

Brigitte Leeners¹
 Herta Richter-Appelt²
 Kornelia Schönfeld³
 Peruka Neumaier-Wager¹
 Giesela Görres⁴
 Werner Rath¹

Schwangerschaft und Mutterschaft nach sexuellen Missbrauchserfahrungen im Kindesalter

Auswirkungen und Ansätze zu einer verbesserten Betreuung bei Schwangerschaft, Geburt, Still- und früher Neugeborenenzeit

Zusammenfassung

Mit einer Prävalenz von 20 bis 30 Prozent hat jede dritte bis fünfte Frau sexuelle Missbrauchserfahrungen im Kindesalter (SMEK) machen müssen. SMEK können unter anderem zu einer körperlichen und psychischen Verschlechterung von Schwangerschaft und Geburt führen. Ein komplexes System protektiver und aggravierender Faktoren macht es unmöglich, die Auswirkungen im individuellen Fall vorherzusagen. Negative geburtshilfliche Auswirkungen können durch eine Aufarbeitung der SMEK möglichst bereits vor einer Schwangerschaft vermieden oder zumindest reduziert werden. Daher sollte durch die Frage nach SMEK in der geburtshilflichen Anamnese die Bereitschaft signalisiert werden, diese Erfahrungen in die Schwangerenbetreuung zu integrieren. Eine besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der Vermeidung von Retraumatisie-

rungen durch ärztliches Handeln zu. Auf der Basis aktueller Erkenntnisse der Psychotraumatologie wurden effektive Therapie- und Begleitungskonzepte entwickelt, die auch im geburtshilflichen Kontext von Ärzten und Hebammen angeboten werden können.

Schlüsselwörter: sexueller Missbrauch, Schwangerschaft, Kindesmisshandlung, Geburtshilfe, Mutterschaft, posttraumatische Belastungsstörung

Summary

Pregnancy and Motherhood after Sexual Abuse during Childhood

20 to 30 per cent of women – which is every third to fifth women – have been sexually abused during their childhood. Beside many other effects childhood sexual abuse can lead to

somatic and psychosomatic problems during pregnancy and during labour. A complex system of protective and aggravating factors hampers the prediction of sequels in any individual case. Obstetrical problems can be avoided or at least reduced when sexual abuse has been dealt with before pregnancy if possible. Obstetricians and midwives should ask for sexual abuse when taking the obstetric history in order to signal their openness to integrate this subject into prenatal and postnatal care. In these situations avoiding a retraumatisation is of particular importance. Based on actual results of psychotraumatology concepts for effective treatment and support were developed, which can also be offered to affected pregnant women.

Key words: childhood sexual abuse, pregnancy, obstetrics, motherhood, posttraumatic burden, posttraumatic stress disorder

Mit Bemühungen um einen verbesserten Kinderschutz und dem Einfluss der Frauenbewegung sind sexuelle Missbrauchserfahrungen im Kindesalter (SMEK) in den letzten Jahrzehnten in das öffentliche Interesse gerückt (35). Da die Erkenntnisse zu Auswirkungen auf Schwangerschaft, Entbindung, Still- und Neugeborenenzeit meist auf Einzelfallberichten und klinischer Erfahrung insbesondere von Hebammen beruhen und bei den betreuenden Ärzten im Allgemeinen unzureichend sind (42), erhalten betroffene Frauen häufig nicht die auf ihre Situation abgestimmte prä-, peri- und postnatale Betreuung (6, 15). Um Informationen zu quantitativen Aussagen und zur Verbesserung der individuellen und strukturellen Betreuungssituation zu gewinnen, wurde in Kooperation mit dem Frauennotruf Aachen und der Abteilung für Se-

xualwissenschaft der Universität Hamburg Eppendorf ein Forschungsprojekt zum Thema „Auswirkungen sexueller Missbrauchserfahrungen in der Kindheit auf Schwangerschaft, Entbindung, Still- und Neugeborenenzeit“ begonnen. Wird SMEK als (ungewollte) sexuelle Berührung bis zu Geschlechtsverkehr zwischen einem Jugendlichen unter 18 Jahren und einem mindestens 5 Jahre älteren Erwachsenen definiert, liegt die Prävalenz zwischen 20 und 30 Prozent (24, 58). Dazu kommen sexuelle Aktivitäten ohne Körperkontakte wie zum Beispiel das erzwungene Betrachten pornographischer

Filme, Entkleiden oder Masturbieren (58). Da SMEK selten zur Zeit des Geschehens mitgeteilt, insgesamt nur in 20 bis 50 Prozent der Fälle gemeldet wird (2, 66) und bei retrospektiven Erhebungen 18 bis 62 Prozent der Frauen keine bewussten Erinnerungen haben (41, 43), ist die Dunkelziffer hoch (66). Ärzte werden je nach Grund für den Arztbesuch und Fachrichtung in 2 bis 28 Prozent der Fälle über SMEK informiert (39, 70). Werden Missbrauchserfahrungen einer „Vertrauensperson“ mitgeteilt, so werden diese nur zu 27 Prozent ernst genommen (50). Häufig tritt sexueller Missbrauch nicht isoliert, sondern in Kombination mit körperlicher und seelischer Gewalt auf (51, 58, 59). Mehr als 90 Prozent der Täter sind männlich, 70 bis 90 Prozent kommen aus dem engeren Umfeld des Kindes, 33 bis 68 Prozent sind Familienmitglieder (14, 16, 17).

¹ Universitätsfrauenklinik (Direktor: Prof. Dr. med. Werner Rath) der RWTH Aachen

² Sexualwissenschaftliche Ambulanz, Abteilung für Psychiatrie (Direktor: Prof. Dr. med. Dieter Naber), Universität Hamburg Eppendorf

³ Arbeitskreis Frauengesundheit, Bremen

⁴ Frauennotruf, Aachen

Textkasten 1

Negative Einflussfaktoren bei Langzeitfolgen nach SMEK

- Höhere Dauer und Frequenz (7, 25, 34, 59, 60)
- Mehrere Täter (7, 21, 25, 70)
- Penetration oder Geschlechtsverkehr (7, 25, 70)
- Kombination mit körperlicher Gewalt (6, 7, 25, 34, 58, 59, 60)
- Geringeres Alter des Opfers (7, 25, 34, 59, 60)
- Größere Altersdifferenz zum Täter (7)
- Rituellem sexueller Missbrauch z. B. in Sekten (7)
- Das Gefühl des Opfers, für den Missbrauch verantwortlich zu sein (7)
- Das Gefühl des Opfers, machtlos, betrogen und/oder stigmatisiert zu sein (7)
- Negative Reaktionen von wichtigen Bezugspersonen auf Mitteilung der Missbrauchereignisse (34, 74)

Obwohl es kein definiertes „Post-sexual-abuse-syndrom“ gibt (4), können weitreichende Folgen auf die psychische und körperliche Gesundheit auftreten (25, 51, 59, 60, 77). Bei 74 bis 96 Prozent der Frauen liegen nach SMEK körperliche und/oder psychische Symptome vor (78). Das posttraumatische Belastungssyndrom (PTBS) umfasst unter anderem eine Angststörung mit Panikattacken, einen Rückzug auf die eigene Person, Amnesien bezüglich des/der traumatischen Ereignisse(s), Schlafstörungen mit Alpträumen sowie Konzentrationsstörungen. Folgeerscheinungen von SMEK sind individuelle Reaktionen, wobei sich die in *Textkasten 1* dargestellten Faktoren ungünstig auf Langzeitfolgen auswirken (7). Langzeitfolgen resultieren aus einer Kombination von körperlicher und psychischer Misshandlung (25, 51, 58). Bis heute ist unklar, warum einige Frauen kurz- und langfristige Folgeerscheinungen entwickeln und andere nicht (13, 58, 59, 60). Eine mögliche Coping-Strategie ist eine Amnesie bezüglich der Gewalterfahrungen, sodass sich 18 bis 62 Prozent der Frauen zumindest zeitweilig ihrer SMEK nicht bewusst sind (41, 43). Unterhalb der Bewusstseinssebene besteht ein Trauma-Memory. Da sich Langzeitfolgen zwischen Frauen mit und ohne Amnesie nicht unterscheiden (80), dürfen selbst lange Phasen kompletter oder partieller Amnesien nicht als Hinweis darauf, dass kein Missbrauch stattgefunden hat, ge-

wertet werden (43, 81). Über die Methode „Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)“, eine Behandlung auf der Basis neurophysiologischer Prozesse, ist eine Aufarbeitung der Gewalterfahrungen auch noch nach Jahrzehnten möglich.

Erinnerungen/Flashbacks

Flashbacks unterscheiden sich gemäß der Definitionen im Rahmen der Psychotraumatologie von Erinnerungen, dadurch, dass sie keiner bewussten Kontrolle unterliegen und kaum beziehungsweise gar nicht von der Realität zu trennen sind. Flashbacks treten aus folgenden Gründen häufiger in der Schwangerschaft beziehungsweise während oder nach einer Geburt auf als in anderen Lebensphasen:

- Da bei sexuellen Gewalterfahrungen und bei einer Geburt meist dieselben Körperbereiche beteiligt sind, wird das Körpergedächtnis in der Schwangerschaft und während der Geburt stimuliert (15, 55, 57, 64).

- Eine Schwangerschaft löst weitreichende Veränderungen des Lebensstils und eine Auseinandersetzung mit der zukünftigen Rolle als Eltern aus (26, 28). Damit werden Erinnerungen an die eigene Kindheit lebendiger.

- Sexueller Missbrauch und Schwangerschaft/Entbindung berühren Gefühle wie Selbstbewusstsein, Vertrauen zu anderen Menschen und das Thema Sexualität (55).

- In der Schwangerschaft müssen Frauen körperliche Veränderungen wie zum Beispiel die Zunahme des Bauch- und Brustumfangs zulassen, die sie nicht kontrollieren können.

Flashbacks können auch bei weiteren Schwangerschaften und Entbindungen erstmals auftreten (44, 64). Es gibt keine Möglichkeit vorherzusagen ob, wann und wie sie in Erscheinung treten, durch was sie im Einzelfall ausgelöst und welche Auswirkungen sie auf die aktuelle Situation haben werden (15, 44, 55). Flashbacks können Missbrauchssituationen wiedergeben. Meist erscheinen sie jedoch als Erinnerungsfragmente von Gefühlen wie Panik, Kontrollverlust, von Bildern oder von Verhaltensmustern, das heißt, sie können sehr abstrakt sein (55,

57, 64). Häufige Auslöser für Flashbacks, so genannte „Triggerreize“ (*Textkasten 2*). Diese Triggerreize können dazu führen, dass sich Frauen mit SMEK wie in der ursprünglichen Missbrauchssituation fühlen und entsprechend verhalten; sie werden dann von Geburtshelfern häufig als „schwierig“ oder auch als „anbiedernd“ wahrgenommen, der besondere Hintergrund wird aber nicht bemerkt. Wie in früheren Gewaltsituationen wird die betroffene Frau nicht ernst genommen und daher sind Retraumatisierungen möglich. Da auch sexuelle Kontakte Erinnerungen/Flashbacks auslösen können, ist für Frauen mit SMEK eine erfüllte Sexualität und damit auch die Realisierung eines Kinderwunsches problematischer als für Frauen ohne derartige Erfahrungen (45). In der Schwangerschaftsvorsorge können bewusste und unbewusste Triggerreize dazu führen, dass Vorsorgetermine ausgelassen und Untersuchungen abgelehnt werden und dass an Geburtsvorbereitungskursen nicht teilgenommen wird, um belastende Situationen zu vermeiden (26, 32, 69). Beispielsweise kann eine liegende Position in Gegenwart Fremder als extrem beängstigend erlebt werden (11, 40).

Dissoziation

Flashbacks können auch in der Schwangerschaft, sub partu sowie in der Still- und Neugeborenenzeit eine Dissoziation auslösen (38, 64, 74). „Die dissoziativen Störungen sind gekennzeichnet durch einen mehr oder weniger deutlichen Verlust der psychischen Integration des Erlebens und Handelns: Zumeist handelt es sich um eine kurzzeitige Unterbrechung der eigenen Bewusstheit, des Gedächtnisses, des Identitätserlebens oder der Wahrnehmung der Umwelt.“ (22). Dies kann sich sowohl auf einzelne Körperregionen wie auch auf die gesamte Situation beziehen, die dann als „Beobachterin“ wie von außen wahrgenommen wird (32, 57).

Durch Ausblenden von Körperempfindungen können klinische Zeichen einer Schwangerschaft und erste Anzeichen geburtshilflicher Komplikationen wie vorzeitige Wehentätigkeit, Infektionszeichen oder reduzierte Kindsbewegungen unter Umständen nicht wahrge-

nommen und so eine optimale Vorsorge verhindert werden (10, 75). Während der Entbindung wird eine Dissoziation von einigen Frauen als erschwerend in Bezug auf die aktive Teilnahme am Geburtsvorgang und die Einstellung auf die postpartale Situation beschrieben (14, 79). Bei anderen hilft sie, besser mit Schmerzen zurecht zu kommen (55). Manche Frauen entscheiden sich graduell und situationsabhängig bewusst für eine Dissoziation, bei anderen unterliegt sie keiner bewussten Kontrolle. Dissoziation kann dazu führen, dass der Kontakt zu Hebamme/Arzt abgebrochen wird, mit unter Umständen weitreichenden Folgen für Schwangerschaft und Geburt.

Schwangerschaft

SMEK erhöht das Risiko, bereits als Jugendliche schwanger zu werden (23, 36, 56, 63, 72). So hatten in einer Untersuchung von Kellogg 53 Prozent der jugendlichen Schwangeren oder Mütter mindestens eine ungewollte sexuelle Erfahrung in ihrer Vorgeschichte (37). Erhöhtes Risikoverhalten (73) und die Vorstellung, durch eine Schwangerschaft einen Ausweg aus der bisherigen Lebenssituation zu finden, stellen Mitursachen für frühe Schwangerschaften dar. Ergebnisse mehrerer Untersuchungen deuten auf eine höhere Rate an Schwangerschaftsabbrüchen/ungewollten Schwangerschaften bei Frauen mit SMEK hin (36, 75, 76). Dies wird unter anderem darauf zurückgeführt, dass diese Frauen häufiger Verhaltensweisen aufzeigen, die sie selbst zu Opfern machen. Die Daten zur Häufigkeit von Fehlgeburten sind widersprüchlich (35, 36, 47, 54, 76). Auswirkungen von SMEK auf eine Schwangerschaft sind ebenfalls individuell (55). Viele der in *Textkasten 3* dargestellten Besonderheiten können grundsätzlich auch bei Frauen ohne SMEK vorliegen, zeigen aber bei betroffenen Frauen eine stärkere Ausprägung (57). Durch die zusätzliche Belastung der Schwangerschaft kann eine latente Essstörung manifest werden (36). Da dysfunktionelle Familienstrukturen zu den Langzeitfolgen von SMEK zählen, ist die soziale Unterstützung meist unzureichend, besteht häufiger eine Alkoholabhängigkeit des Partners, und es kommt häufiger zu kör-

Textkasten 2

Triggerreize für Erinnerungen an die SMEK (15, 19, 36, 38, 80)

Untersuchungen

- Vaginale und rektale Untersuchungen
- Vaginaler Ultraschall
- Gel zur Sonographie (Ähnlichkeit mit Sperma)
- Tastuntersuchungen im Brust- und Abdominalbereich

Schwangerschaft /Entbindung

- Körperliche Veränderungen während der Schwangerschaft
- Angstgefühle vor unvorhersehbaren Situationen/Belastungsgrenzen
- Wehentätigkeit als Kontrollverlust/Wehenschmerzen
- Einlauf
- Verbale Äußerungen (zum Beispiel „Es ist doch gleich vorbei“. „Ich mach doch gar nichts Schlimmes“)
- Schamgefühle (durch Nacktheit, lautes Atmen, eigene Hilflosigkeit)
- Atemschwierigkeiten (besonders bei Patientinnen nach oralem Missbrauch)
- Lagerung in Steinschnittposition
- Geburtspositionen, die nicht frei gewählt werden können
- Festhalten in Beinhaltern, beim Kristellern etc.
- Druck auf das Perineum während der Entbindung
- Nahtversorgung (Schmerzen, Ausgeliefertsein)

Neugeborenenzeit/Stillzeit

- Hautkontakt zum Baby
- Milchfluss/Körpergefühl, welches durch Milch auf der Brust oder an den Händen hervorgerufen wird
- Genitalhygiene des Kindes
- Wochenfluss
- Nahtversorgung
- Beschwerden mit Hämorrhoiden (besonders nach analem Missbrauch)
- Nächtliche plötzliche Störungen
- Verlust der Selbstständigkeit

perlichen/sexuellen Übergriffen in der Schwangerschaft (36). SMEK kann in der Schwangerschaft ausgeprägte Ängste bezüglich der Verletzlichkeit des ungeborenen Kindes auslösen. Für manche kommt die Angst, das Kind selbst zu missbrauchen beziehungsweise einen Missbrauch durch andere nicht verhindern zu können, hinzu (20). Diese Ängste können so massiv sein, dass sie zu einer Entscheidung gegen eigene Kinder führen (53, 54). Es können Schamgefühle

über die durch die Schwangerschaft offenbar gewordene eigene Sexualität auftreten (80), Gefühle der Unattraktivität sind häufig besonders ausgeprägt.

Entbindung

Die Mehrzahl bisheriger Untersuchungen fand keine Zusammenhänge zwischen SMEK und der Häufigkeit von Geburtseinleitungen, vaginal-operativen Entbindungen, Sectiones sowie dem Verbrauch von Schmerzmitteln (5, 6, 28, 36), wobei für Frauen nach SMEK auch erhöhte Sectioraten mitgeteilt wurden (31, 43). Die zum Teil kontroversen Angaben zu den Auswirkungen von SMEK auf die Dauer einer Entbindung beruhen vor allem auf methodischen Unterschieden in den Untersuchungen, zum Beispiel subjektiven Einschätzungen versus objektivierte Daten aus den Krankenakten (6, 11, 14, 19, 36, 55, 75). Einerseits kann während der Geburt Schmerz über Dissoziation komplett ausgeblendet werden mit der Folge einer kurzen Geburtsdauer bis hin zur Sturzgeburt (19). Andererseits kann von betroffenen Frauen der Schmerz auf einer tolerablen Ebene gehalten werden mit der Vorstellung bei Unterschreiten dieser subjektiven Grenze nicht außer Kontrolle zu geraten und der Folge eines selbst provozierten „Geburtsstillstandes“ (69). Diesen subjektiven Erfahrungen steht die Tatsache gegenüber, dass es bei Frauen mit SMEK nicht häufiger zum Geburtsstillstand kommt (5). Insbesondere nach oralem Missbrauch treten gehäuft Atemprobleme während der Geburt auf (19, 80).

Während einige Frauen nach SMEK Angst vor einer Medikation haben, da sie befürchten, dies könnte Flashbacks oder Dissoziationen auslösen, wünschen andere unbedingt den Einsatz von Schmerzmitteln (32, 64). Frauen mit SMEK können eine extrem niedrige oder eine extrem hohe Schmerztoleranz aufweisen (57). Im Vergleich zu Kontrollprobandinnen wird die Geburt im Allgemeinen als schmerzhafter empfunden (11, 26). Der erlittene Vertrauensbruch führt häufig zu einem mangelnden Vertrauen gegenüber Ärzten und Hebammen (64, 69) oder in die eigene Fähigkeit ein Kind zu gebären (10, 57). Daher ist das Angebot, die Geburt mitgestalten zu

Textkasten 3

Unterschiede von Frauen mit SMEK gegenüber Frauen ohne SMEK während der Schwangerschaft:

- Größeres Risikoverhalten in der Schwangerschaft:
 - Nikotinabusus (27, 28, 29)
 - Drogenabusus (35, 66, 72 ein gegenteiliges Ergebnis [28])
 - Alkoholabusus (1, 27, 46, 65, 76)
- Häufigere Arztbesuche außerhalb der vereinbarten Vorsorgeuntersuchungen (28)
- Häufigere Ultraschallkontrollen insbesondere bei ersten Schwangerschaften (36)
- Erhöhte/reduzierte Aufmerksamkeit gegenüber körperlichen Symptomen (32, 57)
- Häufigeres Unwohlsein und sonstige körperlichen Beschwerden (21, 28)
- Erhöhte Gewichtszunahme (36)
- Vermehrt sexuelle übertragbare Erkrankungen, Harnwegsinfekte und Vaginitis (65, 66)
- Häufigere Krankenhausaufenthalte (65, 66)
- Höherer Grad an Stress (17, 36) und Angst (29)
- Höhere Rate an Depressivität/suizidalen Gedanken (6, 20, 35, 72)
- Höherer Grad körperlichen und verbalen Missbrauchs (6, 47)

können, besonders wichtig (11, 26, 32, 36, 40, 55, 69). Bei der Entbindung, die emotional wesentlich stärker belastend ist als bei Frauen ohne SMEK (10, 11, 26, 40), kann es zum Beispiel durch das Gefühl zu Versagen, Panik, Angst und eingeschränktes Selbstvertrauen zu Verhaltensmustern, wie „kämpfen“, „Kontrolle übernehmen“, „sich ausliefern“ oder „sich zurückziehen“ kommen, wobei diese Verhaltensmuster im Verlauf der Geburt wechseln können (27, 57, 64). Andere Untersuchungen ergaben keinen Hinweis auf besondere subpartale Verhaltensmuster (55).

Perinatale Daten

Bisher gibt es nur wenige Forschungsansätze zur Beurteilung der Auswirkung von SMEK auf perinatale Daten (19, 34). Gegenüber einer Kontrollgruppe konnten keine Unterschiede des arteriellen pH-Wertes und des Geburtsgewichts gezeigt werden (6, 27, 28, 29, 65, 66). In Bezug auf ein erhöhtes Risiko für Frühgeburtlichkeit sind die Ergebnisse widersprüchlich (6, 34, 36, 71). Bei Frauen, de-

ren Kinder neonatal verstarben, wurden sexuelle Gewalterfahrungen in der Vorgeschichte doppelt so häufig wie in der Vergleichsgruppe angegeben (48).

Wochenbett und Stillzeit

Auch wenn die Brust keine besondere Bedeutung in der Missbrauchssituation hatte, ist das Stillen für Frauen nach SMEK häufiger mit Problemen verbunden (11, 14, 26, 32). Dissoziation kann auch während der Stillzeit auftreten (32, 38). Von Bedeutung ist auch das Geschlecht des Kindes: Mädchen lösen oft die Angst aus, das Kind nicht ausreichend vor negativen Erfahrungen schützen zu können, wohingegen Jungen Gedanken an den Täter wachrufen (32, 55). Die Genitalhygiene kann für sexuell missbrauchte Mütter von Jungen schwierig oder sogar unmöglich sein (61). Bei Frauen mit SMEK besteht ein erhöhtes Risiko für postpartale Depressionen (2, 11, 32, 50). In einer Untersuchung von Buist (8) wiesen von 56 Frauen mit postpartaler Depression 16 (29 Prozent) SMEK in der Anamnese auf.

Mutterschaft

Trotz vereinzelter gegenteiliger Ergebnisse (36) ist die Mutterschaft für Frauen mit SMEK mit besonderen Schwierigkeiten belastet (8, 12, 14, 16). Betroffene Mütter befürchten oft, dass ihr Verhalten als Mutter unpassend ist oder von anderen so angesehen wird (13, 14, 17, 40, 64). Da Frauen mit SMEK häufig in der eigenen Mutter kein Vorbild hatten, von dem sie positive mütterliche Verhaltensweisen übernehmen konnten, fehlen Verhaltensmuster für verschiedene Erziehungssituationen, was dann wiederum Stress, Angst, Hilflosigkeit und Wut auslösen kann (11, 16, 17, 26). Häufig haben diese Frauen überhöhte und damit unerreichbare Idealvorstellungen von ihrer Mutterschaft (13), die zu einer Überforderung führen. Obwohl Mütter missbrauchter Mädchen signifikant häufiger über eigene Missbrauchserfahrungen berichten (17, 49, 52), konnten empirische Untersuchungen (12, 40) die klinische Beobachtung nicht bestätigen, dass es über mehrere Generationen immer wie-

der zu SMEK kommt (9, 12). Jedoch stehen eigene Missbrauchserfahrungen in engem Zusammenhang mit der Wahrscheinlichkeit eigene Kinder körperlich zu misshandeln (3, 12, 16). Das Risiko für einen körperlichen Missbrauch ist geringer, wenn der werdenden Mutter bei ihren eigenen Gewalterfahrungen wenigstens eine erwachsene, nichtmissbrauchende Vertrauensperson zur Seite stand, die Erfahrungen in einer Therapie aufgearbeitet wurden und aktuell eine stabile und erfüllende Partnerschaft besteht (18, 83).

Therapeutische Möglichkeiten

Ärzte und Hebammen sollten Hinweise auf SMEK und deren Bedeutung für die betroffene Frau ernst nehmen: 97 Prozent der Frauen mit SMEK berichten über mindestens eine der folgenden Reaktionen, wenn sie versuchen, mit einem Arzt über ihre Erfahrungen zu sprechen: keine Reaktion /Stille (29 Prozent), Schock ohne weitere Reaktion (13 Prozent), Zweifel am Wahrheitsgehalt des Missbrauchs (10 Prozent), oder die Betonung, dass der Missbrauch nichts mit der aktuellen medizinischen Betreuung zu tun habe (47 Prozent) (50). Solche Antworten können zu einer Retraumatisierung führen, insbesondere da sie von einer Autoritätsperson in einem helfenden Beruf gegeben werden, von der Verständnis oder wenigstens Einfühlungsvermögen erwartet wird (15). Die Anamneserhebung zu Beginn der Schwangerschaft sollte immer auch die Frage nach sexuellen Gewalterfahrungen einschließen (10, 15, 26, 32, 66) und in Abwesenheit weiterer Personen erfolgen (46). Da nur selten spontan (7 Prozent versus 70 Prozent auf Nachfrage in einem Risikokollektiv) über diese Problematik berichtet wird, muss sie vom Arzt aktiv angesprochen werden (67, 77, 82). Es muss der betroffenen Frau überlassen werden, ob sie dieses Gesprächsangebot annimmt oder nicht. Die weitere Exploration der Missbrauchssituation gehört in die Hände psychotherapeutisch geschulter Ärzte (2, 58), da das Risiko einer Retraumatisierung durch Unerfahrenheit und mangelnde Ausbildung besonders hoch ist. Ein unachtsamer Umgang mit individuellen Belastungsgrenzen ist unbedingt zu vermei-

den (62). Nur mit einer klaren Definition der berufsspezifischen Kernkompetenz kann hier zwischen den Aufgaben eines Frauenarztes und eines Therapeuten differenziert werden. Entscheidend für die betroffene Frau ist das Signal, dass ihre individuelle Problematik in die Schwangerschaftsbetreuung, Geburtsvorbereitung und Geburt integriert und respektiert wird. Erfahrungsgemäß reagieren Frauen auf das Ansprechen von sexuellem Missbrauch eher erleichtert als verängstigt, gerade wenn sie Erfahrungen mit dem Zwang zur Geheimhaltung und der eigenen Unglaubwürdigkeit machen mussten (80): 90 Prozent aller Frauen mit Gewalterfahrungen werden nie danach gefragt, 3 Prozent reagieren ängstlich auf eine Frage nach sexueller Gewalt (68). Informationen sollten immer streng vertraulich behandelt und zum Beispiel nicht im Mutterpass dokumentiert werden (80).

Es empfiehlt sich, sexuelle Gewalterfahrungen vor Beginn einer Schwangerschaft aufzuarbeiten. Grundsätzlich sollte in Krisensituationen zum Beispiel während der Schwangerschaft keine aufdeckende Therapie erfolgen, um eine tiefe Auseinandersetzung mit belastenden Gefühlen/Situationen zu vermeiden (11). Andererseits können Gedanken an die SMEK in der Schwangerschaft so intensiv und belastend werden, dass sich eine Aufarbeitung der Probleme nicht aufschieben lässt (32). Darüber hinaus eröffnet eine Schwangerschaft und die Geburt aber auch Möglichkeiten, den „missbrauchten“ Körper jetzt positiv zu erleben und damit die eigene Fähigkeit, ein Kind aus eigener Kraft auszutragen und zu gebären (32, 40, 57). Durch konkrete Absprachen und durch das Mitgestaltungsrecht an der Geburt werden Hilfestellungen geschaffen, das Auslösen und Intensivieren vergangener Gefühle und Körperreaktionen zu vermeiden (11, 26, 30, 55). Dabei ist es wichtig, dass die Schwangere die Kontrolle über ihre Situation behält (32, 44, 55). Die Wahl einer Geburtshelferin kann in diesem Zusammenhang zusätzlich zur Reduktion von Angst beitragen (26, 69). *Textkasten 4* zeigt eine Zusammenstellung der Maßnahmen, die vor und während der Geburt eine Verbesserung der Betreuung ermöglichen. Treten trotz optimaler Betreuung während der Geburt plötzlich Flashbacks auf, so muss die Schwangere

darin unterstützt werden, den Bezug zur Realität zu halten beziehungsweise wiederherzustellen (10, 15, 26, 57, 64). Dies geschieht durch klar strukturierte Hinweise auf die aktuelle Situation unter Einbeziehung der gesamten sinnlichen Wahrnehmung (zum Beispiel: Sie sind jetzt im Kreissaal. Sie bekommen jetzt ihr Baby. Sie sehen ihren Partner/ihre Freundin neben sich. Sie fühlen wie er/sie ihre Hand hält et cetera). Trotz aller Bemühungen ist eine Retraumatisierung im Rahmen einer geburtshilflichen Not-situation nicht in allen Fällen zu vermeiden.

Während der Stillzeit kann über eine Betonung der biologischen Funktion der Brüste ihre Bedeutung als Sexualorgan relativiert und damit das Risiko, dass beim Stillen Flashbacks auftreten, vermindert werden (38). Ängste in Bezug auf die künftige Rolle als Mutter sollten benannt werden (80). Ein Austausch mit nicht missbrauchten Frauen und sich daraus ergebende Informationen helfen den Betroffenen, Stress abzubauen, indem sie ihre Mutterideale korrigieren und Modelle für das „normale“ Spektrum von Intimität zwischen Eltern und Kindern entwickeln (17). Ärzte und Therapeuten sollten ihren Kontakt nutzen, die betroffene Frau in ihrer Funktion als Mutter zu unterstützen (12).

Frauen mit SMEK gelten häufig als besonders ängstlich, misstrauisch, kontrolliert und in sich gekehrt (57); sie wollen oder können unter anderem aufgrund ihrer Erfahrungen angebotene Hilfestellungen nicht immer und sofort annehmen. Ihr Verhalten wird vom medizinischen Personal oft fehlinterpretiert und kann dort Wut, Enttäuschung und Hilflosigkeit auslösen. Daher erfordert der Umgang mit Frauen nach SMEK auf Seiten der Ärzte und Hebammen die Fähigkeit, Berührungspunkte mit eigenen psychischen Belastungen zu erkennen und mit diesen adäquat umzugehen (62). Für die Arbeit ist daher eine Supervision zwingend erforderlich.

Das Problem sexueller Missbrauch wird auch heute noch stark tabuisiert. Gewalterfahrungen zu ignorieren und nicht danach zu fragen, bedeutet eine erneute Tabuisierung von Gewalt und eine oft unbewusste Retraumatisierung der Betroffenen. Gerade Ärzten und Hebammen eröffnet sich über Einfühlungs-

Textkasten 4

Möglichkeiten zur Verbesserung der geburtshilflichen Betreuung

- Ausführliche Informationen und Vorbereitung auf die körperlichen Aspekte von Schwangerschaft und Geburt (15, 32)
- Informationen über verschiedene „normale“ Reaktionen bei Frauen mit SMEK in Situationen, die für Frauen ohne solche Erfahrungen völlig unproblematisch sind (zum Beispiel Angst – mit körperlichen Reaktionen wie Schwindelgefühlen, Herzrasen etc. – bei einer liegenden Position vor Fremden usw.)
- Vermittlung von Entspannungsverfahren (14, 36)
- Einfühlsames Angebot, eventuelle körperliche Beeinträchtigungen/Narben aus Missbrauchssituationen anzusehen (15)
- Reduktion vaginaler Untersuchungen (57)
- Integration der Kreißenden in medizinische und nichtmedizinische Entscheidungen, Bedürfnisse erfragen (57, 80)
- Untersuchungen nur nach ausdrücklicher Erlaubnis, sorgfältiger Aufklärung und Überprüfung der aktuellen Befindlichkeit (z. B. Ausschluss einer Dissoziation) (32, 44, 57, 80)
- Möglichst private Atmosphäre (57)
- Klärung der Schamgrenzen, völlige Nacktheit vermeiden (80)
- Anwesenheit einer Vertrauensperson (80)
- Vermeidung markanter Bemerkungen, die eine Umdeutung beinhalten könnten (80)

vermögen und Vertrauensbildung die Möglichkeit, diesen Frauen in Schwangerschaft und Wochenbett zukunftsweisende Hilfe anzubieten, eine fachkompetente Betreuung zu ermöglichen und ihnen durch das positive Erleben von Schwangerschaft und Geburt verbunden mit einer realistischeren und durch Vertrauen in sie selbst geprägten Rolle als Mutter die Chance zu geben, ihre traumatischen Erlebnisse zu überwinden.

Manuskript eingereicht: 29. 8. 2002, revidierte Fassung angenommen: 9. 12. 2002

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2003; 100: A 715–719 [Heft 11]

Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das beim Verfasser erhältlich oder im Internet unter www.aerzteblatt.de/lit/1103 abrufbar ist.

Anschrift für die Verfasser:
Dr. med. Brigitte Leeners
Universitätsfrauenklinik Aachen
Pauwelsstraße 30, 52057 Aachen
E-Mail: Brigitte@Dr-Leeners.de