1.2.1 Physische Folgen.....	17
1.2.2 Psychosomatische Symptome.....	18
1.3 Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung.....	21
1.3.1 Die Beziehung zu sich selbst.....	23
1.3.2 Die Beziehungen im weiteren sozialen Umfeld	27
1.3.3 Paarbeziehungen und andere nahe Freundschaften.....	28
2. Leitlinien für die Arbeit mit sexuell traumatisierten Frauen.....	31
11. Links.....	34
http://www.psychiatrie-aktuell.de/disease/detail.jhtml	34
http://kuckuck.solution.de/borderline.html	34
http://www.dissoziation.de/manu/02defini.HTM	34
http://www.aktiv-gegen-sexuelle-gewalt.de/missbrauch/studien.htm	34
12. Quellen.....	34

Einleitung

Die Begriffe und Ausdrucksformen

In dem vorliegenden Text wird bei männlichen und weiblichen Bezeichnungen auf die „-Innen“ Form zurückgegriffen, um deutlich zu machen, dass Frauen und Männer gemeint sind.

Für „Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen“ steht hauptsächlich synonym „Betroffene“, „von sexueller Gewalt Betroffene“, „von sexueller Gewalt betroffene Frauen“, „von sexueller Ausbeutung betroffene Frauen“. Auf den Begriff „sexueller Missbrauch“ wird weitgehend verzichtet, weil er zum einen die Zielgruppe des Produktes nicht richtig trifft, da der Begriff auf Kinder und sexuelle Gewalt ausgerichtet ist, und zum anderen liegt der Ausdruck sehr nahe an der gefühlsbetonten, traditionellen Wahrnehmung von sexueller Gewalt. Drittens ist sexueller Missbrauch auch immer sexuelle Gewalt- obwohl meistens keine körperlichen Anzeichen erkennbar sind. Sexueller Missbrauch ist sozusagen ein Unterbegriff. Es handelt sich um Gewalt, weil die Opfer der Tat nicht freiwillig zustimmen, oder anders formuliert, um eine Art der Ausbeutung. Kinder und Frauen werden zur „Beute“ gemacht und sich „an ihnen bedient“. Schließlich gibt es in Fachkreisen noch die Argumentation, dass „Missbrauch“ von Kindern eine Option des richtigen „Ge- brauchs“ von Kindern beinhaltet.¹, weswegen man sich von dem Begriff des „sexuellen Missbrauchs“ distanzieren sollte.

Die Gliederung

Der rote Faden, der sich durch die Arbeit zieht, ist folgender: Teil A stellt in einer möglichst detaillierten Zusammenfassung die Folgen von sexueller Gewalt dar (gesamtes Kapitel 2), die die Notwendigkeit einer spezifischen Intervention belegt. Durch die Beschreibung der Folgen werden Anforderungen deutlich, die in der spezifischen Arbeit sexuell traumatisierten Frauen gestellt sind. (Kapitel 3).

1 Ein Argument spricht allerdings dafür, den Begriff „sexueller Missbrauch“ dringend weiterzuverwenden. Sexuelle Gewalt wird erst seit den 70er Jahren aus dem Tabu geholt. Es ist nach wie vor ein sehr „verschwiegenes“Thema. In den letzten ca. 25 Jahren wurde der Begriff „Missbrauch“ geprägt von dem Thema der sexuellen Ausbeutung, und inzwischen ist er ein in der Bevölkerung bekannter Begriff geworden. Der Versuch, ihn jetzt schon durch sinnvollere Wörter zu ersetzen, wo das Tabu nach wie vor nicht aufgelöst ist, kann ein neuerliches Verschwinden von sexueller Ausbeutung und der Traumadiskussion aus dem öffentlichen Leben nach sich ziehen. Vielleicht erscheint diese Argumentation übertrieben. Doch verschwand in den letzten 100 Jahren das Thema nach viel investierter Forschung einige Male wieder ins Nichts. (siehe z.B. Herman 1992, Seite 17-51)

Die Literatur

Zitate aus der Diplomarbeit von Lothar Schwalm erfolgen mit Kapitelangaben, weil zur Ausarbeitung nur die Computerversion und keine Originalfassung vorlag. Die betreffenden Kapitel der Arbeit finden sich im Anhang und sind zugänglich unter www.verbuendete.de. Es handelt sich dabei um eine deskriptive Arbeit über die Folgen für Partnerschaften von sexuell ausgebeuteten Personen, die viele Aussagen von Betroffenen enthält.

Viel zitierte Autorinnen sind Ursula Wirtz (1989) und Judith Herman (1992). Beide Bücher sind Standardwerke und wurden von einigen anderen AutorInnen ebenfalls zitiert. „Seelenmord“ ist ein -von der Autorin auch so geplantes- Buch, das die Emotionalität des Themas nicht ausblendet² und indem den Betroffenen, mit denen Ursula Wirtz jahrelang zusammengearbeitet hat, parteilich begegnet wird. Herman's „Narben der Gewalt“ basiert auf Forschungen der Autorin mit traumatisierten Menschen und der langjährigen Arbeit unter anderem in einer feministisch orientierten psychiatrischen Klinik³. Sie stellt dar, dass sexuell ausgebeutet Menschen ebenso wie Kriegsveteranen traumatisierte Personen sind.

Die Beschreibung des Arbeitsfeldes Frauen mit sexueller Gewalterfahrung

Wie der Titel schon aussagt, geht es in dem Arbeitsbereich um erwachsene Frauen, die entweder in der Kindheit sexuelle Ausbeutung erlebt haben und/oder als Erwachsene vergewaltigt wurden. Es gibt sehr viele Erklärungen, was sexuelle Ausbeutung ist. Eine umfassende Definition bieten Bange und Deegener, die zwar auf sexuellen Missbrauch beschränkt ist, jedoch sehr viele Kriterien beinhaltet. Sie benutzen in ihrer Studie folgenden Wortlaut:

„Sexueller Missbrauch an Kindern ist jede sexuelle Handlung, die an oder vor einem Kind entweder gegen den Willen des Kindes vorgenommen wird, oder der das Kind aufgrund körperlicher, psychischer, kognitiver oder sprachlicher

² Wirtz

³ Herman

Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen kann. Der Täter nutzt seine Macht- und Autoritätsposition aus, um seine eigenen Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu befriedigen.“

(Bange/ Deegener 1996, Seite 105)

Im Prinzip ist diese Definition auch für sexuelle Ausbeutung an Erwachsenen gültig. Auch hier wird gegen den Willen der Frauen gehandelt, die sich nicht wehren können (z.B. weil sie bei einer Vergewaltigung körperlich unterlegen sind) und der Täter nutzt seine Machtposition aus. Im Rahmen dieser Arbeit werden deshalb „sexuelle Gewalterfahrungen“ wie folgt definiert:

Sexuelle Gewalterfahrungen sind alle sexuellen Handlungen, die an einer Frau (oder einem Mann) oder einem Kind gegen deren Willen

„vorgenommen“ werden,

oder die sie an jemandem „vorzunehmen“ haben

oder die vor ihnen ausgeübt werden

und/ oder

die Frau oder das Kind

ist aufgrund körperlicher, kognitiver, psychischer, sprachlicher Fähigkeiten nicht in der Lage, solchen Handlungen wissentlich zuzustimmen oder sich deren zu wehren.

1. Folgen von sexuellen Gewalterfahrungen

Die Vielfältigkeit der Folgen, die sexuelle Traumatisierung hinterlässt, macht eine übersichtliche, treffende Einordnung schwierig. Unterteilt man B. in Sofortfolgen und Langzeitfolgen, stellt man fest, dass sich die Listen in weiten Teilen decken. (Schwalm 1997, Kapitel 3.3) Es gibt auch die Möglichkeit, die Folgen ohne Kategorisierung aufzulisten. Allerdings geht dabei der Blick dafür verloren, wo grundsätzlich die Persönlichkeit durch sexuelle Übergriffe beschädigt wird. In der Fachliteratur beschränken sich AutorInnen beispielsweise auf eine Unterteilung in sexuelle Störungen, Beziehungsstörungen, gestörtes Körpererleben, gestörtes Selbstwertgefühl oder/ und Psychischen Erkrankungen.

Um Überschneidungen weitgehend zu vermeiden, kann man noch eine andere Einordnung der Folgen sexueller Traumata vornehmen. Sexuelle Gewalt hinterlässt drei Arten von Schädigungen:

- ◆ Psychiatrische Krankheitssyndrome
- ◆ Körperliche Auswirkungen
- ◆ Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung
 - zu sich und seinen Einstellungen
 - im weiteren sozialen Umfeld und zu Menschen im allgemeinen
 - im persönlichen Nahbereich: Beziehungen und andere nahe Freundschaften

Was spricht für diese Einteilung?

Die Folgen von sexueller Gewalt so zu gliedern hat verschiedene Vorteile. Eine Vorstellung, was B. körperliche Folgen von sexueller Gewalt sind, hat jeder. Dann gibt es einen weiteren Symptomkomplex, die psychiatrischen Krankheiten, die aus sexueller Ausbeutung entstehen können. Man kann wohl davon ausgehen, dass auch die diagnostizierbaren psychischen Krankheiten Folgen von Beziehungs- "Störungen" sind. Ein Beispiel hierfür ist die Borderline- Diagnose. Die Einordnung in eine eigene Ebene erfolgt nur aus Übersichtlichkeitsgründen, weil die Diagnosen sonst zerlegt werden müsste, um sie den Unterkategorien anzupassen. Jedoch weisen offizielle Diagnosen

zusätzlich auf den Schweregrad hin, den sexuelle Ausbeutung hinterlässt.

Alle anderen Folgen lassen sich als „Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung“ betrachten. Hierzu ein Zitat:

„Traumatische Ereignisse erschüttern zwischenmenschliche Beziehungen in den Grundfesten. Sie zersetzen die Bindungen an Familie, Freund, Partner und Nachbarn, sie zerstören das Selbstbild, das im Verhältnis zu anderen entsteht und aufrecht erhalten wird. ... Die Zerstörung von Beziehungen ist kein Sekundäreffekt des Traumas, wie man ursprünglich glaubte. Traumatische Ereignisse wirken sich nicht nur direkt auf die psychischen Strukturen aus, sondern ebenso auf Bindungen und Wertvorstellungen, die den einzelnen mit der Gemeinschaft verknüpfen.“

(Herman 1992, Seite 77)

Sexuelle Traumata zerstören die Beziehung zu sich selber, den eigenen Einstellungen und das Selbstbild von Betroffenen. Im Umgang mit anderen Menschen, ob im Nahbereich oder im weiteren Umfeld, spielt ab dem Zeitpunkt eines sexuellen Übergriffs das Thema „Grenzen ziehen“ eine entscheidende Rolle.

Dabei gibt es auch Rückwirkungen innerhalb der Bereiche. Ein kaputte Beziehung zu sich selber schafft auch kaputte Beziehungen zu anderen, wenn man beispielsweise nicht vertraut und Aussagen des Gegenübers erst nach Unwahrheiten untersucht. Normalerweise wirkt sich das auch auf das Verhalten der jeweiligen Gegenüber aus, die dann vielleicht wiederum Signale aussenden, die Misstrauen fördern.

In Nahkontakten treten manche Auswirkungen extremer auf oder werden intensiver wahrgenommen. Beispielsweise erkennt man bei Personen, die einem nicht nahe stehen, nicht oder nicht so schnell, dass jemand immer die Kontrolle behalten muss. Das wird in Partnerschaften jedoch schnell deutlich. Deshalb treffen einige der Folgen auf beide Bereiche zu.

Doch nicht alle Symptome und Folgen treten bei allen Betroffenen ein. Vielmehr gestaltet sich die Symptomatik von Person zu Person völlig individuell. Es gibt auch Menschen, die keine Symptome zeigen. (Bange/Deegener. 1996, Seite 75)

Außerdem können die Folgeerscheinungen sich individuell verändern, beispielsweise durch Therapie.

Die unterschiedlichen Symptome können auch aus anderen Gründen auftreten und müssen nicht zwangsläufig eine Folge von sexueller Gewalt sein.

Die Nennung der Folgen ist keine vollständige Liste, weil das aufgrund der Symptomvielfalt unmöglich ist.

1.1 Psychiatrische Krankheitsbilder

In der Praxis findet der Zusammenhang zwischen sexueller Gewalt in der Kindheit und daraus entstehenden psychiatrischen Krankheitsbildern⁴ wenig Beachtung, obwohl mehrere AutorInnen diese Verbindung mit Zahlen belegen. Igney z.B. schreibt dazu:

„ ...Dennoch ist die Misshandlung in der Kindheit einer der Hauptfaktoren, weshalb Erwachsene mit der Psychiatrie in Berührung kommen. Nach BLESSING (1991), HILSENBECK (1991, 1997) und Herman (1992) haben zwischen 45 und 80% der stationären Psychiatriepatientinnen als Kind sexuelle Gewalt erlebt.“

(Igney, 1999 Seite 32)

Einige Diagnosen sind „typisch“ für Betroffene von sexueller Gewalt:

1.1.1 Borderline- Persönlichkeitsstörung

⁴ Psychiatrische Krankheiten sind in diesem Zusammenhang Krankheitsbilder oder Symptomanhäufungen, die auch in den jeweils gängigen Diagnosekataloge, wie B. ICD 10 zu finden sind.

Diese „Störung“ wird deshalb „Borderline“ genannt, weil sie eine Grenze zwischen Psychose und Neurose darstellt. Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung haben eine große Spannbreite von Symptomen, z.B. Phobien, Depression, Hyperaktivität,.... Einige der typischen Symptome finden sich in folgender Liste, die unter <http://kuckuck.de/borderline.html> (siehe Anhang) zu finden ist.

- ◆ Unbeständige und unangemessene intensive zwischenmenschliche Beziehungen
- ◆ Impulsivität bei potenziell selbstschädigenden Verhaltensweisen, beispielsweise Drogen- und Alkoholmissbrauch, Sex, Ladendiebstahl, rücksichtsloses Fahren, übermäßiges Essen, usw.
- ◆ Starke Stimmungsschwankungen
- ◆ Häufige und unangemessene Zornausbrüche
- ◆ Wiederholte Selbstmordandrohungen oder- versuche bzw. Selbstverstümmelungen
- ◆ Das Fehlen eines klaren Identitätsgefühls
- ◆ Chronische Gefühle von Leere und Langeweile
- ◆ Verzweifelte Bemühungen, eine reale oder eingebildete Angst vor dem Verlassenwerden zu verhindern
- ◆ Vorübergehend paranoide Ausbrüche oder ähnliche Symptome

Mindestens fünf dieser Symptome müssen zutreffen, damit eine Borderline-Persönlichkeitsstörung vorhanden ist.

Ebenfalls typisch für diese Art der Persönlichkeitsstörung ist die Unterteilung des Umfeldes in „gut“ und „böse“, die im Leben nicht aufrechtzuerhalten ist. (a.a.O.)

1.1.2 Somatisierung

Menschen, die somatisieren, leiden unter vielen diffusen Beschwerden (Kopfschmerzen, Unterleibschmerzen,...), wegen derer sie immer wieder Ärzte aufsuchen. Die Beschwerden können aber nicht lokalisiert und behoben werden, oder wandeln sich in

andere Symptome.

1.1.3 Multiple Persönlichkeitsstörung (MPS)

Bei dieser extremen Art dissoziativer⁵ Störung werden ganze Persönlichkeitsfragmente und/oder Persönlichkeiten abgespalten. Sie entsteht bei Kindern und chronifiziert sich, wenn dem betroffenen Kind keine Hilfe zukommt. Bei Kindern ist das „Viele-Sein“- wie es Betroffene manchmal selber bezeichnen- nur schwierig zu diagnostizieren, weil Kinder sich generell gerne in Traumwelten aufhalten und so nicht gleich erkennbar ist, ob eine andere Person vorhanden ist oder nicht. (Hentschel 1996, Seite 115) MPS entsteht durch Einwirkung extremer Traumata auf die Seele. Um die Erfahrungen in irgendeiner Form im Leben einzuordnen, ist es für Kinder manchmal notwendig, die schlimmen Erlebnisse auf verschiedene Persönlichkeiten und somit auf verschiedene Gedächtnisse zu verteilen.

Genauer definiert Hentschel (nach DSM- III und ICD- 10) diese Persönlichkeitsstörung:

„... ist das grundlegende Merkmal einer MPS das offensichtliche Vorhandensein von zwei oder mehr verschiedenen Persönlichkeiten bei einem Individuum. (ICD 10)

Mindestens zwei dieser Persönlichkeiten oder Persönlichkeitszustände übernehmen wiederholt die volle Kontrolle über das Verhalten des Individuums. (DSM-III-R)

Der Wechsel von einer Persönlichkeit oder von einem Persönlichkeitszustand zum anderen vollzieht sich beim ersten Mal ungewöhnlich plötzlich und ist eng verbunden mit traumatischen Erlebnissen. Spätere Wechsel sind oft begrenzt auf dramatische Ereignisse oder treten in Therapiesitzungen auf, in denen der Therapeut/die Therapeutin Relaxation, Hypnose oder Abreagieren fördert. (ICD 10)“

(Hentschel, 1996, S. 114)

5 Näheres zu Dissoziation siehe unter Punkt 2.1.6.3 Posttraumatische Belastungsstörung

1.1.4 Psychose

(auch Schizophrenie/manisch depressive Psychose)

Neuere Forschungen in der Psychiatrie stellen zur Debatte, dass Traumaerfahrungen in früher Kindheit dauerhafte physische Veränderungen in der Hirnstruktur und im Hirnstoffwechsel zur Folge haben. Das würde bedeuten, dass die Ursache für Psychosen nicht endogene Vorbedingungen sind, wovon bisher ausgegangen wird, sondern Traumata aus der Kindheit zu biologischen Umstrukturierungen im Gehirn führen. (Igney, 1999)

Die mögliche Verbindung zur sexuellen Gewalt lässt sich so beschreiben: Typische Symptome wie Gedankenentzug, Stimmenhören,... sind eine Art Bewältigungsstrategie, um mit dem Trauma fertig zu werden. Durch Absprechen der kindlichen Erfahrungen z.B. wird das Bindeglied zwischen Umwelt und Erfahrungen des Kindes herausgerissen. Die Folge kann sein, dass die Gefühle und Wahrnehmungen nicht mehr als die eigenen identifiziert werden können. Dann ähneln sie Halluzinationen, Träumen. (Igney, 1999)

1.1.5 Depression

Die Überwältigung durch das Trauma oder die Erinnerung und damit verbundene Eindrücke aus der Vergangenheit können Depressionen auslösen. (Briere, 1992, Seite 29f.) Symptome der Depression sind z.B. große Traurigkeit, eine negative Lebenseinstellung und Hoffnungslosigkeit. Zudem kommt es manchmal zu „Energierlosigkeit, Ermüdbarkeit und Antriebshemmung“. Im Fortlauf des Tages bessert sich das „Morgentief“, um bis zum Abend eventuell einem „normalen“ Zustand gewichen zu sein. Depressionen dauern mehr als zwei Wochen an. (Psychiatrie aktuell, <http://www.psychiatrie-aktuell.de/disease/detail.jhtml>; zitiert nach Urban & Fischer 2001)

Zu erwähnen ist noch, dass **Symptome** der aufgeführten Diagnosen **auch gleichzeitig und/oder** durch **zusätzliche Symptome** erweitert **auftreten können**. Es können z.B. auch Borderline-PatientInnen Somatisierungen oder Depressionen zeigen. (Herman 1992, Seite172)

1.1.6 Posttraumatische Belastungsstörung

Ein Teil der spezifischen Folgen von sexueller Gewalt findet sich unter der Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ (Gängige Begriffe sind gegenwärtig „Posttraumatische Belastungsstörung“ (PTBS) oder „Post Traumatic Stress Disorder“ (PTSD).)⁶ Um die Folgen und damit die Bedürfnisse sexuell traumatisierter Frauen zu verstehen, ist es notwendig, sich mit dem Begriff „Trauma“ und als Folge davon PTSD auseinanderzusetzen.

1.1.6.1 Trauma

Das Wort „Trauma“ bedeutet eigentlich „Wunde“. (Wirtz 1889, Seite 83) Genauer wird der Begriff in der Literatur beschrieben: Traumata sind „ein katastrophales psychisches/phisches Ereignis, das außerhalb der normalen Erlebnisskala liegt.“ (Hermann 1992, Seite 53) Sie liegen deshalb nicht auf den „normalen“ Erlebnisskalen, weil die gewöhnlichen Anpassungsmechanismen nicht ausreichen, um traumatische Erlebnisse ins Leben zu integrieren. (Herman 1992, Seite 54) Genau das ist auch Ziel der Therapie: Das Erlebte in die Lebensgeschichte einzuordnen.

In jedem Fall muss ein Ereignis Hilflosigkeit, Angst, Kontrollverlust als begleitende Gefühle haben, damit es zum Trauma wird. (Herman 1992, Seite 54)

1.1.6.2 Physiologische Reaktion bei Stresseinwirkung

Um zu erklären, was physiologisch bei einem Trauma vor sich geht, muss man das menschliche Stresssystem betrachten:

In einer Situation trifft ein Reiz auf die Sinnesorgane, die diesen Reiz ins Gehirn „weitschicken“. (Winn 1992, Seite 49) Dort wird er ausgewertet. Wird eine Bedrohung erkannt, wird das vegetative Nervensystem erregt und Adrenalin ausgeschüttet. Dadurch wird der Mensch in „Alarmzustand“ versetzt. Parallel dazu richtet die Person ihr ganzes Augenmerk auf die Situation und erlebt intensive Gefühle wie Angst oder Wut, die sehr viel Energie freisetzen und deshalb wichtig sind, um entweder wegzulaufen oder sich dem Feind zu stellen.

Traumatisch wird eine Situation dann, wenn es keine Handlungs- oder

⁶ Zur Zeit erarbeiten ForscherInnen eine genauere Differenzierung der Folgen von sexuellem Missbrauch, weil PTSD diese spezifischen Folgeerscheinungen nicht genau erfasst. Neue Varianten wären B. „child sexual abuse disorder“ oder „post sexual abuse syndrom“. (Wirtz, 1989, Seite 87)

Lösungsmöglichkeiten gibt (z.B. jemand stürzt von einem Dach). Diese Konstellation ist in dem Stresssystem des Menschen nicht vorgesehen. Die Folge ist, dass solche Ereignisse das „Selbstverteidigungssystem“ zum Erliegen bringen. Weil keine Handlung möglich und sinnvoll ist, bleibt der Körper im Alarmzustand, auch wenn die Bedrohung schon lange Zeit vorüber ist. (Herman 1992, Seite 54)

Längerfristig irritiert wird jedoch nicht nur das vegetative Nervensystem, sondern auch das Gedächtnis. Wegen der nicht mehr zu verarbeitenden Reizmenge werden durch Traumata nicht ausschließlich die physiologische Erregung, sondern auch die Gedächtnisstrukturen verändert. Bei der Speicherung im Gehirn unterscheiden sich traumatische Ereignisse von den „normalen“ Erinnerungen. Im Gehirn existieren verschiedene „Gedächtnissysteme“: das „explizite Gedächtnis“ und das „implizite Gedächtnis“, die miteinander in Verbindung stehen. Normale Erinnerungen werden, geordnet nach Zeit und Raum, im expliziten und im impliziten Gedächtnis gespeichert. Bei der großen Menge von Reizen, die während eines Traumas auf das Gehirn einwirken, schaltet sich dieses Gedächtnissystem ab. Dadurch werden die traumatischen Ereignisse im impliziten Gedächtnis, das für die

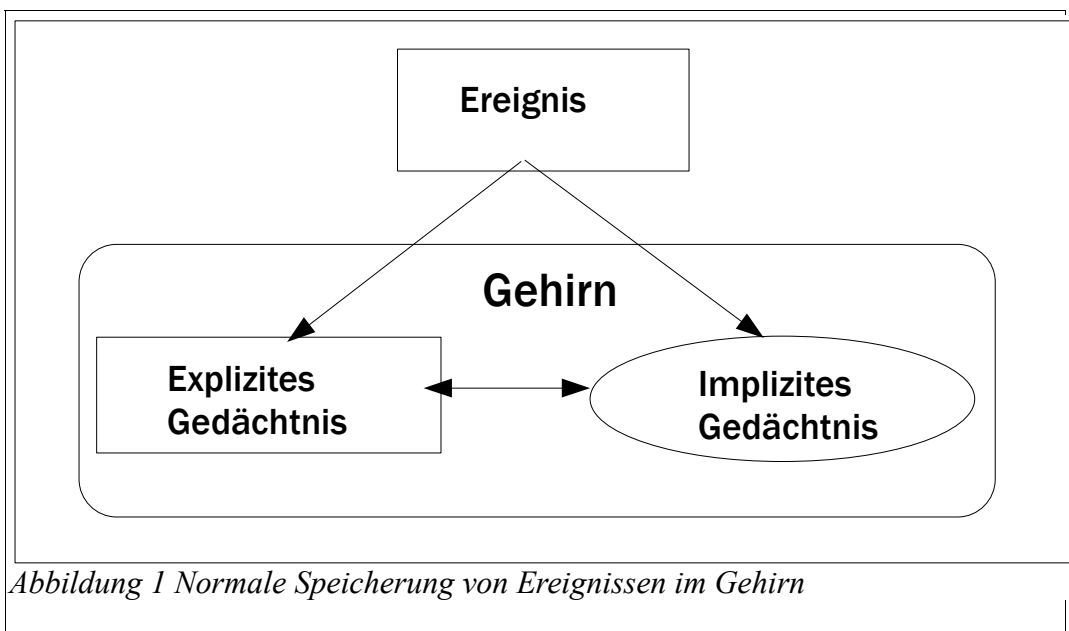


Abbildung 1 Normale Speicherung von Ereignissen im Gehirn

Speicherung von Emotionen zuständig ist, festgehalten. Diese Erinnerungen, die bruchstückhaft und ohne Raum- und Zeitstruktur gespeichert werden, sind nicht willentlich zugänglich und auch nicht in den Lebenszusammenhang eingebettet. Es handelt sich hierbei um eine Möglichkeit von Dissoziation.

Durch die Abgabe von Stresshormonen in bedrohlichen Situationen wird das explizite

Gedächtnis funktionsuntüchtig, das implizite funktionsfähiger und die Verbindung zwischen beiden unterbrochen.

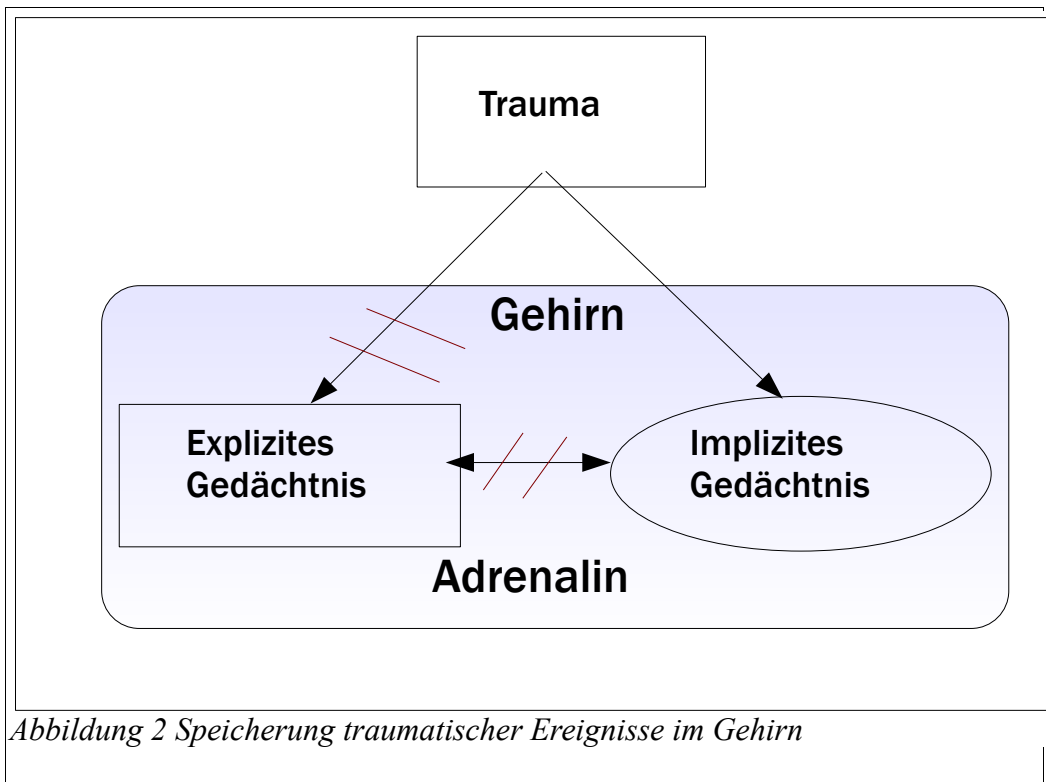


Abbildung 2 Speicherung traumatischer Ereignisse im Gehirn

Bessel van der Kolk vertritt eine sehr ähnliche Theorie in Bezug auf Veränderungen im Zentralnervensystem. Er geht davon aus, dass während eines Traumas die linguistische Kodierung nicht mehr funktioniert, und darum auf die sensorischen und bildhaften Gedächtnismöglichkeiten der frühen Kindheit zurückgegriffen wird. (Herman 1992, Seite 61)

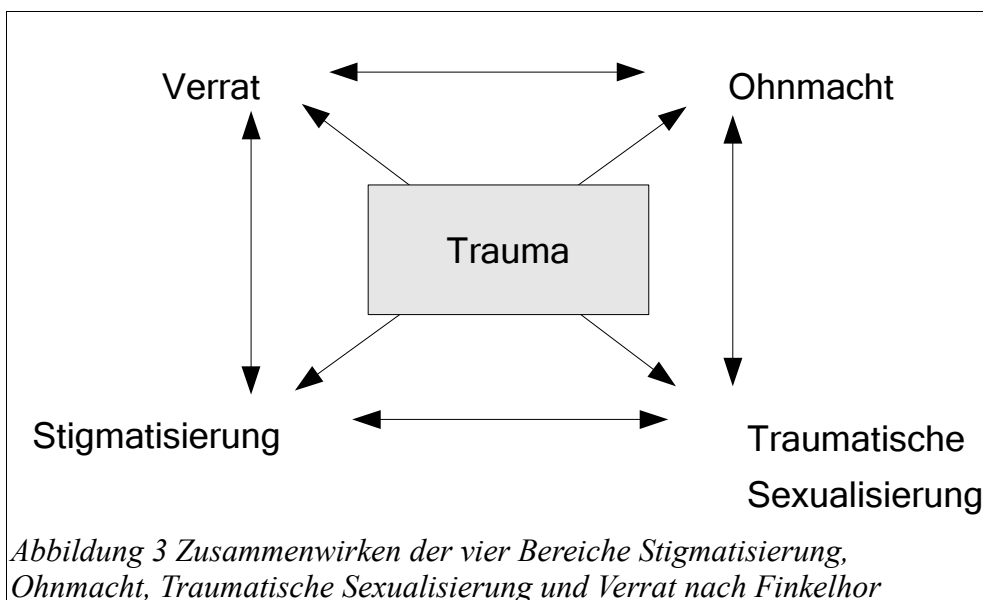
Dass auch sexuelle Gewalt ein Trauma auslöst, ist unumstritten. Ab wann man sexuellen Missbrauch als Trauma definieren kann, dazu stellte Finkelhor folgendes Modell III auf: Er legt in seiner Theorie dar, dass bei einem sexuellen Trauma Schädigungen auf vier Ebenen/ „Unterkategorien“ zusammenwirken. (Gahleitner 2000, Seite 88)

- **traumatischer Sexualisierung** (Sexualität wird mit negativen Reizen und/ oder falschen Moralvorstellungen belegt)
- **Stigmatisierung** (Das Kind stigmatisiert sich selbst, fühlt sich „gezeichnet“, schämt sich,...)
- **Verrat** (Personen, die für den Schutz des Kindes zuständig gewesen wären, haben es

in Stich gelassen und es entweder selber missbraucht, oder den Missbrauch nicht verhindert)

- **Ohnmacht** (Das Kind erlebt sich als völlig wehrlos und übergebar) (nach Wirtz 1989, Seite 90)

Diese vier Ebenen treffen auch auf sexuelle Gewalt gegen erwachsene Frauen relativ gut zu. Sie werden durch ein sexuelles Trauma in ihrer Sexualität anders konditioniert, sie fühlen sich oft genauso stigmatisiert und auch ohnmächtig. Der Bereich „Verrat“ ist in dieser Konstellation nicht immer gegeben, jedoch gibt es in vielen Fällen Situationen, die ähnliche Gefühle auslösen. Z.B. Zeugenaussagen bei der Polizei, wo ihnen nicht geglaubt wird, oder Leugnung innerhalb der Familie durch die Familienangehörigen, wenn es zu einer Konfrontation kommt.



1.1.6.3 Posttraumatische Belastungsstörung

Eine Posttraumatische Belastungsstörung⁷ kann als Folge eines oder mehrerer traumatischer Erlebnisse auftreten.

Die Symptome, die länger als einen Monat andauern, lassen sich in drei Kategorien

⁷ Die Symptome dieses Begriffes wurden in Ansätzen bereits im 17. Jahrhundert in der Literatur belegt. Z.B. von Samuel Pepys, der unter den psychischen Folgen des Großbrandes in London 1666 litt. Zwischen 1800 und 1950 wurden die Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung in unterschiedlichen Ausdrücken zusammengefasst. Beispielsweise sprach man nach dem Ersten Weltkrieg von Kriegsneurosen, nach dem Zweiten Weltkrieg von „combat exhaustion“. Immer noch sehr unter dem Aspekt von Kriegsfolgen wurden die Symptome in den DSM-1 (American Psychiatric Association) und den DSM 2 aufgenommen, bis 1980 der Begriff „posttraumatic stress disorder“ im DSM-3 eingeführt wurde. (Sugarman, 1992)

einteilen: "Übererregung", Intrusion und Konstriktion/Dissoziation. Zu einer Chronifizierung der PTBS kommt es dann, wenn Personen den traumatischen Einflüssen länger unterlegen waren. Die Chronifizierung verschlimmert die Symptomatik. Beispielsweise halten die Intrusionen länger an als bei einmaligen Traumaerfahrungen. (Herman 1992)

"Übererregung":

Aufgrund der oben beschriebenen Zusammenhänge des Stress-Systems bleibt nach der traumatischen Situation eine "Übererregung" des Nervensystems bestehen, weil die Stresssituation nicht wie eigentlich vorgesehen (also durch Flucht oder Kampf) gelöst wurde. Studien belegen, dass diese "Übererregung" quantitativ und qualitativ hochwertig ist (z.B. Grinkler und Spiegel 1945; zitiert nach Herman 1992, Seite 57). Traumatisierte Menschen leiden unter Ängsten, die mit „Befürchtungen verknüpft“ sind. Außerdem „ist ihr Körper immer in Alarmbereitschaft und auf eine Gefahr vorbereitet“. Die Grunderregung, die Menschen haben, ist bei traumatisierten Menschen chronisch erhöht. Dies hat zudem zur Folge, dass sie massive Schlafstörungen, Einschlafschwierigkeiten, größeres Lärmempfinden haben können als nicht traumatisierte Menschen (Herman 1992, Seite 57). Als weitere "Übererregungs"-Symptome sind zu nennen: Schreckhaftigkeit, erhöhte Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen und Affektintoleranz (Herman 1992; nach Flatten u.a. 2001)

Intrusion:

Intrusion meint die stetige Erinnerung der Betroffenen an das/die traumatische/n Ereignis/se. Aufgrund der veränderten Speicherung im Gedächtnis holen Erinnerungen jederzeit die traumatisierten Menschen ein und erreichen das Bewusstsein der Personen als chronologisch ungeordnete Rückblenden zu jeder Tageszeit in Form von Bilderfetzen, Alpträumen oder Berührungserinnerungen, die nur des „richtigen“ Schlüsselreizes bedürfen, um ausgelöst zu werden (Hentschel 1996).

Konstriktion und Dissoziation:

Bei völligem Kontrollverlust und völliger Machtlosigkeit kann eine Reaktionsmöglichkeit/ein Abwehrmechanismus sein, die Situation durch Veränderung des Bewusstseinszustandes zu „verlassen“. Herman schreibt zu Konstriktion:

„Eine unausweichliche Gefahrensituation löst manchmal nicht

nur Angst und Wut aus, sondern paradoxerweise auch eine distanzierte Ruhe, mit der Angst, Wut und Schmerz verschwinden. Die Ereignisse dringen zwar weiter ins Bewusstsein, aber scheinbar losgelöst von ihrer üblichen Bedeutung.“ (Herman 1992, Seite 66)

Damit sind Konstriktion und Dissoziation Veränderungen des Bewusstseinszustandes, die Betroffene in einer traumatischen Situation herbeiführen, um der Gefahr zu „entkommen“- zumindest psychisch. Wenn der Selbstverteidigungsapparat zusammenbricht, weil keine Flucht und keine Verteidigung möglich sind, verändern Menschen die Wahrnehmung mit einer Art „hypnotischer Trance“. Sie stellen sich tot oder erstarren einfach, werden gleichgültig und oder passiv und geben jede kämpferische Einstellung auf. Eine sehr alltägliche Form von Dissoziation ist es beispielsweise, sich in eine Tätigkeit zu vertiefen, bis man nichts mehr anderes „hört und sieht“.

Dissoziation ist die Fähigkeit, Dinge (Bilder, Handlungen, Gerüche,...) aus dem „Alltagsbewusstsein“ abzuspalten (Igney 1999, Seite 31) und bedeutet „Spaltung/Trennung“. Sie kann in verschiedenen Formen beobachtet werden als:

- Depersonalisation (das Gefühl, neben sich zu stehen),
- Derealisation (die Wirklichkeit unwirklich machen),
- die sensorische und emotionale Trennung von Erlebnissen oder
- Speicherung traumatischer Situationen in abgespaltenenen Persönlichkeitsanteilen (Hentschel, 1996) und
- die Unfähigkeit, Schmerz zu empfinden. (Herman 1992, Seite 68)

Als Abwehrmechanismus wird Dissoziation auch nach traumatischen Ereignissen (unbewusst) aufrechterhalten, um aus unangenehmen, schwierigen, Situationen zu fliehen. (Hentschel 1996).

Manchmal verfestigen sich konstriktive Symptome in dissoziativen Störungsbildern, die durch den DSM oder ICD diagnostiziert werden können.

Diese Form von Abwehrmechanismus bleibt meistens bestehen und ist therapiebedürftig (Wirtz 1989, Seite 144). Häufig kommt es vor, dass sexueller Missbrauch aus der Kindheit, einmal abgespalten, völlig aus dem Alltagsbewusstsein verschwunden ist und

erst Jahre oder sogar Jahrzehnte später wieder Erinnerungsfetzen (in unterschiedlichster Form und manchmal z.B. als plastische Erinnerungen oder Gefühle und Bilder) auftauchen. Das ist unter anderem einer der Gründe, weshalb es so schwierig ist, die tatsächliche Zahl von Betroffenen, auch in Studien, festzulegen. Manche Frauen, die heute mit Sicherheit behaupten, dass sie nicht betroffen sind, könnten trotzdem betroffen sein, nur der Zugang zu den Erinnerungen ist durch dissoziative Vorgänge unterbunden. Dissoziation ist demnach eine Auswirkung von sexueller Gewalt, auf die in therapeutischen und beraterischen Settings eingegangen werden muss. Zum Beispiel dadurch, dass zeitliche und räumliche Nischen geschaffen werden, in denen es für die Betroffenen nicht notwendig ist, ihre Spaltungen aufrecht zu erhalten (z.B. genügend Zeit für das Erinnern an traumatische Situationen einplanen, versuchen den Prozess so mitzulenken, dass die Erinnerung daran aushaltbar bleibt, damit die Betroffenen nicht erneut mit Dissoziation reagieren müssen, um die Lage aushaltbar zu machen).

Die Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ umfasst dennoch nicht die gesamte, komplexe Symptomatik, die nach wiederholten Traumata entsteht und Auswirkungen auf die ganze Persönlichkeit haben kann (Herman 1992, Seite 166)⁸ (Siehe Punkt „Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung“)

1.2 Körperliche Auswirkungen

Meistens sind die körperlichen Schädigungen sofort eintretende Folgen und verheilen je nach Schweregrad der Gewalteinwirkung und der Verletzungen im Vergleich zu den Schädigungen auf anderen Ebenen schnell. Bei sexuellem Missbrauch in der Kindheit kann man die Übergriffe normalerweise nicht medizinisch nachweisen. (Steinhage 1991 in: Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation)

Teilweise treten Folgen als psychosomatische Symptome auf. Von Kindern beispielsweise, die in sexuellen Gewaltverhältnissen stehen, können psychosomatische Signale wie Unterleibschmerzen, ausgesendet werden. (Schwalm 1997, Kapitel 3.3)

⁸ Inzwischen gibt es Forderungen und Bestrebungen, eine umfassendere Diagnosekategorie einzuführen, die schwere und langandauernde Traumata mit einbezieht (Herman 1992, Seite 167f). Diese Diagnose soll die breite Symptomatik, die nach schweren Traumata auftritt aufgreifen und somit auch Diagnosen, wie beispielsweise die Borderline-Persönlichkeitsstörung überflüssig machen.

1.2.1 Physische Folgen

Durch sexuelle Übergriffe direkt entstandene Verletzungen können folgende sein:

- Geschlechtskrankheiten (bspw. Pilze, Herpes, Gonorrhoe, AIDS) (Bange/Deegener 1996, Seite 96)
- Hämatome, Bissspuren, Striemen in den erogenen Zonen oder an den Oberschenkeln (Gahleitner 2000, Seite 96)
- Entzündungen, Infektionen, Blutungen im Mund (Gahleitner 2000, Seite 96)
- Blutungen/ Risse in der/den
 - ◆ Afterschleimhaut
 - ◆ Harnwege
 - ◆ Genitalorgane
- Schwangerschaften (a.a.O.)
- Fremdkörper in Scheide oder After
- Hämatome auf den Hüftknochen
- Bissringe an der Brust (Bange/Deegener 1996, Seite 96)
- Schmerzen beim Urinieren (Wirtz 1989, Seite 76)
- Schmerzen im Genitalbereich
- Juckreiz
- seltsamer Geruch der Genitalien
- Schwierigkeiten beim Gehen (a.a.O.)
- Brandwunden (Schwalm, Anhang D)

Die physischen Folgen sexueller Gewalt bieten ein breites Spektrum, wie die Aufzählung zeigt. Die Liste ist sicher noch verlängerbar, weil jedes Trauma „sexuelle Gewalt“ auf seine Weise individuell ist, und deshalb ist nicht ausgeschlossen, dass es noch andere unmittelbare Folgen nach sexueller Ausbeutung gibt.

Jedoch ist das nicht die einzige Form körperlicher Folgeerscheinungen von sexueller

Ausbeutung. Psychosomatische Auswirkungen gibt es in ähnlich vielen Konstellationen⁹.

1.2.2 Psychosomatische Symptome

Der Begriff „Psychosomatik“ sagt schon aus, dass es um eine „Beziehung zwischen Körper und Seele“ geht (Wahrig Fremdwörterlexikon, 1983). Deshalb sind die am Körper sichtbaren Folgen von sexueller Gewalt als Ausdrucksformen der Psyche zu verstehen, die versucht, auf die inneren Schwierigkeiten aufmerksam zu machen. Der Begriff „Störung“ ist im Zusammenhang mit den unterschiedlichen psychosomatischen Folgen sexueller Ausbeutung eigentlich unangebracht. Im Gegenteil: Bei dieser Art der Folgen von sexueller Gewalt erkennt man die große Kreativität der Psyche von Betroffenen, auf Missstände aufmerksam zu machen, für die normale Kommunikationskanäle aus unterschiedlichen Gründen nicht nutzbar sind oder nicht ausreichen. Zum Beispiel weil für das Geschehene noch keine Begriffe vorhanden sind, oder weil aus Scham und/oder Angst nicht gesprochen werden kann.

Schlafstörungen in unterschiedlichen Variationen sind eine der körperlichen Folgen. Aufgrund der oben beschriebenen "Übererregung" des vegetativen Nervensystems fällt es Betroffenen schwer, zur Ruhe zu kommen. Sie können entweder schwer einschlafen, nicht lange schlafen, wachen regelmäßig auf, haben Alpträume, können nachts nicht schlafen und/oder kehren den „normalen“ Tag- Nacht- Rhythmus um.¹⁰

Durch das Zusammenwirken der verschiedenen Aspekte bei einem Trauma kommt es auch zu **Konzentrationsstörungen**. Zum einen liegt das an der "Übererregung" des Nervensystems, durch die Betroffene schreckhafter und leichter ablenkbar sind. Zweitens können die intensiven Intrusionen traumatisierte Personen von Alltagsgeschäften ablenken.

Sprachstörungen sind eine weitere Folge von sexuellen Gewalteinwirkungen. Sie treten hauptsächlich bei Kindern auf, ziehen sich jedoch auch manchmal bis ins

⁹ Die psychosomatischen Folgen sind zitiert nach Schwalm 1997, Kapitel 3.4.1

¹⁰ Siehe auch Herman 1992, Seite 58

Erwachsenenalter. Man kann Legasthenie, Stottern und Sprachlosigkeit auch als Metaphern sehen für „keine Worte haben“ oder „es hat mir die Sprache verschlagen, weil mir für das, was passiert, die Worte fehlen“.

Ebenfalls psychosomatisch sind **Hauterkrankungen**, die vor weiteren Übergriffen schützen sollen. Betroffene wollen durch Ausschläge „abstoßend“ wirken.

Hierzu findet sich bei Brigitta Gahleitner ein interessanter Abschnitt:

„Viele Hauterkrankungen werden in der warmen Jahreszeit durch Einwirkung von Sonnenlicht und Luft gemildert. Bei einer durch sexuellen Missbrauch hervorgerufenen psychosomatischen Hauterkrankung ist häufig das Gegenteil der Fall, da dann Haut und Körper nicht durch schützende Kleidung bedeckt werden können. Das Anliegen, die Körper unter allen Umständen zu verbergen und „abstoßend“ für andere erscheinen zu lassen, wird hier besonders deutlich.“

(Widwasser Marburg e.V. 1992, Seite 41; zitiert nach: Gahleitner 2000 Seite 97)

Folgen von sexuellen Gewalterfahrungen sind auch unterschiedliche Formen von **Schmerzen**: Migräne, Unterleibschmerzen, Magenschmerzen,... um nur einige zu nennen.

Atemstörungen (Asthma, Erstickungsanfälle,...) können dann als Folge auftreten, wenn Betroffene während der traumatischen Situationen keine oder wenig Luft bekamen.

Eine andere nonverbale Möglichkeit, eine „Weigerung“ auszudrücken, können **Lähmungen** sein, die in schwierigen und belastenden Situationen auftreten.

Gleichzeitig sind Lähmungen zum Teil auch eine Art der Chronifizierung von dissoziativen Zuständen, die während der traumatischen Ereignisse (unbewusst) eingesetzt wurden, um den Körper nicht mehr zu fühlen und damit auch keine Schmerzen wahrzunehmen oder dem Körper zu entkommen. Wie oben erwähnt, bleibt dieser Abwehrmechanismus meistens bestehen und wird in Konstellationen wieder benutzt, die in irgendeiner Form bedrohlich erscheinen.

Essstörungen bieten ebenso eine Möglichkeit, über den Körper auszudrücken, dass die Seele krank ist. Sie lassen verschiedene Interpretationen zu. Beispielsweise bietet verändertes Essverhalten eine Chance, den eigenen Körper wieder selber zu kontrollieren.

Veränderungen des Essverhaltens können auch als Abwehrstrategie verstanden werden, um nicht in einen Frauenkörper hineinzuwachsen oder/und um den Körperrumfang zu manipulieren, um sexuelle Aufmerksamkeit zu vermeiden. (Blume 1988: Incest Survivors' Aftereffects Checklist; zitiert nach Schwalm 1997, Kapitel 3.2)

Hierzu passt auch der umgangssprachliche Begriff, des „sich dünne machens“. Wenn die Lebenssituation schwierig ist, dann möchte man ihr entkommen und wenn das nicht möglich ist, dann versuchen sich Menschen „aufzulösen“, und auf diese Weise zu entfliehen.

An dieser Stelle sei noch an die **Auswirkungen** erinnert, die die Posttraumatische Belastungsstörung **auf das vegetative Nervensystem** haben kann. (siehe Punkt 2.1.6.2)

Durch die „Übererregung“ kann es zu

- ◆ erhöhter **Schreckhaftigkeit**,
- ◆ einem **Fehlen von „entspannter Aufmerksamkeit“** oder
- ◆ größerer **Lärmempfindlichkeit** kommen.

(Herman 1992, Seite 58)

1.3 Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung

„Beziehungsgestaltung“ sagt etwas über aktiv oder passiv sein aus. Dort, wo jemand etwas gestaltet, ist er oder sie (bewusst oder unbewusst) aktiv tätig. Deshalb wirkt diese Formulierung der so genannten „Opferhaltung“ entgegen, die Betroffenen sehr viel Passivität zuschreibt und macht deutlich, dass Beziehungen gestaltet werden- auch von den „Opfern“ und wenn auch oft (noch) unbewusst, das ist ein Grund dafür, weshalb 2.3 nicht „Beziehungsstörungen“ heißt.

Dort, wo schon etwas gestaltet wird, können eigentlich nur alternative Verhaltensmodi angeboten werden und keine „besseren“. Diese Überlegung ist gerade für die professionelle Seite wichtig. Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen haben bisher ihr Leben gelebt und sind auf ihre Weise damit zurechtgekommen. Aus diesem Grund ist es notwendig, die bisherigen Lebensstrategien der Frauen zu achten und sie nicht als eine „dringend verbesserungswürdige“ Störung zu betrachten.

Vielleicht wirkt es zunächst etwas befremdlich, von einer „Beziehungsgestaltung“ zu sich selbst zu sprechen, aber auch den Bezug zu sich selbst kann man gestalten. Man kann sich wahrnehmen, oder auch nicht, man kann schädigendes Verhalten sich selbst gegenüber aufgeben, oder nicht-oder auch gar keinen Bezug zu sich selber haben. Auch Ängste, wieder enttäuscht, missbraucht,... zu werden, sind Abwehrmechanismen, die unterbinden, wieder Vertrauen in Menschen aufzubauen, und deshalb zur Isolation der betroffenen Frau beitragen. Statt neues Vertrauen und damit wieder Sicherheit in die eigene Person zu fördern, schafft Abwehr Rückzug, und ist damit ein Verhalten, das die Beziehung zu sich selbst widerspiegelt.

Sexuell traumatisierte Menschen haben auf fünf Entwicklungsebenen Schwierigkeiten: Sicherheit, Vertrauen, Macht/Kontrolle, Wertschätzung und Intimität.

- *Sicherheit* bezieht sich auf die Entwicklung einer Vorstellung von sich selbst, mit Schwierigkeiten umgehen zu können oder sich selbst vor Schäden schützen zu können.
- *Vertrauen* hat nur, wer erlebt hat, dass er/sie sich auf Bezugspersonen verlassen kann und auch sich selbst und die eigene Wahrnehmung richtig beurteilen kann. Wenn Frauen sexuelle Gewalterfahrungen machen, wird die Vertrauensbildung verhindert.
- *Macht/Kontrolle* beschreibt die Fähigkeit, das eigene Leben zu kontrollieren.
- *Wertschätzung* meint „das Gefühl, respektiert und ernst genommen zu werden“ und tangiert in großem Masse die Themen Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein.

- *Intimität* beschreibt Wirtz als „Fähigkeit, sich echter Bindung und Partnerschaft hinzugeben, aber auch die Fähigkeit, mit sich selbst sein zu können, ohne sich einsam zu fühlen, sich selbst Trost spenden zu können und seine innere Ruhe zu finden.“ (Wirtz 1989, Seite 140)

Die Ebenen definiert Wirtz als „Bezugsrahmen“ , der „dienen“ kann „für alles, was ein Mensch mit sich selbst und seiner Umwelt erlebt“. (Wirtz, 1989 Seite 138)

Alle fünf Ebenen finden sich in unterschiedlichen Folgen in den sich anschließenden Punkten wieder.

Interessant ist noch eine weitere Überlegung:

„Der Psychiater Eric Lister bemerkt, dass die Übertragung traumatisierter Patienten nicht der Zweierbeziehung zwischen Patient und Therapeut entspringt, sondern einer Dreier-beziehung: „Der Terror entsteht dadurch, dass außer dem Patienten und dem Therapeuten noch eine dritte Person anwesend zu sein scheint. Diese dritte Person ist der Täter, der ... Stillschweigen forderte und dessen Befehl nun missachtet wird.“ (Herman 1992, Seite 188)

Diese These ist auf den gesamten Bereich der Beziehungsgestaltung ausdehnbar. Wo Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen auf andere Menschen treffen, befürchten sie, in dem Gegenüber den Täter, die Täter, die Täterin oder auch Täterinnen wiederzufinden. Weil Sicherheit und Vertrauen zerstört wurden kann es zu Überzeugungen kommen, dass „alle Menschen böse sind“. (Wirtz 19889, Seite 138) Das bedeutet, dass in der Seele verwundete Frauen zum Teil erwarten, dass alle Menschen potentielle TäterInnen sind. Wenn auf diese Weise der Schatten der Vergangenheit über jeder Form von Beziehung liegt, muss das Konsequenzen haben.

1.3.1 Die Beziehung zu sich selbst

Von sexueller Gewalt Betroffene werden durch die Tat(en) zuerst ein Opfer. Die

Ohnmacht, die sie während des Traumas erfahren, bleibt oft bestehen und führt zu einer „chronischen“ **Opferhaltung**.

Sie entsteht aus der Erfahrung heraus, dass jegliches Handeln sinnlos ist, und wenn die Sicherheit fehlt, dass man sich selbst schützen kann. Zum Beispiel suchen sich Betroffene immer wieder Beziehungen, in denen sie Opfer sind oder sie fühlen sich sehr schnell wieder als Opfer. Zu erklären ist das auch mit dem so genannten „Wiederholungszwang“. Herman spricht in diesem Zusammenhang von „Neuinszenierung“. Beide Begriffe meinen, dass traumatisierte „Erwachsene wie Kinder oft zwanghaft den Schreckensmoment in offener oder verschleierter Form wiederholen müssen.“ (Herman 1992, Seite 62).

In Fachkreisen wird überlegt, ob mit der Wiederholung eine Verarbeitung stattfinden soll. Das würde bedeuten, Betroffene wollen die traumatische Situation immer wieder erleben, um „diesmal den richtigen Ausweg zu finden“. (Herman 1992, Seite 156)

Wegen des Kontrollverlusts in den traumatischen Situationen können sich Gefühle wie „**Sinnlosigkeit, Passivität, Resignation oder Depression**“ im Bezug auf das eigene Handeln bilden. (Wirtz 1989, Seite 139)

Opfer werden **verletzt** das **Urvertrauen**. (Herman 1992, Seite 154) *Vertrauen* ist die Ebene, wie Wirtz sie beschrieben hat. Urvertrauen bildet sich in den ersten Lebensjahren in der Beziehung zu den ersten „Bezugspersonen“. Wenn während des traumatischen Ereignisses der Hilferuf an die Bezugsperson umsonst ist, „ist das Urvertrauen zerstört“. (Herman 1992, Seite 78)

Mit dem beschädigten Vertrauen entstehen auch unterschiedliche Ängste bei den Frauen (oder schon bei den Kindern).

Durch das Ignorieren eigener Grenzen durch andere Personen werden diese **Grenzen** vernebelt und sind für die betroffene Person **nicht** mehr so gut **wahrzunehmen**. (Briere 1992, Seite 46) Das äußert sich im Alltag beispielsweise dort, wo Belastungsgrenzen definiert werden müssen-wie beim Übernehmen von Aufgaben oder in Beziehungen, wenn Nähe oder zeitliche Länge von Treffen ausgehandelt werden.

Eng damit ist eine andere Folge verknüpft. Betroffene glauben, sie müssten

funktionieren, wie sie das bei den traumatischen Übergriffen auch getan haben, beispielsweise um schlimmere Konsequenzen abzuwenden. Deshalb sind sie gute Mütter, Frauen, Arbeiterinnen,... und ignorieren ihre Grenzen, ohne sich Erholung oder Pause zuzugestehen.

Durch sexuelle Ausbeutung entsteht bei den Betroffenen die Idee, dass sie „böse“, „schlecht“, „ewig hässlich und wertlos“ sind und sie nehmen diese **falschen Vorstellungen von sich selbst** für sich in Anspruch und leben danach. Dies ist ein Beispiel für *mangelnde Wertschätzung* sich selbst gegenüber. (Wirtz 1989, Seite 139)

Autoaggression ist eine typische Form für Menschen mit sexuellen Gewalterfahrungen, psychischen Schmerz in besser ertragbaren physischen Schmerz umzuwandeln. Selbstverletzendes Verhalten (SVV) wird in dissoziativen Zuständen ausgeführt als Folge eines Zwanges, dem eigenen Körper Schaden zuzufügen und das jahrelang, ohne dass jemand anderes davon erfährt. SVV darf nicht mit suizidalen Handlungen verwechselt werden, weil es von unaushaltbaren Schmerzen erlösen soll und „viele Opfer darin paradoxerweise eine Form der Selbsterhaltung sehen.“ (Herman 1992, Seite 152f.)

Es kann auch sein, dass autoaggressive Handlungen eine Variante sind, sich selbst zu bestrafen. (Gahleitner 2000, Seite 106)

Suizidalität als Folgeerscheinung von sexueller Ausbeutung kann eher als Sehnsucht verstanden werden, dass das Leiden an den Folgen ein Ende hat, als das Bedürfnis, dem Leben ein Ende zu setzen. Wenn alle anderen Copingmöglichkeiten scheitern, bleibt scheinbar für die Betroffenen nur Suizid. (Briere 1992, Seite 61)

Sucht in den „gängigen“ Formen Alkohol, Essen, Drogen können Symptome für sexuelle Gewalt sein. (Wirtz 1989, Seite 88) Nach Briere kann Drogenkonsum für Personen Vorteile haben:

„ ...

◆ *temporary attenuation or elimination of dysphoria*

- ◆ *inducement of some level of euphoria or relative well-being*
- ◆ *interference with memory of painful events*
- ◆ *for some individuals, provision of an opportunity to express painful affect (e.g., sadness, rage) that might otherwise be inhibited*
- ◆ *provision of an opportunity for the user to develop a minimally demanding peer or support group (i.e., other users)“*

(Briere 1992, Seite 59f.)

Schuld und Minderwertigkeit – Ein Trauma verändert das gelernte Selbstbild der eigenen Kompetenz. Der Gedanke, dass man nichts tun können, um nicht unterlegen zu sein, zerbricht das Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit. Dadurch entstehen Minderwertigkeitsgefühle- weil entweder durch die Macht und Verachtung des Täters formuliert wird, dass die Person nichts wert ist, oder weil die traumatisierte Person sich selbst einredet, dass sie zu dumm,... ist, weil ihr so etwas sonst nicht passiert wäre. (Herman 1992, Seite 79f.)

Um die Ohnmacht zu bewältigen, reden sich Betroffene ein, dass sie schuldig sind.

„Die Vorstellung, man hätte es besser machen können, ist unter Umständen leichter erträglich, als sich der Tatsache absoluter Ohnmacht zu stellen.“ Aus diesem Grund beschuldigen Betroffene sich selbst, weil darin der vermeintliche Ausweg aus der grossen Hilflosigkeit sein könnte. (Herman 1992 , Seite 80)

Durch sexuelle Ausbeutung in der Kindheit wird der **Körper**, der eigentlich der Ort ist, der die Person beherbergt, zu einer gefährlichen Angelegenheit und **verknüpft mit** der erfahrenen **sexuellen Gewalt**. Der Körper bekommt bei Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen negative Zuschreibungen: böse, gefährlich, schmutzig,... . Es entstehen Wünsche, den Körper abschreckend zu gestalten, ihn unauffällig oder sogar unsichtbar zu machen, genauso wie das Bedürfnis, der Körper möge keine weiblichen

Merkmale aufweisen. (Wirtz 1989, Seite 107f.)

Schwierigkeiten mit der geschlechtlichen Identität sind eine weitere Folge sexueller Gewalt. Betroffene wissen nicht, ob sie sich zu Männern oder Frauen ordnen sollen, und wollen es oft auch nicht. Das Erleben, dass sie in einem Frauenkörper nicht wertvoll und verwundbar sind, lässt sie zu dem Schluss kommen, dass es sinnvoll ist, das „Ich“ von der Geschlechterrolle zu trennen, um ein eigenständiger Mensch zu sein. (Schwalm 1997, Kapitel 3.4.2.5)

Spüren von Gefühlen: An dieser Stelle sei an den Punkt 2.1.6.3 Posttraumatische Belastungsstörung erinnert. Durch Dissoziation verlieren betroffene Frauen das Gefühl für ihre Gefühle. In scheinbar gefährlichen Augenblicken z.B. den Körper automatisch wieder zu verlassen, erschwert es den Frauen, in verschiedener Hinsicht, in Situationen adäquat zu reagieren. (auch Wirtz 1989, Seite 108)

Das **Schweigen** über den Missbrauch/die Vergewaltigung hat auch Folgen für die Beziehung zu sich selbst. Frauen wurden durch unterschiedlichste Mittel zum Schweigen gebracht, und es fällt ihnen schwer, das Schweigen zu brechen. Weil sie sich schämen, weil sie Angst haben, dass ihnen nicht geglaubt wird, und weil sie sich davor fürchten, von anderen als schuldig an der sexuellen Gewalterfahrung bezeichnet zu werden-oder weil sie das selbst glauben. (Bass/Davis 1990, Seite 84 ff.) (Herman 1992, Seite137) Deshalb behalten sie ihre sexuellen Traumata für sich und isolieren sich damit von der Umwelt.

Diese Auswahl an Folgen, die sich auf die Beziehungsgestaltung zur eigenen Person auswirkt, legt das Fundament zu den Beziehungen mit anderen Menschen.

1.3.2 Die Beziehungen im weiteren sozialen Umfeld

Traumatische Ereignisse bringen eine „**Vertrauenskrise**“ mit sich. (Herman 1992, Seite 82) Durch das fehlende Vertrauen gibt es im Umfeld Betroffener nur spezifische Rollen:

„Täter“, „passives Opfer“, „Verbündeter“, „passiver Zuschauer“ oder „Retter“. Jede neue Bekanntschaft wird versucht in dieses Schema einzupassen. (Herman 1992, Seite 131) Weil die Ebene „Vertrauen“ in der Entwicklung gestört wurde, können bei Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen **Verlassenheitsängste, Isolationsgefühle oder Enttäuschungen** entstehen. (Wirtz 1989, Seite 139)

Sexuell ausgebeutete Frauen empfinden sich oft anders als ihr Umfeld es ist. Sie befürchten, **nicht dazuzugehören oder isoliert** zu sein. (Wirtz 19989, Seite 88)

Sexuell traumatisierte Frauen können Auffälligkeiten im Sozialverhalten zeigen: **Aggressives oder regressives Verhalten ebenso wie Distanzlosigkeit, sehr ausgeprägtes Machtverhalten oder eine sehr ausgeprägte Opferhaltung.** (Schwalm, 1997, Anhang D) Es handelt sich hierbei um Auswirkungen des Problembereichs „Grenzen ziehen“. Aggressives und Machtverhalten demonstrieren das Abgrenzen. Wären die eigenen Grenzen sicher und bekannt, könnten Betroffene auf solche Verhaltensweisen verzichten. Was hier noch hineinspielt, ist die Verletzung auf der Ebene der Wertschätzung. Wenn jemand sicher sein kann, dass die eigenen Sicherheitszonen akzeptiert werden, bedarf es keinem vorbeugenden Schutz.

„Grenzen“ spielen auch bei Distanzlosigkeit eine Rolle. Erkennt eine betroffene Frau eigene Grenzen nicht, kann sie dies wahrscheinlich auch bei anderen Personen nicht. So kann es vorkommen, dass Begrenzungen anderer Menschen überschritten werden.

Opferhaltung ist eine pessimistische Form der Grenzziehung. Sie geht von vornherein davon aus, dass die eigenen Grenzen wieder übertreten werden. Doch wird hier auch mangelndes Selbstwertgefühl deutlich. Wer Vertrauen in sich selbst hat, glaubt daran, im Alltag mit den Anforderungen fertig zu werden, und erwartet nicht, bald wieder zum Opfer zu werden. Weiter führt Schwalm

- ◆ **Leistungsverweigerung** (eine Art des „Nein-Sagens“)
- ◆ **sehr ausgeprägte Leistungsmotivation**
- ◆ Differenzen im **Auftreten vor Gruppen und vor einzelnen Personen**
- ◆ **überangepasstes Verhalten**

an. (Schwalm 1997, Anhang D)

Der Kontrollverlust während traumatischer Ereignisse kann zudem dazu führen, dass sich sexuell traumatisierte Frauen **Männern gegenüber grundsätzlich hilflos und ausgeliefert fühlen**. (Wirtz 1989, Seite 139)

Wird die fehlende Wertschätzung sich selbst gegenüber auf das soziale Umfeld projiziert, kann das „**Verachtung, Verbitterung und Zynismus**“ in Kontakten zu anderen mit sich bringen. (Wirtz 1989 Seite 140)

1.3.3 Paarbeziehungen und andere nahe Freundschaften

In Paarbeziehungen kommt *Intimität* als letzte Entwicklungsebene in das Beziehungsgefüge. Deshalb unterliegen sie, jedoch auch „normale“ enge freundschaftliche Beziehungen verschiedenen Ambivalenzen:

Durch das fehlende Vertrauen erwarten sexuell traumatisierte Frauen, enttäuscht zu werden. Das kann große Schwierigkeiten in einer Paarbeziehung verursachen. Einerseits haben Betroffene das Bedürfnis nach **Nähe und Geborgenheit**, doch gleichzeitig bergen diese Aspekte in Beziehungen sehr viel **Grund** für die traumatisierten Frauen, sich **zu fürchten**, entweder wieder missbraucht oder verlassen zu werden (Herman 1992, Seite 155). Das ist verständlich, denn gerade durch nahe Beziehungen wurden die Traumata zugefügt. So kann es passieren, dass enge Bindungen verzweifelt gesucht werden, sich eine traumatisierte Frau aber schon bei der Kontaktaufnahme oder kurz danach zurückzieht.

Eine weitere Ambivalenz entsteht aus der „**Selbstverachtung**“ der Betroffenen und der gleichzeitigen **Glorifizierung des Partners oder der Freunde**. Dadurch verliert sich die Gleichwertigkeit, die in Beziehungen vorherrschen sollte. (Herman 1992, Seite 155)

Die Gleichwertigkeit wird zudem ausgehebelt durch die **Schwierigkeit** der Betroffenen, **eigene, sinnvolle Grenzen zu setzen** und der gleichzeitigen Neigung, **auf die Wünsche und Bedürfnisse des Gegenübers einzugehen**. (Herman 1992, Seite 155) Deshalb

passiert es häufig, dass sich die Frauen **den Bedürfnissen des Partners unterwerfen**.

Die letzte Ambivalenz, die man aufführen kann, ist der Widerspruch zwischen **erhöhtem Misstrauen** (negative Erfahrungen durch andere werden erwartet) (Briere 1992, Seite 64) und dem „Einsatz“ von **Dissoziation**, wenn das Misstrauen begründet ist und Grenzen gesetzt werden müssten. Dissoziation hindert die Betroffenen, Alarmzeichen zu beachten oder richtig einzuschätzen. (Herman, 1992 Seite 157)

Probleme in Paarbeziehungen mit sexuell traumatisierten Frauen treten sehr wahrscheinlich zudem da auf, **wo es zu Nähe und Intimität kommt**. Die Ähnlichkeit zu den traumatisierenden Ereignissen provoziert mächtige Gefühle von Wut, Hilflosigkeit, Furcht, Selbstverachtung, (Briere 1992, Seite 64) oder kann konkrete Erinnerungen an das Trauma (Intrusionen) wachrufen¹¹. Weil von Trauma Betroffene häufiger als anderen Personen die Fähigkeit fehlt, ihre Gefühle adäquat zu regulieren, neigen sie dazu, entweder zu disoziiieren, oder nach Möglichkeiten zu suchen, den inneren Druck abzubauen-z.B. sich zunächst abzulenken oder den psychischen Schmerz zu betäuben. (Briere 1992, Seite 64)

Eine weitere Möglichkeit, Angst auslösenden sexuellen „Übergriffen“ zu entkommen, besteht für Betroffene darin, mit sexuellen Funktionsstörungen zu reagieren. (Wirtz 1989, Seite 101)

Die **Verweigerung/ Negierung sexueller Bedürfnisse** ist eine weitere Variante für sexuell traumatisierte Frauen, sich in Beziehungen oder bei Bekanntschaften nicht auf Sexualität einlassen zu müssen. „Sie wählen ein weltliches Zölibat, weil nur die totale sexuelle Abstinenz ihnen Sicherheitsgefühle vermittelt und Schutz vor einer Konfrontation mit den Affekten von damals, den hässlichen Gefühlen von Scham und Schuld“ (Wirtz 1989, Seite 97) Wirtz spricht in diesem Zusammenhang auch von „phobischem Vermeiden von Intimität“. (Wirtz 1989, Seite 90)

¹¹ Jedoch handelt es sich auch bei Gefühlen auch um Erinnerungen sind. Sie sind vielleicht nicht konkret mit Ereignis xy verknüpfbar, „stammen“ jedoch auch aus den traumatischen Zusammenhängen, und sind, wie in Kapitel 2.1.6.2 ausführlich beschrieben, im impliziten Gedächtnis unstrukturiert abgespeichert.

Prostitution¹² ist auch eine Art der Beziehungsgestaltung mit „Partnern“. Der Weg in die Prostitution kann auf unterschiedliche Weisen motiviert sein. Beispielsweise ist auch hier der Grund, dass Frauen nicht fähig sind, ihre Grenzen im sexuellen Bereich abzustechen. Bei manchen ist Sexualität/Prostitution die einzige Möglichkeit, überhaupt Kontakt mit Männern zu haben. Der Entschluss sich zu prostituieren kann auch die Konsequenz aus der so genannten „self-fulfilling prophecy“ sein. Wenn eine Frau seit ihrer Kindheit immer wieder als „Hure“ beschimpft wird, dann wird sie vielleicht eine.

Allerdings kommt es auch vor, dass Prostitution eine indirekte Folge sexueller Ausbeutung ist, z.B. dann, wenn Mädchen weglaufen, um einer Missbrauchssituation zu entkommen und sich prostituieren müssen, um zu überleben.

Jedoch ist Prostitution weniger häufig aus Folge von sexueller Gewalt zu finden, als eine ablehnende Haltung Sexualität gegenüber. (Wirtz 1989, Seite 94f.)

Wegen der Individualität der Menschen ist es unmöglich, eine komplette Auflistung aller Symptome und Folgen von sexueller Gewalt zu schaffen¹³. Deshalb fehlen trotz der Länge dieses Kapitels dennoch einige Folgen.

Sicherlich ist ersichtlich geworden, wie einschneidend sich sexuelle Gewalt auf das Leben von Frauen auswirkt und warum der Begriff „Trauma“ in diesem Zusammenhang angebracht ist. Jedoch gibt es Meinungen, die behaupten, sexuelle Ausbeutung würde Kindern nicht schaden und im Gegenteil, sie müssten früh genug sexuelle Erfahrungen machen, um sich gut entwickeln zu können. (Wirtz 1989, Seite 79)

In Anbetracht der dargestellten Folgen, kann diese Meinung als falsch angesehen werden.

Die Folgenreichhaltigkeit erfordert spezifische Interventionsmöglichkeiten, die auf die besondere Bedürfnislage sexuell ausgebeuteter Frauen eingehen, die in Einrichtungen, die mit unterschiedlichen Diagnosegruppen arbeiten, oft nicht besonders berücksichtigt wird.

12 Es darf nicht der Umkehrschluss gezogen werden: Nicht alle Prostituierten Frauen sind sexuell traumatisierte Frauen! (siehe auch: Wirtz 1989, Seite 96)

13 In Kapitel 3.2 schreibt Schwalm, dass eine (betroffene) Frau auch Kurzsichtigkeit als einen Hinweis auf sexuelle Gewalt sein sieht. Andere Betroffene würden vielleicht noch andere Symptome benennen, die Ärzten oder Therapeuten nicht als „Wegweiser“ zur sexuellen Gewalterfahrungen dienen würden.

2. Leitlinien für die Arbeit mit sexuell traumatisierten Frauen

Es geht in diesem Kapitel nicht darum, therapeutische Methoden und psychotherapeutische Theorien vorzustellen, sondern um allgemeine Richtlinien für die Arbeit mit sexuell traumatisierten Frauen aufzuzeigen, die sich aus den Folgen ableiten lassen.

- ➔ Während eines Traumas verlieren Personen völlig die Kontrolle über ihr Leben und ihre Handlungsmöglichkeiten. Deshalb muss ein Prinzip sein, den Frauen möglichst viel Selbstbestimmung zuzugestehen. Herman geht sogar so weit zu sagen, dass „jede Einmischung, die dem Opfer die Entscheidung und die Eigenverantwortung abnimmt, kann die Überwindung des Traumas vereiteln, auch wenn sie eindeutig nur sein Bestes im Auge zu haben scheint“ (Herman 1992, Seite 183). Die Aussage kann man auch unter dem Aspekt der Opferhaltung und des Wiederholungszwanges betrachten. Durch jede Bevormundung werden sexuell ausgebeutete Frauen wieder in die Opferrolle gedrängt, aus der sie ohnehin nur schwerlich fliehen können. Das verstärkt ihr Bewusstsein dafür, allem ausgeliefert zu sein. Mit jedem Gefühl, machtlos zu sein, wird ein Wiederholungszwang provoziert, der endlich einen Ausweg aus der Situation zeigen soll. Wiederholung stellt sich jedoch nur dann ein, wenn sich die Frau wieder in eine Opferrolle begibt. Deshalb muss der Arbeit mit sexuell traumatisierten Frauen unbedingt auf Bevormundung, Beeinflussung, Verpflichtung zum Annehmen von Hilfen etc. verzichtet werden.
- ➔ Gleichzeitig ist es wichtig, sexuell ausgebeuteten Frauen Sicherheit zu geben und klare Absprachen zu treffen, bezüglich der Einhaltung ihrer Grenzen.
- ➔ Aufgrund dessen, dass sich sexuell traumatisierte Frauen unschuldiger Weise selbst beschuldigen, die Übergriffe provoziert oder verdient zu haben, ist es wichtig, ihnen Glauben entgegenzubringen. In diesem Sinne parteilich zu sein, von der Unschuld der Betroffenen auszugehen und das den Frauen gegenüber zu artikulieren (Wirtz, 1989, Seite 72).

- Weil sexuelle Gewalterfahrungen „gewaltige“ Spuren im Selbstbild und der Seele hinterlassen, gehört zu den Grundleitlinien in der Arbeit mit betroffenen Frauen die „Wiederherstellung der Autonomie und die Stärkung der Persönlichkeit“ (Herman 1992, Seite 184)
- Niedrigschwellige Hilfen, weil sich Betroffene oft scheuen, um Hilfe zu bitten sind ebenso wichtig, will man sexuell traumatisierte Frauen unterstützen. (Herman 1992, Seite 185)
- Die betroffene Frau ist die „Expertin“ für ihren Heilungsweg. (Bass/Davis, 2001, Seite 323) Das muss jedoch anerkannt werden von der professionellen Seite. Wird über diese Tatsache hin weggegangen, nimmt man wieder Selbstkontrolle aus dem Leben der Frauen, was der Heilung nicht förderlich ist.
- Allerdings bedeutet das auch, dass Entscheidungen der Frauen Anerkennung finden müssen und wenn das nicht möglich ist, zumindest akzeptiert werden, was wiederum das Selbstbild und die Selbstwahrnehmung unterstützt. Letztlich heißt das beispielsweise, dass wenn eine Frau die Therapie abbricht, man das so stehen lassen sollte, ohne ihr versuchen klar zumachen, das „wir ja wissen was gut ist“ und deshalb Therapie weitermachen besser wäre.
- Sexuell ausgebeutete Frauen haben Schwierigkeiten, sich selbst, ihre Gefühle zu spüren. Deshalb ist es sehr wichtig, dass man versucht, ihnen Zeit zu geben, bis sie sich selbst wahrgenommen haben. Auch hier ein Beispiel: In therapeutischen Settings jeder Art kann es vorkommen, dass der/die TherapeutInnen den Frauen Methoden vorschlagen, für die sie sich entscheiden können. Bis die Methode angewendet wird, sollte genügend Zeit sein, in der sich die Frau in Ruhe überlegen kann, ob sie es für sinnvoll hält.
- Einbeziehung der „spirituellen Dimension“ in die Therapie, weil kein Mensch heilen kann, was der Mensch zerstört hat. (Wirtz, 1989, Seite 72) „Auf dem Urvertrauen

basiert der Glaube an die Kontinuität des Lebens, an die Ordnung der Natur und an eine transzendente göttlich Ordnung. ... Traumatisierte fühlen sich extrem verlassen, allein und ausgestoßen aus dem lebenserhaltenden Rahmen von menschlicher und göttlicher Fürsorge und Schutz.“ (Herman 1992, Seite 78) Diese Dimension ist Frau S., einer der Interviewpartnerinnen, so wichtig, dass sie mich einige Tage nach dem Interview bat, noch als zusätzliche Information festzuhalten, dass sie davon ausgeht, dass wirkliche Heilung von den Folgen sexueller Gewalt nur mit Gottes Hilfe wirklich zu erlangen ist, und sie deshalb eine Klinik mit christlicher Einstellung gewählt hat.

Jede Arbeit mit sexuell traumatisierten Frauen muss einen Weg aus der (chronischen) Opferhaltung bahnen. Frauen mit sexuellen Traumata sind Opfer geworden. Sie leiden unter den Folgen, die durch sexuellen Missbrauch oder Vergewaltigung in ihr Leben gekommen sind. Aber sie sind nicht nur Opfer. Professionelle SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen, PsychologInnen,... sollten sich bewusst machen, dass sexuell traumatisierte Frauen sehr starke Persönlichkeiten sind, die sexuelle Ausbeutung durch den Einsatz sehr kreativer Abwehrmechanismen überlebt haben.

Das fördert den Blick auf die Stärken der Frauen, was ebenso notwendig ist, weil sich die Frauen als wertlos bezeichnen, und hilft dabei, Hoffnung zu geben.

Durch die Folgen und den daraus resultierenden Handlungsleitlinien entstehen spezifische Anforderungen für Leistungen und Einrichtungen für sexuell verwundete Frauen.

11. Links

<http://www.psychiatrie-aktuell.de/disease/detail.jhtml>

<http://kuckuck.solution.de/borderline.html>

<http://www.dissoziation.de/manu/02defini.HTM>

http://www.netdokter.at/Sex_Partnerschaft/fakta/vergewaltigung.shtml

<http://www.aktiv-gegen-sexuelle-gewalt.de/missbrauch/studien.htm>

12. Quellen

Bange, D. 2002: Ausmaß. In: Bange / Körner (Hrsg.): Handwörterbuch - Sexueller Missbrauch. Hofgreffe-Verlag, Göttingen.

Deegener, G. 1997: Gesellschaft - Täter - Opfer - Profile. Neuere Forschungsergebnisse zum sexuellen Missbrauch. In: Ulonska, H. / Koch, H.H.(Hrsg.): Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen - Ein Thema der Grundschule. Julius Klinkhardt Verlag, Heilbrunn

Ernst, C., 1997: Zu den Problemen der epidemiologischen Erforschung des sexuellen Missbrauchs. In: Amann, G. / Wipplinger, R. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch - Überblick zu Forschung, Beratung und Theorie, dgvtv-Verlag, Tübingen.

Finkelhor, D. 1997: Zur internationalen Epidemiologie von sexuellem Missbrauch an Kindern. In: Amann, G. / Wipplinger, R. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch - Überblick zu Forschung, Beratung und Theorie, dgvtv-Verlag, Tübingen.

Lange, C. 2001: Sexuelle Gewalt gegen Mädchen - Ergebnisse einer Studie zur Jugendsexualität. Psychosozial-Verlag, Gießen.

Löffler, P.: Ein neues Produkt für Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen – Überlegungen zur Entwicklung eines Businessplans, Diplomarbeit an der Otto-Friedrich-Universität, 2003

Wetzels, P.: Verbreitung und familiäre Hintergründe sexuellen Kindesmissbrauchs. In: Höfling, S. / Drewes D. / Epple-Waigel I. (Hrsg.) 1999: Auftrag Prävention - Offensive gegen sexuellen Kindesmissbrauch. Atweb-Verlag

