

SEXUALISIERTE GEWALT UND IHRE PSYCHISCHEN FOLGEN

PSYCHOSOCIAL CONSEQUENCES OF SEXUAL ABUSE

David Vyssoki & Alexander Schürmann-Emanuel

Ärztl. Leiter Ambulanz ESRA Tempelgasse 5, 1020 Wien, Austria

SUMMARY

Violence is what the victims experience as violence. Only they are able to measure what oppression, injury, pain or sexual violence can cause. Violence starts where human beings are constrained, humiliated, abjected and injured in their self-determination by other human beings. The experienced violence causes a trauma in most cases and in many cases also a PTSD. As a lot of epidemiological studies have affirmed, the highest lifetime-prevalence of PTSD appears after one respectively after a repeated act of sexual violence. It is important to define the circumstances of the action, by defining three fields of violence: domestic sexual violence, sexual violence in civil everyday life respectively violence, that occurs not inside families and sexual violence in wartime. Victims of all fields of violence can be found in Western Europe, the last mentioned form of violence predominant among refugees, but also among survivors of the last worldwar.

Key words: *constraint - sexual violence – abuse - domestic violence - violence against women and children in wartime – rape - gender-specific therapie*

ZUSAMMENFASSUNG

Gewalt ist das, was ihre Opfer als Gewalt empfinden. Nur sie können ermessen, was Unterdrückung, Verletzung, Schmerz oder sexualisierte Gewalt auslösen und anrichten. Gewalt beginnt dort, wo Menschen von anderen Menschen in ihrer Selbstbestimmung beschränkt, beschnitten, gedemütigt, erniedrigt und verletzt werden. Die erlebte Gewalt hat meist ein Trauma zu Folge und nicht selten entwickelt sich ein PTSD. Wie viele epidemiologische Untersuchungen bestätigt haben, ist die Lebenszeitprävalenz von PTSD nach einem, bzw. einem wiederholten Akt sexualisierter Gewalt am höchsten. Wichtig ist, die Tatumstände festzulegen, wobei drei Felder festzulegen sind: der häuslichen sexualisierten Gewalt, jener im zivilen Alltag, bzw. außerhalb der Familie und jener in Kriegszeit. Opfer aller drei Gewaltformen sind in Westeuropa anzutreffen, aus letzterer vorwiegend unter Flüchtlingen, aber auch unter Überlebenden des letzten Weltkrieges.

Schlüsselwörter: *Nötigung - Sexuelle Gewalt – Missbrauch - Gewalt im Haushalt - Gewalt gegen Frauen und Kinder im Krieg – Vergewaltigung - Generorientierte Therapie*

* * * * *

EINLEITUNG

Gewalt ist das, was ihre Opfer als Gewalt empfinden. Nur sie können ermessen, was Unterdrückung, Verletzung, Schmerz oder sexualisierte Gewalt auslösen und anrichten. Gewalt beginnt dort, wo Menschen von anderen Menschen in ihrer Selbstbestimmung beschränkt, beschnitten, gedemütigt, erniedrigt und verletzt werden. Die erlebte Gewalt hat meist ein Trauma zu Folge und nicht selten entwickelt sich ein PTSD. Wie viele epidemiologische Untersuchungen bestätigt haben, ist die Lebenszeitprävalenz von PTSD nach einem, bzw. einem wiederholten Akt sexualisierter Gewalt am höchsten. Wichtig ist, die Tatumstände festzulegen, wobei ich hier von drei Feldern sprechen werde: der häuslichen sexualisierten Gewalt, jener im zivilen Alltag, bzw. außerhalb der Familie und jener in Kriegszeit. Opfer aller drei Gewaltformen sind in Westeuropa anzutreffen, aus letzterer vorwiegend unter Flüchtlingen, aber auch unter Überlebenden des letzten Weltkrieges.

HÄUSLICHE GEWALT

Im „geschützten“ häuslichen Bereich finden 2/3 aller Gewalttaten gegen Frauen statt. Häusliche Gewalt ist zu 80% Gewalt von Männern gegen Frauen. Trotz klarer Rechtsnormen verzichten vermutlich 75% der Opfer von sexualisierter Gewalt aus vielschichtigen Gründen auf eine Anzeige. Konzentrieren möchte ich mich hier jedoch auf die sexualisierte Gewalt, die sexuelle Ausbeutung von Kindern durch deren Bezugspersonen. Zur sexualisierten Gewalt gegen Erwachsene in der Familie gibt es einige Überschneidungen im nächsten Kapitel „Sexualisierte Gewalt im zivilen Alltag“.

Bei Untersuchungen und Befragungen konnte festgehalten werden, dass in Deutschland die Prävalenzrate für sexuelle Übergriffe vor dem 14. Lebensjahr von 10 bis 14% bei Frauen und knapp 4% bei Männern liegt. Ausgenutzt wird in diesen Fällen das Bindungsverhalten, das Signalverhalten und Annäherungsverhalten des Kindes von seiner Bezugsperson. Das Pflegeverhalten der Bezugspersonen besteht aus Zuwendung und Körperkontakt, wobei die sexuelle Ausbeutung und der sexuelle Missbrauch ein zur Pflege inkompatibles Verhalten sind.

Sexualisierte Ausbeutung meint jede Handlung, die an oder vor einem Kind entweder gegen dessen Willen oder der das Kind aufgrund seiner körperlichen, seelischen, geistigen, sprachlichen Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen kann. (Deegener 2000). Sexuelle Handlung vornehmen bezieht sexuelles Berühren, Küssen und Geschlechtsverkehr mit ein. Zu sexueller Handlung verleiten beschreibt das Anhalten zu Selbstbefriedigung, Prostitution. In sexuelle Handlung einbeziehen besteht aus Exhibitionismus, wie vor Kamera posieren. Nach Finkelhor (1986) sind die Risikofaktoren für Sexuelle Ausbeutung: Kind ist emotional vernachlässigt, sozial isoliert, liebt die Täterperson, erliegt der Verlockung, fühlt sich hilflos und machtlos, begreift nicht, was geschieht und entwickelt sexuelle Neugierde.

Sexueller Missbrauch nützt die Zärtlichkeitsbedürfnisse des Kindes, den Wunsch des Kindes nach einer dynamischen Beziehung und die Bereitschaft des Kindes zu ödipalen Phantasien (erregende Zweierbeziehung unter Ausschluss eines Dritten) aus. Hinzu kommt der Gehorsam des Kindes, seine Bereitschaft zum Glauben an die Aussagen der Eltern und die Angst des Kindes vor der Zerstörung der Familie (Schweigeverbot).

Die Folgen sexueller Ausbeutung und sexuellem Missbrauch auf emotionaler Ebene sind: ein negatives Selbstbild (Scham- und Schuldgefühl), Suizidalität, Depression, Ängste, Unruhe, Dissoziation. Auf sozialer Ebene sind die Folgen: Isolation, Anklammerung, Überangepasstheit, sexualisiertes Verhalten, Weglaufen und Promiskuität. Die psychosomatischen Folgen sind Schlafstörungen, Essstörungen, Konzentrations- und Leistungsstörungen, Ekzeme und Lähmungserscheinungen. Körperliche Folgen sind Verletzungen, Entzündungen, Geschlechtskrankheiten und frühe Schwangerschaften. Andere Facetten der Interpersonalen Traumatisierung in der Kindheit neben der Sexuellen Gewalt sind körperliche Gewalt, emotionale Misshandlung, physische und emotionale Vernachlässigung. Die traumatisierende Wirkung sind traumatische Sexualisierung, das Gefühl von Betrug und Verrat, von Machtlosigkeit, eine Stigmatisierung und eine Parentifizierung.

Die Prädiktoren und Konsequenzen der Bindungsqualität basiert auf jener der Bezugspersonen und ihrer Feinfühligkeit und auf der Kommunikation mit dem Kind, welches wiederum durch dessen Temperament geprägt wird. Darauf basiert die sozial-emotionale Entwicklung des Kindes, bestehend aus seiner Spielqualität, der Emotionsregulation, der Partnerinteraktion, dem Selbstwertgefühl, der Verarbeitung bindungsrelevanter Information und in der Zukunft ebenfalls der Umgang mit dem eigenen Kind.

Folgende frühkindlichen Stresserfahrungen können heute ebenfalls und zusätzlich für Langzeitfolgen als gesichert gelten: emotionale Vernachlässigung, berufliche Anspannung beider Eltern von klein auf, chronische familiäre Disharmonien, wie Gewalt, ein Altersabstand zu Geschwistern von weniger als 18 Monaten, instabile finanzielle Situationen der Familie, sowie die Scheidung oder Trennung der Eltern (Egle 1997).

Der hypothetische Zusammenhang von Bindungsunsicherheit, Morbiditätsrisiko und Krankheitsverhalten ist ein unsicherer Bindungsstil, wie gesteigerte physiologische Stressreaktion, eine beeinträchtigte individuelle Stressregulation und eine fehlende „soziale Modulation“ von Stress. Dies führt in Folge zur Neigung zu externen „Regulatoren“, wie Essen, problematisches Sexualverhalten und Suchtverhalten. Eine direkte Folge ist ebenfalls die ungünstige Nutzung protektiver Faktoren, wie Hilfesuchverhalten, soziale Unterstützung, Compliance und Selbstfürsorge. Das alles führt zu einer herabgesetzten Selbstaufmerksamkeit, einem geringen Versorgungsverhalten und schlussendlich zur erleichterten Erkrankung.

Präventionen müssen erst einmal dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes angepasst werden, fortlaufend sein, die Selbstständigkeit und das Selbstbewusstsein fördern, sowie in einer Sexualerziehung und Liebeserziehung eingebettet sein (Deegener 2000).

Themen einer präventiven Erziehung, mit denen das Kind konfrontiert werden sollte, sind, es darauf hinzuweisen, dass es selbst über seinen Körper bestimmt, seine Gefühle wichtig sind, den Unterschied zwischen angenehmen und unangenehmen Berührungen festzustellen können, sowie zwischen schlechten und guten Geheimnissen, Hilfe suchen und über das Erlebte sprechen können, und ganz wichtig Schuldgefühlen keinen Platz lassen und darauf hinzuweisen, dass das Kind immer das Recht hat: „Nein“ zu sagen (Limita 2006).

Interventionen sollten nie von einer einzigen Person erfolgen, wobei vor allem fachliche Unterstützung immer hinzuzuziehen wäre. Dabei sollte ein Helfernetz aufgebaut werden, welches das Vertrauen des Kindes gewinnt. Bei einer Intervention sollt nicht überstürzt vorgegangen werden, vor allem indem man ruhig bleibt. Oberste Priorität hat in allem Handeln der Kinderschutz.

SEXUALISIERTE GEWALT IM ZIVILEN ALLTAG

Wie schon erwähnt, finden die meisten Gewalttaten gegen Frauen im häuslichen Bereich statt, doch gibt es hier eine große Dunkelziffer. Insgesamt kann zu den Bekannten Gewalttaten gesagt werden, dass der Bekanntheitsgrad der TäterInnen zu den Opfern zu 50% Bekannte, zu 25% Angehörige und zu 25% Fremde sind (Deegener 2000).

Die TäterInnenstrategien außerhalb der Familie sind zuerst einmal an das Opfer zu gelangen, das Opfer für die Tat gefügig zu machen, unentdeckt zu bleiben, nicht zur Verantwortung gezogen zu werden, die Ausbeutung beliebig fortsetzen zu können (Heiliger 2000). TäterInnen sind bei weiblichen Opfern zu 90% und bei männlichen Opfern zu 75% Männer (Deegener 2000). TäterInnenverhalten sind zuerst Leugnen, Umdeuten, Verantwortung und Schuld ablehnen, die negativen Folgen minimieren und die Kritik abwerten (Deegener 2000).

Frauen sind besonders häufig sexualisierter Gewalt ausgesetzt: Weil viele Opfer, vor allem im familiären Bereich aus Scham sexualisierte Übergriffe verschweigen, sind die tatsächlichen Zahlen wohl wesentlich höher, als die offiziellen. Sexualisierte Gewalt stellt ein schweres psychisches Trauma dar: es ist die größtmögliche Missachtung des personalen Selbst und der Selbstbestimmung, sowie ein Angriff auf das Selbstwertsystem (durch Demütigung und Erniedrigung), eine Infragestellung des basalen Gefühls der Sicherheit und Selbstständigkeit und ein totaler Verlust der persönlichen Kontrolle durch Macht- und Hilflosigkeit. 90,7% der Frauen empfinden Todesangst.

Greuel (1993) zeigte auf, wie diametral im Widerspruch die Mythen zu den empirischen Befunden zum Vergewaltigungsdelikt stehen. Um den Täter zu entschuldigen wird die Tat als sexuell motivierte Triebtat und der Täter als psychisch „krank“ beschrieben. Dagegen steht die Erkenntnis, dass sexualisierte Gewalt eine originär nicht-sexuelle, primär aggressiv motivierte Gewalttat, genauso, dass bei 90% der Täter keine psychopathologischen Auffälligkeiten vorhanden sind. Als falschen Vorgang über den Hergang wird oft behauptet, dass sexualisierte Gewalt überfallartig durch einen Fremden begangen werden, sowie junge,

attraktive und/oder aufreizend wirkende Frauen besonders gefährdet sind. Dagegen steht, dass sexualisierte Gewalt überwiegend im sozialen Nahraum geschieht und Frauen unabhängig von äußeren Erscheinungsmerkmalen Opfer sind. Als Infragestellung des Opfers wurde behauptet „echte“ Opfer sich mit allen verfügbaren Mitteln körperlich zu Wehr. In Wirklichkeit setzen sich die meisten Opfer vorwiegend verbal-kommunikativ zu Wehr, aber nicht körperlich. Ein besonders schlimmer Mythos dient der Bagatellisierung der Tat, indem der sexuelle Gewaltakt im Grunde nur eine „besonders aggressive Form des Geschlechtsverkehrs“ darstellt. Tatsache ist, dass die Opfer den Gewaltakt als existenzielle Bedrohung mit akuter Todesangst und als Verletzung ihrer physischen und psychischen Integrität erleben. Abschließend ein Mythos, der gleichzeitig eine Bagatellisierung und eine Infragestellung des Opfers darstellt, dass nämlich „echte“ Opfer massive körperliche Verletzungen aufweisen. Dabei sind überwiegend leichtere, bis mittelgradig physische Schäden vorhanden.

Am Täterbild männlicher Täter ist festzuhalten, dass das Opfer zu 66% den Täter kennt, der Täter zu 82% in der gleichen Gegend wohnt, der Gewaltakt zu 56% in seiner oder ihrer Wohnung erfolgt und der Täter zu 90% ein „normaler“ Mann und kein psychisch Kranker ist. Zu 82% wurde der Gewaltakt geplant und das Hauptmotiv des Täters ist nicht eine sexuelle Befriedigung, sondern Ausübung von Macht über sein Opfer.

Die Folgen sexualisierter Gewalt sind zuerst einmal Körperverletzungen, wie Wunden, Blutergüsse, Frakturen, Würgemale, schwere Prellungen und Hautabschürfungen. Die psychosomatischen Beschwerden (Vergewaltigungssyndrom) sind Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Magen-Darmstörungen und Störungen im Genitalbereich. Weitere Folgen können Schwangerschaft und Geschlechtskrankheiten sein. Als direkte Folge haben die meisten Opfer auch einen Schock. Doch neben dieser psychischen Kurzzeitfolge gibt es fast immer auch längerfristige Auswirkungen. So erkrankten 30 bis 50% der Opfer an einem PTSD. Auch ist bei Opfern sexualisierter Gewalt ein 13-fach höheres Selbstmord Risiko vorhanden.

Eine zentrale Frage ist, wieso Opfer häufig schweigen. Zuerst einmal kann das auf eine Selbstbeschuldigung des Opfers zurückführen, dann kann ihr Schamgefühl, genauso wie ihr Zweifel eine Rolle spielen. Oft hängt dieses Verhalten auch von einer zu wenig spezialisierte Arbeitsweise der Dienststellen (Polizei) ab, von einem schlechten Service für Opfer und einer nicht selten erfolgten Beschuldigung des Opfers durch die Untersuchenden und später dem Täter. Opfer einer sexualisierten Gewalttat können sich ja auch nur an jene Stellen wenden, die zur Verfügung stehen. Sei es nun die Polizei, das Sozialamt oder bestenfalls ein Frauennotruf. Es folgen Untersuchungen eines Amtsarztes, der Gerichtsmedizin und schlussendlich ein Gerichtsverfahren, mit der Konfrontation mit dem Täter. Ohne einer fachgerechten Betreuung und Begleitung des Opfers, steht dieses oft nur schwer diese Prozedur durch.

SEXUALISIERTE GEWALT ALS POLITIK UND STRATEGIE

Sexualisierte Gewalt findet auch von staatlicher Seite statt, denn in mindestens 50 Ländern sind weibliche Gefangene Opfer von Übergriffen seitens von Beamten und Sicherheitskräften, welche Folter und „gynäkologische Zwangsuntersuchungen“ mit einbeziehen. Auch in Bürgerkriegen und Kriegen sind die Frauen extrem gefährdet sexualisierter Gewalt zum Opfer zu fallen. Oft wird die sexualisierte Demütigung von Frauen als Siegesakt der Täter verstanden.

Eine spezielle Form sexualisierter Gewalt findet während kriegerischer Auseinandersetzung statt, wobei nicht selten diese Form der Gewalt zur Strategie der Kriegsparteien gehört. Da Gewalt allgemein in einem Krieg instrumentalisiert wird, ist die „Bemächtigungssexualität“ ein Teil der allgemeinen Gewalt und wird somit auch von den Tätern als solche gerechtfertigt. Neben dem Gruppenzwang, dem Imponiergehabe zählt Gewalt zur Tugend des Krieges, somit in vielen Fällen auch die sexualisierte Gewalt.

Zu den inneren und äußeren Belastungsfaktoren nach Gschwend (1999) gehören im Krieg die Konfrontation mit Tod und Zerstörung, versinnbildlicht durch die Kriegshandlung und die Toten und

Verletzen und durch den Lärm. Primäre innere Gefühle sind Panik, Entsetzen, Kontrollverlust, Scham, Unsicherheit, Angst und das Gefühl der Hilflosigkeit, der Sorge um die Anderen. Dazu kommen die körperlichen Erfahrungen von Verletzungen, Schmerzen, Kälte/ Hitze, Durst und Hunger. Für viele Menschen sind diese Erlebnisse etwas neues, bis dahin unvorstellbares. Hinzu kommt die erlebte sexualisierte Gewalt. Tausende Menschen alleine in Österreich sind davon betroffen, gerade unter Flüchtlingen und unter alten Menschen, welche zivile Opfer des 2. Weltkrieges (Zwangssterilisierungen, Sexualisierte Gewalt während und nach den Kriegshandlungen) geworden sind.

HILFESTELLUNG UND PSYCHOTHERAPIE

Dem Opfer muss zuerst Raum für Gefühle wie Trauer und Leere gegeben werden. Dann muss man es mit den Selbstvorwürfen konfrontieren, sowie auf die Abgrenzungsproblematik in der Partnerbeziehung (falls die Gewalt dort erfolgt ist) aufarbeiten. Es folgt Trauerverarbeitung und Abschiednehmen, um eine erneute Zuwendung zum Leben, neue Perspektiven zu ermöglichen. Opfer sexualisierter Gewalt brauchen: Gefühlskompetenz, Körperbewusstsein, Zugang zu Ressourcen, Wiederherstellung des eigenen Wertes, Frieden und ein Ziel vor Augen. Ebenfalls wichtig sind: das Gefühl der Sicherheit, der Stabilität und der Kontrolle, ein Stressmanagement, die Korrektur des Selbstwertes und viel Information.

Bevor es zur Konfrontation mit dem Täter kommt, sollten die Erwartungen der Betroffenen geklärt werden, was einer optimalen Vorbereitung bedarf. Auch muss eine absolute „Sicherheit“ während der Konfrontation vermittelt werden und eine sorgfältige Nacharbeit erfolgen.

Die Interventionsbereiche sind bei Gefährdung (Täter-Opferbeziehung, Körperliche Integrität), Kontrollverlust (Psychisch/körperliche Ebene, Handlungsebene), Vertrauensverlust (Schuldgefühle, Störung des Selbstbezugs) zu orten. Als Interventionsziele Betreff der Gefährdung muss Sicherheit vermittelt werden, wie Schutzmöglichkeit, Untersuchung und Behandlung, Betreff des Kontrollverlustes sollen Strukturen angeboten werden, wo Aufklärung, Informationsarbeit, Beratung und Begleitung erfolgt, Betreff des Vertrauensverlustes eine Beziehung zwischen Opfer und Betreuenden aufgebaut werden, die auf Parteilichkeit und Wertschätzung aufbaut.

LITERATUR

1. Amesberger et al: *Sexualisierte Gewalt. Weibliche Erfahrungen in NS-Konzentrationslagern*, 2004.
2. Deegener: *Kindesmissbrauch erkennen, helfen, vorbeugen*, 2000.
3. Egle et al: *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen*, 1997.
4. Finkelhor: *A sourcebook on child abuse*, 1986.
5. Foa, Keane & Friedman: *Effective Treatments for PTSD*, 2000.
6. Gahleitner: *Sexuelle Gewalt und Geschlecht*, 2005.
7. Greuel: *Polizeiliche Vernehmung vergewaltigter Frauen*, 1993.
8. Gschwend: *Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Konsequenzen für die therapeutische Praxis. Psychotherapie Forum 1999; 7:53-59.*
9. Harvey & Herman: *The Trauma of Sexual Victimization: Feminist Contributions to Theory, Research and Practice in PTSD Research Quarterly, V. 3, Nr. 3, Summer 1992.*
10. Heiliger: *Täterstrategien und Präventionen*, 2000.
11. Kessler et al: *National comorbidity survey*, 1995.
12. Limita: *Mein Körper gehört mir!* 2006. http://schau-hin.ch/any/resource/pdf/ks_elternbroschuere.pdf