

Das Schweigen brechen

Anja Erfmann | Hebammen fragen selten nach sexualisierter Gewalt. Studien haben hervorgebracht, dass Frauen es als entlastend empfinden, wenn das Thema angesprochen wird. Allzu große Scham vor dem Nachfragen zwingt die Betroffenen zu erneutem Schweigen

Bereits die WHO empfiehlt 1997, in jede Anamnese die Frage nach Erfahrungen mit sexualisierter Gewalt aufzunehmen. Fast zwei Drittel der befragten Frauen in der Universitätsklinik München, die Gewalterfahrungen gemacht haben, stehen einer Frage nach sexualisierten Gewalterfahrungen nicht ablehnend gegenüber.

Vertrauensbildendes Gespräch

In einer weiteren Forschungsarbeit werden immerhin zehn Prozent der befragten niedergelassenen Frauenärztinnen erhoben, die im Rahmen der Schwangerenvorsorge nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit und Jugend gefragt haben (Leeners et al. 2001). Das Gespräch über Gewalt dient der Vertrauensbildung, aber auch der Einschätzung des Traumas und seiner Folgen.

Vermitteln Sie der Frau, warum Sie nach Gewalterfahrungen fragen und

fragen Sie möglichst konkret, beispielsweise, „Viele Frauen haben Gewalterfahrungen gemacht. Möchten Sie darüber sprechen, ob Sie negative sexuelle Erfahrungen gemacht haben?“ Das Ausdrücken von Mitgefühl kann eine Form des Umgangs sein und scheint erst einmal ausreichend.

Wenn eine Frau Ihren begründeten Verdacht auf Gewalterfahrungen beispielsweise im Rahmen der Schwangerenvorsorge, insbesondere bei häuslicher Gewalt mit aktuellem gesundheitlichem Risiko, verneint, sagen Sie ihr, dass Sie sich Sorgen machen: „Mir ist bewusst, dass es schwer ist, über dieses Thema zu sprechen und dass dieses ausschließlich Ihre Entscheidung ist. Es wäre schön, wenn Sie daran denken, dass Sie hier jederzeit Unterstützung finden und Hilfe erhalten, wenn Sie dies möchten.“ (Hellbernd et al. 2004).

In der Gesprächsführung ist es wichtig, die Frau in ihrer Selbstwahrnehmung zu stärken und ihr Gesprächsangebote zu machen. Nur konkret wahrgenommene Symptome sollten aufgegriffen und verbalisiert werden, damit beiden – Frau und Hebamme – die Zeit bleibt, sich auf den Prozess einzustellen. Wagen Sie sich nur soweit, wie Sie sich auch noch wohlfühlen. Die Frau kann entscheiden, ob sie die Hebamme oder eine andere Person ins Vertrauen zieht (Beckermann und Perl 2004).

Hemmnisse

Es ist feststellbar, dass viele im Gesundheitsbereich arbeitende Personen, so auch Hebammen, nicht nach Gewalterfahrungen fragen und Hinweise auf das Vorliegen von Gewalt aufgrund unterschiedlicher Barrieren nicht ausreichend beachten. Mangelndes Wissen über die Problematik, die Ursachen und die Dynamik von

sexualisierter Gewalt verhindern das Fragen.

Betroffene Frauen möchten nach sexualisierter Gewalt gefragt werden. Weil sie große Scham empfinden, sprechen sie die Traumatisierungen nicht selbst an.

Es mangelt an Wissen über die Erwartungen und Wünsche der Frauen, die Gewalt erfahren haben sowie an Kenntnissen über Gesprächsführung und -methoden. Hebammen und anderes Gesundheitspersonal fürchten häufig, inhaltlich, methodisch und emotional von den Erlebnissen und den vermuteten Bedürfnissen, die betroffene Frauen haben, überfordert zu sein, wenn sie das Thema ansprechen. Aber eine Frau wird sich nur im sicheren Rahmen öffnen.

Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten sind vielen nicht be-

TIPP

Die Hebamme sollte eine frauen- und körperfreundliche Sprache verwenden und statt eines „Entspannen Sie sich“ sagen: „Versuchen Sie, die Muskeln des Beckenbodens weich zu machen“. Sollten „Flashbacks“ auftreten, bleibt die betreuende Person im Kontakt mit der Frau. Sie benötigt Hilfestellungen, um in der Realität zu bleiben. Augenkontakt herzustellen, ist sehr wichtig. Die Hebamme sollte den Unterschied zwischen Vergangenheit und Gegenwart betonen. Dissoziiert die Frau bei Untersuchungen, beispielsweise in der Schwangerenvorsorge (gerade, wenn sie in einer Praxis stattfindet), das heißt gibt es keinen Zugang mehr zu ihr, beendet die Hebamme die Untersuchung sofort und sorgt dafür, dass es der Frau gut geht, wenn sie die Praxis verlässt. Ist die Hebamme unsicher über das Wohlergehen, sollte sie die Frau anrufen und fragen, wie es ihr geht. Ist es nötig, eine tief gehende Krise zu verhindern, ist Hilfe von außen notwendig.

Wichtig ist es, die Betroffenen in ihrer Selbstwahrnehmung zu stärken

kannt. Persönliche Kontakte, zum Beispiel zu Beratungsstellen, fehlen.

Auch strukturelle Bedingungen verhindern eine angemessene Thematisierung, wie Zeitnot sowie fehlende oder mangelnde Finanzierung des Gesprächs. Durch die zeitliche Belastung wird die Gewaltproblematik häufig übersehen (Hellbernd et al. 2004).

Wenn Frauen begleitet werden, deren Erfahrungen für viele außerhalb der Vorstellungskraft liegen, dann sollten wir uns kollegiale Beratung oder Supervision suchen, um fürsorglich mit uns umzugehen. Wir sollten erkennen, dass selbstverständlich Frauen mit sexualisierten Gewalterfahrungen auch Mütter werden.

Wir Hebammen können traumatisierte Frauen festigen und stabilisieren, ihre „Trigger“ kennen lernen, um „Flashbacks“ oder Dissoziation zu vermeiden. Wir können ihre Überlebensstrategien würdigen, aber keinesfalls dürfen wir aus den Augen verlieren, dass eine interdisziplinäre Zusammenarbeit für die Heilung der Frau und die Integration ihrer Erfahrungen in ihren Lebensweg notwendig ist. Adressen von (Trauma-) Therapeutinnen oder psychosomatischen Kliniken sind sinnvoll.

Aber auch die lokalen spezialisierten Frauenberatungsstellen zu kennen, ist erforderlich.

In Zukunft

In Deutschland gibt es bislang kaum Forschungsarbeiten zu sexualisierter Gewalt und die Folgen für die Geburtshilfe. Die Ergebnisse einer laufenden Studie zu „Auswirkungen früher Körpererfahrungen auf Schwangerschaft, Entbindung und Stillzeit“ der Frauenklinik der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen und den Frauennotrufen aus dem Bundesgebiet werden erwartet. Der Entwurf einer fächerübergreifenden Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF) zum Umgang mit Frauen, die häusliche Gewalt erfahren haben, wird diskutiert (Rauchfuß et al. 2000), unter anderem auch mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG).

Als Zukunftsvision könnte es vielleicht in Anlehnung an das „Stillfreundliche Krankenhaus“ eine Plakette für eine „Klinik zur Verbesserung der Versorgung von Frauen mit Gewalterfahrungen“ geben.

Die interdisziplinäre, bundesweite Fachgruppe TARA „Auswirkungen sexualisierter Gewalt auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ erarbeitet seit 2001 mit finanzieller und ideeller Unterstützung des BDH in Anbindung an den Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF e.V.) diesen Themenkomplex und will zu einer kontinuierlichen Enttabuisierung beitragen. Fort- und Weiterbildungskonzepte sowie Empfehlungen für Leitlinien sind in der Entstehung.

Schließlich sollte jede Frau so begleitet werden, als habe sie Gewalterfahrungen gemacht. ●

DIE AUTORIN

Anja Erfmann ist Kinderkrankenschwester, (Familien-)Hebamme und Diplom-Sozialpädagogin. Sie ist Fortbildungsbeauftragte im Hebammenverband Schleswig-Holstein. Außerdem ist sie Arbeitsgruppen-Leiterin von TARA – Sexualisierte Gewalt und Auswirkungen auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, einer Arbeitsgruppe des BDH.

Kontakt:

E-Mail: aermann@gmx.de

DEFINITIONEN

Trigger – ein Auslösereiz für Intrusionen (Flashbacks) bei Störungen, die eine Folge von Traumatisierungen sind

Dissoziation – ein Abspaltungsmechanismus, bei dem die Frau meint, dass das, was aktuell passiert, jemand anderem passiert

Flashbacks – generell ein Wiedererleben früherer Gefühlszustände, durch Schlüsselreize hervorgerufen. Sie können bei Duft aus der Kindheit oder alten Lieblingsliedern auftreten. Dabei fühlt sich die Person für kurze Zeit, meist einige Sekunden und selten länger als drei Minuten, in die Situation zurück versetzt, oder erlebt sie erneut.

LITERATUR

Hagemann-White, C. et al.: Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Expertise für die Enquêtekommision „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen“. Osnabrück (2003)

BaF (Bundesvernetzungsstelle autonomer Frauennotrufe) (Hrsg.): Sexualisierte Gewalt gegen Mädchen und Frauen. Informationsmappe der Bundesvernetzungsstelle autonomer Frauennotrufe. Kiel (2001)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse. Berlin (2004)

Pfurner, M. et al.: Patientinnen mit sexuellen Gewalterfahrungen in der gynäkologischen Praxis. Ergebnisse einer Umfrage. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Juni 2000, Supplement, Kongressband der DGGG vom 13.-16.6.2000 in München (2000)

Hellbernd, H. et al.: Häusliche Gewalt gegen Frauen: Gesundheitliche Versorgung. Das S. I. G. N. A. L-Interventionsprogramm. Berlin (2004)

Olbricht, I.: Wege aus der Angst. Gewalt gegen Frauen. München (2004)

Erfmann, A.: Auswirkungen sexualisierter Gewalt auf Schwangerschaft und Geburt. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Kiel (1998)

Sperber, M.: Schwangerschaft nach Vergewaltigung. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Nürnberg (2001)

Friedrich, J.: Betreuung von Frauen, die sexuell missbraucht worden sind. DHZ 12, 564-7 (1996)

Leeners, B. et al.: Schwangerschaft und Mutterschaft nach sexuellen Missbrauchserfahrungen im Kindesalter. Dt. Ärzteblatt. 100, 11, C 569 ff. (2003)

Beckermann, M. J.; Perl, F. (Hrsg.): Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe. Integration von Evidence-Based Medicine in eine frauenzentrierte Gynäkologie. Basel (2004)

Die ausführliche Literaturliste kann über den Verlag bezogen werden.

Hebammen können traumatisierte Frauen festigen und stabilisieren