

Zur Psychotherapie von Vergewaltigungsopfern - ein Ressourcen orientierter tiefenpsychologisch fundierter Ansatz

Luise Reddemann, Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin Ev. Johannes-Krankenhaus Bielefeld

Zusammenfassung

Es wird ein Konzept zur Behandlung von Vergewaltigungsopfern mit PTSD dargestellt, in dem es vorrangig um Aufbau bzw. Erhalt der Stabilität der Patientin geht. Wesentlich ist, Coping-Strategien der Patientin als Therapiestrategien zu nutzen. Dies bezieht sich insbesondere auf die Spaltung und Dissoziation. Anhand eines Fallbeispiels wird das therapeutische Vorgehen beschrieben.

Schlüsselwörter: Vergewaltigung - PTSD (PTDS) - ressourcenorientierte Psychotherapie

Summary

A new therapeutic approach for the treatment of rape victims is reported: A central issue in the psychotherapy with these clients is the establishment and maintenance of the clients stability. For therapy it is essential to use the coping strategies the client already knows, especially splitting and dissociation. A case history will describe the therapeutic strategy.

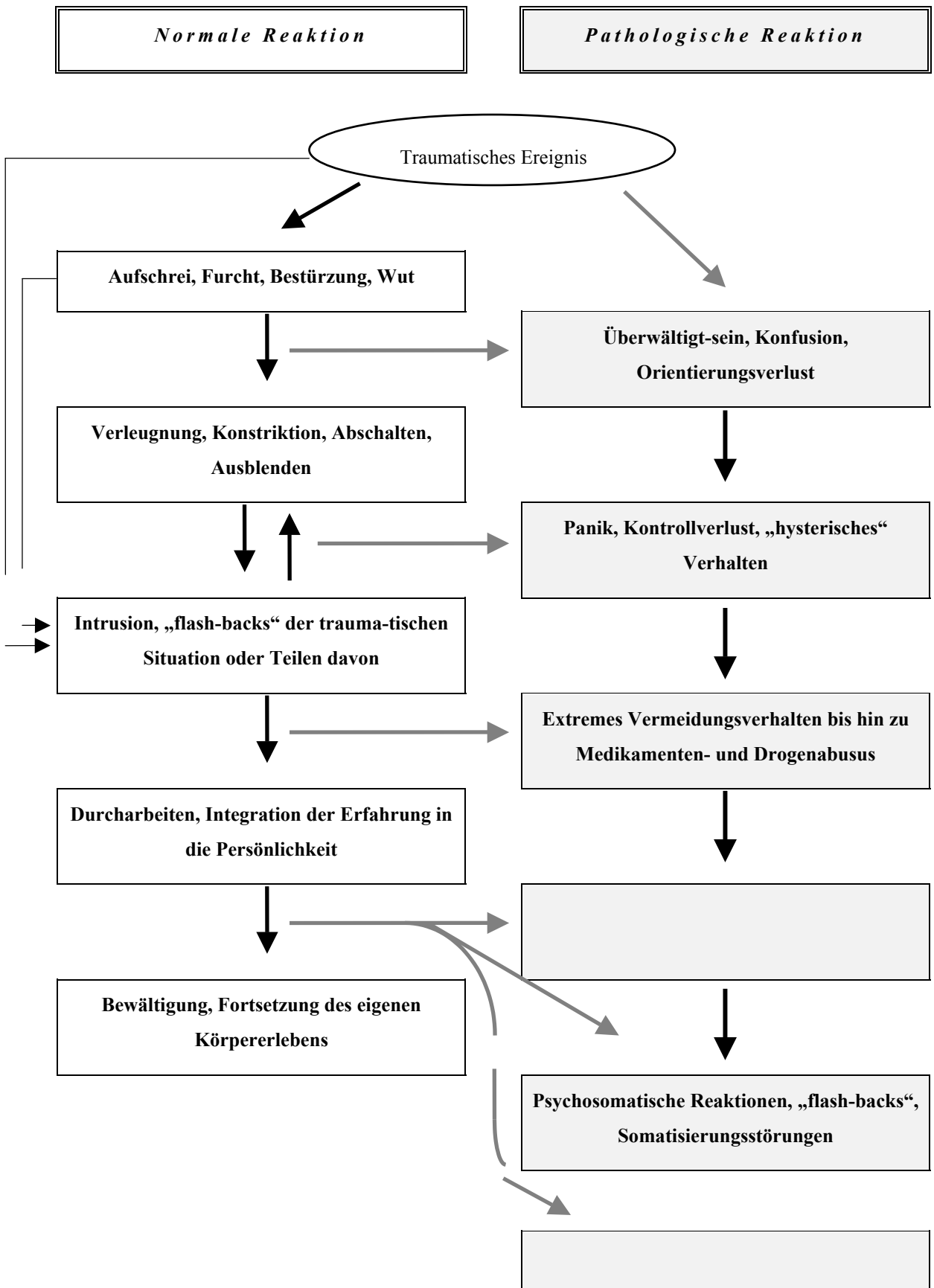
Keywords: Rape, PTSD, Ressource oriented psychotherapy

Einleitung

Vergewaltigungsopfer nehmen zu psychosozialen Einrichtungen meist erst Monate oder Jahre nach der Tat Kontakt auf. Im stationären und ambulanten psychotherapeutischen Rahmen geschieht es in der Regel deshalb, weil eine Symptomatik manifest wird, die oft gar nicht mehr mit dem Trauma in Verbindung gebracht wird.

In der ersten Zeit nach dem Trauma laufen die von Horowitz (1993, S. 51) beschriebenen Reaktionen ab. Zum besseren Verständnis sei auf die normale und pathologische Verarbeitung eines Traumas nach Horowitz hingewiesen (siehe Tabelle).

Diese Abläufe sind „normal“ und sollten von professionellen Helfern unterstützt werden.



In der ersten Phase nach dem Trauma genügen meist mitmenschliche Zuwendung und Akzeptanz.

Erst wenn sich die Mechanismen der Intrusion und Konstriktion verfestigen, kann man von einer posttraumatischen Belastungsstörung sprechen. Es ist wichtig zu wissen, daß nach einer Monate und sogar Jahre dauernden Phase scheinbarer Ruhe PTSD-Symptome auftauchen können. Viele depressive Symptome, insbesondere bei Frauen, sollten auf ihren möglichen posttraumatischen Hintergrund hin untersucht werden, ohne daß die Anamnese-Erhebung das Aufdecken der möglichen Traumata forciert (s.u.).

Eine Vergewaltigung ist ein schweres seelisches Trauma. Die betroffenen Frauen erleben panische Angst und Todesangst, extreme Ohnmacht und Hilflosigkeit, extreme Demütigung, Entwürdigung und ein „maschinenhaftes“ Funktionieren (eine ausführliche Beschreibung findet sich bei Kretschmann 1993).

Im folgenden stelle ich ein Konzept dar, das sich auf die Behandlung von Frauen bezieht, die klinisch auffällig wurden, also unter PTSD-Symptomatik leiden (eine ausführlichere Darstellung findet sich bei Reddemann 2001)

Vergewaltigungsopfer wie alle traumatisierten Menschen benötigen eine spezielle Psychotherapie, die weder der von Menschen mit Konfliktpathologie noch der mit Ich-Pathologie entspricht.

Die hier berichteten Behandlungsansätze basieren auf Erfahrungen in der von mir geleiteten Klinik.

Bei allen Traumatisierten scheint es Gemeinsamkeiten zu geben. Dazu gehören spezifische Coping-Strategien während und nach der Traumatisierung, insbesondere die Dissoziation - dies bedeutet das Auseinanderhalten von Bereichen des Seelischen -. Klinisch können wir dann entweder nur Erinnerungsbilder, nur unangenehme Gefühle oder nur Körpererinnerungen finden. Es muß betont werden, daß dieser Mechanismus der Dissoziation als Überlebensschutz gar nicht hoch genug beachtet werden kann und ein zu frühzeitiger Versuch, die Dissoziation aufzuheben, verheerende Folgen haben kann, z.B. massive psychosomatische und psychotische Dekompensation.

Menschen mit posttraumatischen Störungen leiden entweder unter dem Bild einer PTSD und/oder einer dissoziativen Störung, und dies bedeutet in bezug auf die Verarbeitungsfähigkeit ihrer Traumatisierungen eine spezifische Ich-Schwäche. Diese wird heute als Gehirnpsychosomatose verstanden, da durch Traumata nachweislich Veränderungen im Gehirn entstehen können: Beispielsweise ist die Reizschwelle für Triggerreize herabgesetzt, und die physiologische Erregung bei Streß wird zur Übererregung (hyperarousal). Jede Behandlung sollte daher versuchen, dieser speziellen Situation gerecht zu werden.

Zu Beginn der Behandlung sollte zunächst eine Stabilisierung angestrebt werden, die es der Patientin erst ermöglicht, sich später mit ihren Traumatisierungen auseinanderzusetzen. Bevor die Patientin nicht ausreichend stabil ist, sollte die Thematik des Traumas nicht vertieft und das Fehlen von Gefühlen im Zusammenhang mit Berichten über das Trauma nicht bemängelt werden. Die Dissoziation von Kognition und Affekten ist ein äußerst notwendiger Überlebensschutz, der so lange erhalten bleiben muß, bis suffizientere Schutzmaßnahmen greifen. Viele Vergewaltigungsopfer berichten, daß sie in der Situation ihren Körper verlassen und das Geschehen von außen betrachtet haben.

Stabilisierungsphase

Wir arbeiten mit folgenden stabilisierenden Maßnahmen:

- lernen, sich sicher zu fühlen und wahrzunehmen, welche Maßnahmen dazu erforderlich sind.
- Wissen und Information über das, was eine Traumatisierung in einem Menschen anrichten kann.
- Alle Mechanismen zur Traumaverarbeitung, seien sie auch noch so belastend, werden als ursprünglich sinnvolle und kreative Coping-Strategien verstanden und erkannt.
- Alle Ressourcen, die die traumatisierte Person zur Verfügung hat, werden systematisch verstärkt.
- Es werden heilsame Imaginationen und Kognitionen vermittelt. Affektdifferenzierung und regulierung werden geübt
- differenzierte Körperwahrnehmung und liebevoller Umgang mit dem Körper ohne konfliktzentrierte Körperarbeit gehört ebenfalls zur therapeutischen Arbeit.
- Der kontrollierte Umgang mit traumatischem Material, das noch nicht bearbeitet werden kann, wird geübt. Dabei handelt es sich um eine Art des bewußten Verdrängens, z.B.mittels der Vorstellung, traumatisches Material in einen Tresor zu packen.
- Traumatische Übertragungsverzerrungen werden nicht angenommen oder gar vertieft, sondern sofort benannt. Es gilt der Grundsatz, daß zwei Erwachsene sich die Verletzungen der Vergangenheit emphatisch betrachten und aufarbeiten.

Traumazentrierte Arbeit

Wenn eine stabile Basis geschaffen werden konnte, kann die Traumatisierung anschließend aufgearbeitet werden. Dies bedeutet, sich dem, was geschehen ist, dosiert und geplant zuzuwenden. Gefühle der Angst, Panik, Ohnmacht und Hilflosigkeit werden im Wiederbegegnen oft stärker erlebt als damals, da in der traumatischen Situation eine Dissoziation stattfand. Dies muß bei der Arbeit berücksichtigt werden. Daher arbeiten wir heute mit kontrollierter und dosierter Dissoziation.

Damit eine traumatische Erfahrung verarbeitet, wir sagen auch synthetisiert oder integriert werden kann, bedarf es einer Integration von Kognition, Affekt, Körpererleben und Handlungserfahrung, und dadurch können aus traumatischen Zuständen (Intrusionen) Erinnerungen werden und dies führt bei der Patientin zur Erleichterung. Oft geht dann auch symptomatisches Verhalten von selbst zurück, da es nicht mehr zur Abwehr traumatischer Intrusion benötigt wird.

Nach der Traumasyntese kann eine heftige Abreaktion erfolgen mit Zittern, starkem Weinen, Erbrechen, Schreien etc. Mit dieser Reaktion soll die Therapeutin aufgrund eigener Selbsterfahrung vertraut sein. Es ist schädlich, Patientinnen erst aufzufordern, sich an traumatische Situationen zu erinnern und dann den auftauchenden Zuständen auszuweichen.

Sich an traumatische Erfahrungen in vollem Umfang zu erinnern, ist sehr schmerzhaft. Gefühle von Scham und Schuld trauchen auf, darüber hinaus Sinnfragen „warum ich“, auch „warum habe ich mich nicht gewehrt“ etc., so wie Wut und Verzweiflung.

Phase der Integration

Die Phase des Akzeptierens der eigenen Erlebnisse und ihrer Folgen, dauert meist am längsten. Wir nennen diese Phase die Trauerphase, die in der Regel mehrere Monate bis Jahre beansprucht. Dies gilt insbesondere bei vielfach traumatisierten Patientinnen. Einmalige Ereignisse wirken sich nach unserer Erfahrung nicht immer so gravierend aus wie die Erfahrung jahrelanger sexueller Gewalt.

Elisabeth Kübler-Ross (1969) hat gezeigt, daß ein Trauerprozeß mehrere Phasen durchläuft. Erst ist da ein Schock, dann ein Nicht-Wahrhaben-Wollen, dann folgen Aufbegehren und Wut und erst dann ist Akzeptieren und das eigentliche Trauern möglich. Diese Phasen laufen nicht immer hintereinander ab und können sich verlagern und wiederholen. In der Arbeit mit traumatisierten Menschen sollte man diese Phasen berücksichtigen. Besonders wichtig scheint mir, daß sich die Phasen mehrfach wiederholen können.

Ein schwieriges Kapitel im Trauerprozeß sind Schuldgefühle und Selbstvorwürfe. Es kommen meist Gedanken auf wie ich hätte dieses oder jenes tun oder unterlassen sollen. Es fällt sehr schwer zu akzeptieren, daß die Dinge waren, wie sie waren. Deshalb ist es auch leichter sich schuldig zu fühlen, statt Ohnmacht und Hilflosigkeit zu bejahen: „Mehr konnte ich nicht tun“ oder gar „ich konnte überhaupt nichts tun.“ Die Arbeit an Scham und Schuldgefühlen nimmt dementsprechend im Trauerprozeß von Traumatisierten breiten Rahmen ein.

Fallbeispiel:

Frau F. kommt zwei Jahre nach einer Vergewaltigung wegen Schlafstörungen, Alpträumen, ständiger Unruhe und Suizidalität in die Klinik. In einer seit einem Jahr andauernden ambulanten Psychotherapie hat sie mehrfach über die Vergewaltigung gesprochen. Dadurch habe sich ihr Zustand zunehmend verschlechtert.

Bis zu ihrer Vergewaltigung war die jetzt 25-jährige Patientin eine zupackende, lebensfrohe Frau. Die Vergewaltigung habe sie als extreme Demütigung erlebt, sie verstehe nicht, warum ihr so etwas passiert sei. In der Situation habe sie sich nicht wehren können, sie habe Todesangst gehabt und habe alles über sich ergehen lassen. Sie habe immer nur gedacht „ich will nicht sterben“. Zeitweilig habe sie das Gefühl gehabt, gar nicht mehr in ihrem Körper zu sein und alles von oben zu sehen. Anschließend sei sie über Wochen wie betäubt gewesen und habe mit niemand darüber sprechen können. Sie habe sich für abstoßend und schmutzig gehalten und oft mehrmals täglich geduscht. Die Schlafstörungen hätten ungefähr zwei Monate nach der Vergewaltigung begonnen. Deshalb sei sie zum Arzt gegangen. Sie habe ihm nichts von der Vergewaltigung erzählt, da sie sich zu sehr geschämt habe. Erst als

es trotz Beruhigungsmitteln nicht besser geworden sei, habe sie ihrem Hausarzt nach etwa einem Jahr davon erzählt. Daraufhin habe er sie zu einer Psychotherapeutin überwiesen.

Wir finden bei der Aufnahme eine hochgradig erschöpft wirkende Patientin, die unter starkem inneren Druck zu stehen scheint.

Therapieverlauf:

Zunächst erklären wir der Patientin die Folgen von Trauma und erläutern ihr ihre Symptome als Traumafolgen und Coping-Strategien. In der Einzeltherapie wird daran gearbeitet, was die Patientin braucht, um sich sicher zu fühlen, sowohl äußerlich, wie innerlich. Dazu erlernt sie gleich in den ersten Sitzungen die Übung des inneren Tresors, in den sie alle sie belastenden Materialien „packen“ kann. Dies führt zu einer deutlichen Erleichterung. Die Patientin kann erleben, daß sie ihrem eigenen Inneren gegenüber wieder Kontrolle erlangt. In der Folge erlernt die Patientin die Imaginationen des inneren sicheren Ortes und der inneren Helfer. Mit Hilfe dieser Übungen kann sie sich rasch in einen Zustand von innerer Ruhe und Entspannung versetzen. Dies führt zu einer weiteren Beruhigung. Die Patientin schläft wieder und gewinnt an Selbstvertrauen. Den inneren Dialog mit den inneren Helfern empfindet sie als hilfreich und sie schätzt daran die Möglichkeit, sich unabhängig von anderen zu fühlen. Nach sechs Wochen fühlt sie sich so viel besser, daß sie beschließt, nach Hause zu gehen. Ihr Trauma will sie zur Zeit nicht bearbeiten. Die Möglichkeit einer Wiederaufnahme zur Traumabearbeitung wird ihr angeboten. Nach einem halben Jahr ruft die Patientin an und bittet um Wiederaufnahme zur Traumabearbeitung. Sie wolle es nun endlich „loswerden“, es falle ihr doch immer wieder ein und dabei gerate sie in sehr unangenehme Zustände von Panik, auch wenn sie die Bilder und Gefühle immer wieder wegpacke.

Die Traumabearbeitung erfolgt in mehreren Sitzungen über mehrere Wochen verteilt, da sich die Patientin dem Grauen der traumatischen Situation nur langsam annähern kann und es uns wichtig ist, sie so wenig wie möglich zu retraumatisieren. Wir schlagen ihr daher vor, mit einem „inneren Beobachter“ zu arbeiten, der über das Geschehnis berichtet. Sie selbst solle sich dabei in gebührendem Abstand zu dem Erlebten halten (wir nutzen den Mechanismus der Dissoziation). Der Beobachter ist ein Zauberer, der über „die Frau“ erzählt. „Die Frau fährt mit dem Fahrrad. Da kommen zwei Männer auf sie zu. Sie kann nicht ausweichen. Sie hat furchtbare Angst ...“ Wenn es der Patientin zuviel wird, erholt sie sich an dem sicheren Ort, tankt auf.

Außerdem nimmt sie eine ihrer hilfreichen Wesen mit in die Szene. Diese Fee kann zwar nichts verhindern, aber bei ihr sein, so daß sie mit ihren schmerzlichen Gefühlen weniger allein ist. Das traumatische Material wird teilweise mittels EMDR prozessiert (Hofmann 1996, Shapiro 1995). Aber auch dies geschieht nur „portionweise“, um keine ungesteuerte Dissoziation heraufzubeschwören. Nach vier 2-stündigen Traumasitzungen und sechs Sitzungen, die der Klärung und Verarbeitung dienen sowie begleitender Gruppenarbeit in Streßbewältigung und Qi Gong innerhalb von sechs Wochen hat die Patientin ihr schweres Trauma soweit verarbeitet, daß sie nun in die Trauerphase eintreten kann. Sie kann sagen „es ist vorbei“, die Bilder erscheinen ihr blaß, die Gefühle von Ohnmacht, Panik, Todesangst, scheinen milde und ebenfalls „weit weg“.

Was wir nicht getan haben

Wir haben nichts dafür getan, daß sich das Trauma in der therapeutischen Beziehung neu inszeniert hat. Wir haben uns lediglich als unterstützende, verständnisvolle Begleiter zur Verfügung gestellt. Ansätze der Patientin, ihren Einzeltherapeuten in die Rolle des Verfolgers zu bringen, werden von ihm sofort benannt. „Da verwechseln Sie mich jetzt ...“ Es wird vom Einzeltherapeuten alles getan, um die Arbeitsbeziehung zu fördern und die Regression in der Übertragung bzw. therapeutischen Beziehung, nicht zu fördern. Als die Patientin davon berichtet, daß sie während der Vergewaltigung kurzfristig die Vorstellung hegte, „das geschieht mir recht“, wird ihr dies nicht als unbewußter Wunsch, mit dem Täter zu verschmelzen, gedeutet (Ehlert-Balzer, 1996, Kretschmann 1993), sondern als Coping-Strategie verstanden und erklärt: besser sich mit dem Täter identifizieren und dadurch die Kontrolle behalten, als in der Gefahr höchster Not durch sinnloses Kämpfen die Kontrolle verlieren. Wir unterstellen der Patientin nicht, daß sie unbewußt wieder zum kleinen Kind wird, das sich „gute Eltern“ wünscht, sondern daß es ihr - auch unbewußt - um ihr Überleben ging.

Nach Abschluß der Behandlung bei uns folgt eine 6-monatige ambulante Nachbehandlung in der es um Trauer und Neuorientierung geht. Nach zwei Jahren nach Abschluß der Behandlung ist die Patientin weiterhin beschwerdefrei. Sie lebt in einer befriedigenden Beziehung mit einer fünf Jahre älteren Frau.

Bei mehrfach traumatisierten Patientinnen sind die Verläufe schwieriger, dauern länger, doch arbeiten wir auch hier nach den gleichen Prinzipien der Stabilisierung, Traumasyntese und Trauerphase.

Die Behandlung von Vergewaltigungsopfern ist eine Herausforderung für die Betroffenen und deren Therapeutinnen/Therapeuten. Wichtig erscheint mir, die Retraumatisierung so gering wie möglich zu halten. Diesem Grundsatz sollte sich jede Therapie, welcher Schule auch immer, verpflichtet fühlen und ihre Strategien daraufhin überprüfen. Stabilisierende Maßnahmen, die die Betroffene in die Lage versetzen, sich selbst Trost zu geben, sind besonders wichtig und mildern in aller Regel bereits die PTSD-Symptomatik. Die Aufarbeitung der Traumata sollte nach dem Grundsatz „the slower, the faster“ geschehen.

Eine Vergewaltigung als Teil der eigenen Geschichte zu akzeptieren und zu integrieren, ihr womöglich einen „Sinn“ (Wirtz u. Zöbeli 1995) zu verleihen, braucht Zeit.

Literatur

- Ehlert-Balzer M :Das Trauma als Objektbeziehung. Forum Psychoanal 12; 1996: 291-314.
- Hofmann A. EMDR - Eine neue Methode zur Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen. Psychotherapeut 41; 1996: 368 - 372.
- Horowitz MJ. Stress-response syndromes: A review of posttraumatic stress and adjustment disorders. In: International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. New York, Wilson JP, Raphael B (Hrsg); 1993, London, Plenum: 49-60.
- Kretschmann U. Das Vergewaltigungstrauma - Krisenintervention und Therapie mit vergewaltigten Frauen. Münster, Verlag Westfälisches Dampfboot; 1993.
- Kübler-Ross E. Interviews mit Sterbenden. Stuttgart, Kreuz; 1969.
- Reddemann L, Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart Klett-Cotta 2002, 6.Aufl.
- Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing. New York, Guilford. Deutsch: Paderborn, Jungfermann; 1995, 1997.
- Wirtz U, Zöbeli J. Hunger nach Sinn. Menschen in Grenzsituationen - Grenzen der Psychotherapie. Zürich, Kreuz; 1995.

Dr. med. Luise Reddemann
Ltd. Ärztin der Klinik für Psychotherapeutische
und Psychosomatische Medizin
Ev. Johanneskrankenhaus
Graf-von-Galen-Str. 58
33619 Bielefeld
Tel.: 0521/801-1531
Fax: 0521/801-1530

Dieser Artikel erschien in der Zeitschrift "Psychotherapie" Nov. 1998