

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit
Bildung und Erziehung in der Kindheit

Sexuell traumatisierte Frauen - Auswirkungen auf Schwangerschaft, Geburt und ihre familiären Beziehungen

Tag der Abgabe: 31.08.2020

Vorgelegt von: Chiara Jensen

████████████████████

██

Betreuende Prüferin: Prof. Dr. Katja Weidtmann

Zweite Prüferin: Alike Marquardt

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

1 Einleitung	1
2 Sexualisierte Gewalterfahrungen	4
2.1 <i>Begriffe und Definitionen</i>	5
2.2 <i>Täter und Risikofaktoren</i>	8
3 Sexuelle Traumatisierung	10
3.1 <i>Einführung in den Traumabegriff</i>	12
3.1.1 <i>Neurobiologische Prozesse</i>	13
3.1.2 <i>Die Dissoziation</i>	14
3.2 <i>Auswirkungen einer sexuellen Traumatisierung</i>	16
4 Auswirkungen auf die sexuell traumatisierte werdende Mutter	21
4.1 <i>Auswirkungen auf die Sexualität und somit das Schwangerwerden</i>	22
4.2 <i>Auswirkungen auf die Schwangerschaft</i>	24
4.3 <i>Auswirkungen auf die Geburt</i>	34
4.4 <i>Auswirkungen auf die familiären Beziehungen</i>	42
4.4.1 <i>Auswirkungen auf die Partnerschaft</i>	44
4.4.2 <i>Transgenerationale Weitergabe einer sexuellen Traumatisierung und Auswirkungen für die Mutter-Kind-Interaktion</i>	46
5 Überblick über präventive und intervenierende Maßnahmen	53
5.1 <i>Generelle Maßnahmen</i>	54
5.2 <i>Maßnahmen in einer Mutter-Kind-Einrichtung</i>	58
6 Fazit	60
Tabellen	62
Literaturverzeichnis	63
Eidestättliche Erklärung	71

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Beschreibung
MKK	Münchener klinische Kommunikationsskala
CSA	Childhood Sexual Abuse

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Sexualisierte Gewalthandlung nach Leeners et al. (2013)	62
Tabelle 2 Schwangerschaftskomplikationen nach Leeners et al. (2016)	62
Tabelle 3 Faktoren für (intensive) Angst vor der Geburt nach Leeners et al. (2010)	62

1 Einleitung

Sexualisierte Gewalt stellt ein gesellschaftliches Problem dar, welches Traumatisierungen auslöst und häufig über Generationen auftritt. Eine Expertise von Zimmermann (2011) legt einige deutschlandweite Studien dar, die die Prävalenz für Mädchen sexualisierte Gewalt zu erfahren, zwischen ca. 12,5 und 29% einordnet. Die Dunkelziffer dahinter wird ein weitaus größeres Ausmaß annehmen.

Die Geburt eines Kindes und die Gründung einer Familie, welche eine Schwangerschaft voraussetzt, ist in der momentanen Gesellschaft ein noch aktuelles Lebenskonzept und -ziel. Gerade für traumatisierte Frauen kann die Familiengründung ein Ausweg aus ihren eigenen traumatisierenden Erfahrungen bedeuten. Aufgrund mangelnder Literatur und Forschung war es eine Herausforderung, sich diesem Thema zu nähern. Begründet ist dies auch darin, dass von einem sexuellen Trauma durch sexualisierte Gewalterfahrungen ausgegangen wird. Zwar ist das Themenfeld „sexualisierte Gewalt“ in der Literatur präsent und weitestgehend erforscht, doch deren Auswirkungen für werdende Mütter finden weniger Beachtung. Gerade durch die Verschwiegenheit von sexuellen Traumatisierungen werden viele betroffene¹ Frauen ihr unbearbeitetes Trauma mit in die Schwangerschaft und Geburt nehmen, wohlmöglich ohne sich dessen bewusst zu sein. Im Rahmen meiner Arbeit möchte ich mich dem Thema nähern und mögliche Ergebnisse, wie abschließend einige Ansätze von Präventions- und Interventions-Maßnahmen darstellen. Hierfür habe ich re-

¹ In der vorliegenden Arbeit wird die betroffene Frau synonym für eine sexuell traumatisierte Frau verwendet.

cherchiert und basierend auf einer eingehenden Literaturrecherche die Arbeit verfasst.²

Jedoch nicht nur die Aktualität des Themas war für mich ausschlaggebend mich dem Thema zu widmen, sondern auch mein persönliches Interesse. Seit Beginn meines Studiums sind „Sexuell traumatisierte Frauen“³ ein prä-sentes Thema, das mich durch die Arbeit in einer Mutter-Vater-Kind-Einrichtung stets begleitet. Gerade im Verlauf der Schwangerschaft und Geburt sind sexuell traumatisierte Frauen häufig konfrontiert mit ihren kindlichen Erfahrungen. Das Mutterwerden bedeutet eine Auseinandersetzung mit der eigenen Kindheit und die Übernahme großer Verantwortung für einen Menschen. Zu den mütterlichen Aufgaben zählt es, seinem Kind ein sicheres, förderndes und forderndes Umfeld zu gestalten und somit eine ungestörte Entwicklung zu ermöglichen. Viele Mütter, vor allem in einer Mutter-Vater-Kind-Einrichtung, benötigen dabei Unterstützung. Einige von ihnen haben eine durch Traumatisierungen geprägte Kindheit erlebt. Somit sind auch viele mit einer sexuellen Traumatisierung konfrontiert. Schwangerschaft und Geburt ist ein Schwerpunkt der Arbeit einer Mutter-Kind-Vater-Einrichtung, der eine angemessene Begleitung bedarf. Für die Mütter ist die Geburt und Schwangerschaft noch nachhaltig präsent und wird somit öfters thematisiert. Schon anhand der Erzählungen zeigt sich deutlich, mit welchen Belastungen dies verbunden sein kann.

² Vor allem inspiriert durch das Buch „Wenn missbrauchte Frauen Mutter werden“ von Simkin und Klaus (2015) wurde mein Interesse bestärkt. Untere anderem ermöglichte mir eine Studie von (Leeners et. al. 2013, Leeners, Görres, Block & Hengartner, 2016; Leeners, Stiller, Block, Görres & Rath, 2010). meinen Schwerpunkt auf die Auswirkungen für Schwangerschaft und die Geburt wissenschaftlich zu konkretisieren.

³ Die vorliegende Arbeit geht ausschließlich von Frauen und Mädchen als Betroffene sexualisierter Gewalt aus. Zum einen da sich anhand von Prävalenzen eine erhöhte Betroffenheit des weiblichen Geschlechts ergibt und da zum anderen eine Schwangerschaft und Geburt nur in dem Maße von Frauen erlebt werden kann.

Die grundlegende Fragestellung befasst sich mit möglichen Auswirkungen einer sexuellen Traumatisierung auf den Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und die Mutterschaft im Kontext ihrer familiären Beziehungen. Um sich dem Themenfeld der sexuellen Traumatisierung zu nähern und anschließend eine Verknüpfung zu möglichen Auswirkungen auf werdende Mütter zu schaffen, bedingt sich vorerst eine Einordnung, wodurch eine sexuelle Traumatisierung entsteht. Somit wird zuerst die sexualisierte Gewalterfahrung definiert und relevante Begrifflichkeiten herausgearbeitet. Anschließend findet eine Einführung in den Themenbereich Trauma statt. Um eine Art der Traumatisierung, die sexuelle Traumatisierung, zu verstehen, ist grundlegend der Traumabegriff, die Traumafolgen und der Begriff der Dissoziation zu klären. Im Anschluss an die Begriffsdefinitionen werden kurz- und langfristige Auswirkungen einer sexuellen Traumatisierung erläutert. Nachfolgend werden Auswirkungen für die Sexualität und damit der Prozess des Schwangerwerdens konkretisiert. Daran anknüpfend werden Auswirkungen auf die Schwangerschaft und Geburt herausgearbeitet und abschließend Auswirkungen auf die familiären Beziehungen der sexuell traumatisierten Frau erarbeitet. Dargestellt werden Auswirkungen auf die Partnerschaft, wie die transgenerationale Weitergaben von sexuellen Traumatisierungen im Bezug der Mutter-Kind-Interaktion. Des Weiteren wird ein Überblick über mögliche präventive und intervenierende Maßnahmen für eine hilfreiche Begleitung von sexuell traumatisierten Schwangeren und Gebärenden, wie auch Unterstützung der Familienbeziehungen und vor allem der Mutter-Kind-Bindung, gegeben.

2 Sexualisierte Gewalterfahrungen

Geprägt sind sexualisierte Gewalterfahrungen durch Sprachlosigkeit. Sei es das Verboten zu sprechen durch Gewalt oder Gewaltandrohungen, durch Ignoranz oder das Nicht-glauben-wollen des sozialen Umfeldes, durch die geringen Handlungen der Justiz oder die gesellschaftliche Tabuisierung des Themas. Verbunden mit Schuld und Scham der Betroffenen, werden sexualisierte Gewalterfahrungen nicht berichtet und in vielen Fällen nicht zur Anzeige gebracht. Durch Verdrängung oder fragmentierten Erinnerungen ist einigen Betroffenen die sexualisierte Gewalterfahrung gar nicht bewusst. So ist dies unter anderem ursächlich dafür, dass die Ergebnisse retrospektiv erhobener Studien zur Prävalenz Betroffener sexualisierter Gewalt verzerrt sind und die Dunkelziffer nicht vollends erfasst werden kann (Jud, 2015).

In der Historie rückte das Thema *Sexualisierte Gewalt* vor allem durch die in den 1970er Jahren anfängliche Frauenbewegung in den Fokus der Öffentlichkeit (Kolshorn & Brockhaus, 2002). Geprägt war diese hauptsächlich durch die Lenkung der Aufmerksamkeit auf häusliche und sexualisierte Gewalt in der Partnerschaft, wodurch auch sexualisierte Gewalterfahrungen von Mädchen und jungen Frauen an Bedeutung gewannen. Dadurch verlor der*die „Fremdtäter*innen“ vermehrt an Bedeutung und das familiäre oder nahe Umfeld als „Täterschaft“ wurde fokussiert. Gleichzeitig wurde jedoch von einer *sexuellen Liberalisierung* gesprochen, welche die Entkriminalisierung von sexualisierten Gewalthandlungen an Kindern und Jugendlichen forderte. Um 2010 gab es einige Aufdeckungen von organisierten sexualisierten Gewalthandlungen an Schüler*innen der Odenwaldschule und Einrichtungen der katholischen Kirche

(Baader, 2012). Durch mediale Berichterstattung und öffentliche Zuwendung wurde der Fachdiskurs wieder vermehrt auf sexualisierte Gewalthandlungen an Kindern gelenkt. Im Zuge dessen wurde der Runde Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch“ sowie die „Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellem Missbrauchs“ gegründet (Kavemann, Graf-van Kesteren, Rothkegel & Nagel, 2016). Sexualisierte Gewalthandlungen gewannen, obwohl dauerhafter Präsenz, erst in den letzten Jahren an öffentlicher Aufmerksamkeit. Gerade Anfang 2020 wurden immer wieder sogenannte *Missbrauchsskandale* aufgedeckt, die vermutlich nur einen geringen Teil der realen Fälle offenbaren. Denn gerade die Offenbarung familiärer sexualisierter Gewalterfahrungen ist durch viel Scham, Schuld und Ängste geprägt, die es nicht jedem betroffenen Menschen ermöglicht, über seine Erfahrungen zu sprechen.

2.1 Begriffe und Definitionen

Um im Folgenden sexualisierte Gewalterfahrungen zu definieren, bedingt sich vorerst eine Auseinandersetzung mit den Begrifflichkeiten. In der Literatur werden, von sexuellem Missbrauch, sexueller Gewalt bis hin zu sexuellen Übergriffen, verschiedenste Ausdrücke für sexualisierte Gewalterfahrungen verwendet. Durch die Benutzung von *sexuellem* Missbrauch, *sexueller* Gewalt oder *sexuellem* Übergriff wird die Handlung als *sexuell* beschrieben. Somit wird der Anschein erweckt, für beide oder alle beteiligten Personen sei dies eine bewusste *sexuelle* Erfahrung. In dem vorliegenden Text werden die Begriffe sexualisierte Gewalt, Gewalterfahrungen oder Gewalthandlung genutzt. Durch die Benutzung „*sexualisiert*“ wird die Handlung als *sexualisiert* beschrieben und schließt somit nicht die Empfindung der Personen mit

ein, sondern beschreibt die Sexualisierung einer Handlung durch die Täter.⁴ Gewählt wurde der Begriff *Gewalthandlungen* oder *Gewalterfahrung*, da sich sexualisierte Handlungen, an und mit einem Kind, grundsätzlich an Gewalt knüpfen lassen (Kersten, 2017). Dies unabhängig davon, ob Gewalt angewendet oder angedroht oder ausschließlich Macht ausgeübt wurde. Begründet wird dies durch die auf vielen Ebenen bestehenden Abhängigkeit des Kindes von dem Täter. Missbrauch ist auszuschließen, da der Begriff des missbrauchen eine Gegenseitigkeit deklariert und ebenso die Betroffenen stigmatisiert (Amann & Wipplinger, 1997).

Mit „sexualisierte Gewalterfahrungen“ sind in der Literatur sexualisierte Handlungen von einem Erwachsenen an einem Kind gemeint, sexualisierte Gewalthandlungen an Erwachsenen oder unter Gleichaltrigen sind meist ausgeschlossen. „Sexualisierte Gewalthandlungen“ beschreibt eine aufgrund von kognitiver, emotionaler und körperlicher Abhängigkeit und Unterlegenheit des Kindes ausgeübte Handlung, welche lediglich der Bedürfnisbefriedigung des Täters dient und durch ein Machtverhältnis auf Seiten des Täters geprägt ist (Deegener, 2005). Die meisten Gewalterfahrungen gehen von Tätern im familiären oder nahestehenden Umfeld aus. Sie betreffen zumeist Mädchen als Betroffene und Männer als Täter. Erklärungsansätze für sexualisierte Gewalthandlungen betonen die gesellschaftlichen Einflüsse. Neben einer zu geringen Sexualaufklärung, der justiziellen Handhabung von Betroffenen und Tätern als auch die patriarchalen Gesellschaftsstrukturen, sind Mitverursacher sexualisier-

⁴ Im Folgenden wird ausschließlich von Tätern in der männlichen Form gesprochen, da überwiegend Menschen des männlichen Geschlechts Täter sind und Mädchen zu Betroffenen machen. Gemäß mehrere Studien sind ca.90% Männer und 10% Frauen (Wetzels, 1997). Betroffene Mädchen und Auswirkung dessen auf die werdenden Frauen und Mütter sind die Zielgruppe dieser Arbeit.

ter Gewalthandlungen (Baader, 2012; Bange, 2015; Kolshorn & Brockhaus, 2002).

Die Arten sexualisierter Gewalthandlungen werden anhand der Begriffe *Hands-on* und *Hands-off* erläutert. Durch die Differenzierung der Handlungen, lassen sich möglicherweise Aussagen über die Auswirkungen und den Kontext sexualisierter Gewalterfahrungen treffen. Handlungen, welche körperliche Berührungen mit einschließen, werden als *Hands-on* definiert. Dazu zählen Berührungen der primären und sekundären Geschlechtsorgane der Täter oder der Betroffenen, durch orale, vaginale oder anale Penetration mit Gegenständen, dem Finger oder dem Penis des Täters, gegenseitige Masturbation oder sexualisierte Zärtlichkeiten wie (Zungen-)Küsse und Streicheln. Diese Handlungen können sich auch auf Ausübung mit einem Dritten beziehen oder mehrere Täter einschließen. Unter *Hands-on* werden ebenfalls gezwungenes Mitwirken an pornografischen Materialien sowie Zwangsprostitution oder rituelle sexualisierte Gewalthandlungen verstanden. *Hands-off*-Handlungen beschreiben Exhibitionismus, Voyeurismus, dem gezwungenen Anschauen von sexualisierten Handlungen oder pornografischen Material und das verbale Herabsetzen des Kindes als Sexualobjekt, sowie ein bestehendes sexualisiertes Klima (in der Familie) (Jud, 2015). Einflussfaktoren, die Auswirkungen einer sexualisierten Gewalterfahrung begünstigen, sind die Dauer, Häufigkeit und Art der sexualisierten Gewalthandlung, die Anwendung von Gewalt und die Bedrohlichkeit der Situation. Gleiches gilt für das Alter bei Beginn der sexualisierten Gewalterfahrung, wie die Altersdifferenz und Beziehung zu dem Täter als auch Unterstützung durch das familiäre, soziale Umfeld oder Hilfesysteme (Moggi, 2002 zit. n. Pynoos, Steinberg & Wraith, 1995).

In der vorliegenden Arbeit werden sexualisierte Gewalterfahrungen abschließend wie folgt definiert: Die sexualisierte Gewalterfahrung wird wiederholt ausgeübt durch Täter im familiären Umfeld oder nahem Bekanntenkreis, ohne dass diese durch ein soziales oder familiäres Unterstützungssystem abgewendet wurden. Der Täter ist älter, gleichaltrige Täter sind ausgeschlossen. Es handelt sich um eine bewusste Ausübung der sexualisierten Gewalt bedingt durch das bestehende Macht- und Abhängigkeitsverhältnis.

2.2 Täter und Risikofaktoren

Abgesehen von der Tat an sich, die allein aus der Verantwortlichkeit des Täters hervorgeht, spielt der Täter insofern eine entscheidende Rolle, da unter anderem die Beziehung und der Altersunterschied zwischen Täter und betroffener Person Einfluss auf die Auswirkungen sexualisierter Gewalterfahrungen haben.

In der Literatur werden Täter aufgrund ihrer sexuellen Präferenz, ihren Beweggründen und damit vermuteten sozialen Umstände beschrieben und klassifiziert. In Kuhle, Grundmann und Beier (2015) werden sexualisierte Gewalterfahrungen unterteilt in Handlungen aufgrund sexueller Präferenzstörungen oder sexualisierte Handlungen die als „Ersatzhandlungen“ dienen. Überwiegend haben die Täter keine pädosexuelle Präferenz, sondern nutzen lediglich ihr Machtposition aus. Unter den sexuellen Präferenzstörungen werden die Pädophilie und die Hebephilie gezählt. Wobei die Pädophilie die sexuelle Präferenz an kindlichen Körperschemata und die Hebephilie an (früh-) pubertären Körperschemata, meint. Unter „Ersatzhandlungen“ werden Handlungen verstan-

den, die nicht aufgrund der sexuellen Präferenz stattfinden, sondern beispielsweise aus einer konfliktreichen Beziehung mit Erwachsenen entstehen und Kinder als „leichtes Ziel“ angesehen werden (Kuhle et al. 2015). Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf Ersatzhandlungen und keine Täterschaft durch sexuelle Präferenzstörungen.

Zu den möglichen Risikofaktoren sexualisierte Gewalt zu erfahren, zählt zum einen das Geschlecht. So sind Betroffene, denen sexualisierte Gewalt widerfährt überdurchschnittlich Mädchen und diese häufiger von innerfamiliärer sexualisierter Gewalt betroffen (Bange, 2015; Wetzels, 1997). Ein erhöhtes Risiko sexualisierte Gewalt zu erleben, haben Kinder mit Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten, sowie körperlich oder geistig beeinträchtigte Kinder. Kinder sucht- oder psychisch erkrankter Eltern sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt (Zimmermann, 2011). Auch Kinder, die zuvor schon sexualisierten Gewalterfahrungen ausgesetzt waren, werden mit erhöhter Wahrscheinlichkeit erneut Betroffene (Jud, 2015 zit. n. Finkelhor, Ormrod, Turner & Holt, 2009). Genauso zählt die Betroffenheit der eigenen Mutter zu einem Risikofaktor (Bange, 2015).⁵ Das Erleben von psychischer und physischer Gewalt sowie Vernachlässigung stehen häufig in Zusammenhang mit sexualisierten Gewalterfahrungen (Wetzels, 1997). Ebenso sind Kinder die in belastenden Beziehungen zu ihren Eltern leben, höher gefährdet (Zimmermann, 2011). Einem erhöhten Risiko sind auch Kinder ausgesetzt, die stiller und zurückhaltender sind, wenig Kontakt zu Gleichaltrigen haben und insgesamt sozial isoliert sind. Die Vernachlässigung und somit geringe Aufmerksamkeit und Nähe

⁵ Näheres zur Betroffenheit der Mutter in Kapitel 4.4.2.

mündet in Bedürftigkeit und der Suche nach Anerkennung und Zuwendung (Büttner, 2018). Der Täter dient als eine Art „ausgleichende“ Bezugsperson. Dadurch, dass der Täter das Kind beschenkt oder Sätze benutzt, wie „Das ist unser Geheimnis“ und „Du bist etwas besonderes“, wird ihm eine besondere Form der Aufmerksamkeit zuteil (Igney, 2008a). Das Kind schwankt zwischen positiv erlebten Gefühlen der Nähe und Bestärkung und den sexualisierten Gewalthandlungen. Die Annäherungen führen schließlich zur Isolierung des Kindes von anderen Bezugspersonen. Täter wählen die Kinder gezielt nach diesen Merkmalen aus, was sich als Täterstrategie beschreiben lässt. Zu den Täterstrategien zählen ebenfalls Gewaltandrohungen wie auch ausgeübte Gewalt, um zum einen das Machtverhältnis zu demonstrieren und zum anderen die Aufdeckung zu verhindern (Büttner, 2018).

Neben Gewaltandrohungen sind Androhungen von Liebentzug oder Sätze wie „Dir glaubt sowieso niemand“, „Du wolltest es doch auch“ oder „Dann kommst du ins Heim“, sowie Schuldzuweisungen, geläufige Strategien der Täter (Goldbeck, 2015; Igney, 2008a).

3 Sexuelle Traumatisierung

Im weiteren Verlauf wird die sexualisierte Gewalterfahrung als sexuelle Traumatisierung definiert. Es wird von einem sich wiederholenden Erleben von sexualisierten Gewalterfahrungen, welche in einer sexuellen Traumatisierung münden, gesprochen.

Die sexuelle Traumatisierung ist primär auf nicht willentliche sexualisierte Gewalterfahrungen und/oder Konfrontation mit der Sexualität anderer zurückzuführen. Haupt-

sächlich sind sexuelle Traumatisierungen Komplext trauma (Traumatyp II) und somit sich wiederholende Traumatisierungen, welche in Kapitel 3.1 näher erläutert werden. Eine sexuelle Traumatisierung zieht folglich meist eine eingeschränkte Bindungsqualität mit sich, insbesondere, wenn die sexualisierten Gewalthandlungen durch eine primäre Bezugsperson verübt wurden oder aber diese keinen Schutzraum und keine Sicherheit boten (Fischer & Riedesser, 2009; Leuzinger-Bohleber & Burkhardt-Mußmann, 2012).

Gerade die sexuelle Traumatisierung gerät häufig in Verschwiegenheit, wird tabuisiert oder bagatellisiert. Zum einen sind sexualisierte Gewalterfahrungen weniger zugänglich und ersichtlich als beispielsweise häusliche Gewalterfahrungen. Zum anderen ist es für Betroffene ein innerer Konflikt, über die Erfahrungen zu sprechen, da gegenüber dem Täter ambivalente Gefühle bestehen oder dieser Drohungen ausgesprochen hat. Durch Erinnerungslücken oder Verdrängung kann die sexualisierte Gewalthandlung nicht einordnet werden und mögliche Trigger, sowie daraus resultierende Reaktionen werden nicht im Kontext der sexuellen Traumatisierung gesehen (Garbe, 2016; Scherwath & Friedrich, 2016). Schuld- und Schamgefühle sind präsent, die darüber hinaus mit Ängsten vor Stigmatisierung einhergehen können. All dies verunsichert Betroffene und hindert sie daran über ihre Gefühle und Erfahrungen zu sprechen. Wenn Betroffene jedoch sprechen, ist die Reaktion des Umfeldes entscheidend. Werden die Erzählungen als Simulation oder Übertreibung abgetan, führt dies neben der sexualisierten Gewalterfahrung als primäre Traumatisierung, zu einer sekundären Traumatisierung (Kavemann et al., 2016 zit. n. Bange, 1992).

Um den Komplex der sexuellen Traumatisierung zu erschließen, ist es in erster Linie relevant, sich mit dem Ursprung, der sexualisierten Gewalterfahrung und nachfolgend mit dem Traumbegriff zu beschäftigen. So wird im Anschluss das Trauma definiert, sowie die neurobiologischen Veränderungen durch ein Trauma und explizit die Dissoziation beschrieben.

3.1 Einführung in den Traumbegriff

In Fischer und Riedesser (2009) wird Trauma wie folgt definiert:

„vitales Diskrepanzerleben zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Fischer & Riedesser, 2009, 84).

In Gahleitner, Frank und Leitner (2015) wird verdeutlicht, dass Traumatisierung „[...] ins Innerste des Menschen eindringt, ihn als Ganzes erfasst und in der weiteren – lebenslangen – Entwicklung prägt.“ (Gahleitner et al. 2015, 9).

Traumatisierungen und ihre Folgen sind individuell, die Ereignisse geben keine Auskunft darüber, ob der Mensch traumatisiert wird oder nicht (Wieland, 2014). Im Erleben des traumatischen Ereignisses bestehen die Möglichkeiten des Kampfes oder der Flucht. Ist Kämpfen und Fliehen nicht möglich, kommt es zum sogenannten Freeze, dem Einfrieren (Scherwath & Friedrich, 2016 zit. n. Huber, 2009). Das Befinden in der traumatischen Zange beschreibt die Ausweglosigkeit der Situation (Korittko, 2019). Traumatisierungen lassen sich in zwei Typen unterteilen. Zum einen Traumatyp I, die Mono-traumatisierung und zum anderen Traumatyp II, die

Komplextraumatisierung. Traumatyp I beschreibt einmalige Traumatisierungen, wie zum Beispiel (Auto-)Unfälle, Naturkatastrophen oder körperliche Gewalt. Diese können jedoch aufgrund eines vorhandenen Unterstützungssystem und/oder eigenen Ressourcen und Resilienzen überwiegend bearbeitet werden und müssen keine Folgeschäden aufzeigen. Unter dem Traumatyp II (Komplextraumatisierung) werden sich wiederholende Traumatisierungen verstanden, welche primär in der Kindheit stattfinden und die Entwicklung beeinträchtigen (Garbe, 2016; Igney, 2008b). Vorrangig sind dies traumatische Erfahrungen, die durch die primären Bezugspersonen erlebt wurden oder zum Beispiel durch Vernachlässigung, physische oder psychische Gewalt entstehen. Die vorliegende Arbeit bezieht sich ausschließlich auf Komplextraumatisierungen, die durch wiederholende sexualisierte Gewalterfahrungen hervorgerufen wurden.

3.1.1 Neurobiologische Prozesse

Die neurobiologischen Veränderungen während einer Traumatisierung beeinträchtigen das räumliche und zeitliche Denken, wie auch die Einordnung von Gegenwart und Vergangenheit. Das Sprachvermögen, welches im Broca-Zentrum liegt, wird eingeschränkt und die Erlebnisse können nicht verbalisiert werden (Overkamp, 2008). Zuerst folgt die Ausschüttung von Adrenalin, Cortisol und Noradrenalin, der Herzschlag nimmt zu und eine erhöhte Muskeldurchblutung tritt ein, um sich auf Kampf oder Flucht vorzubereiten (Kruse, 2017). Ist dies nicht möglich, werden die Funktionen der Großhirnrinde abgeschaltet und das limbische System übernimmt die Führung. Das Aufnehmen und Speichern von Erinnerungen im Hippocampus ist eingeschränkt. Erinnerungen werden verdrängt oder fragmentiert gespeichert (Fischer

& Riedesser, 2009). Im limbischen System befindet sich die Amygdala. Die Amygdala ist zuständig für das Wahrnehmen von bedrohlichen und ängstigenden Situationen. Sie verknüpft die gespeicherten Fragmente als bedrohlich, sodass wenn diese wieder ins Gedächtnis gelangen, sofort das Notfallprogramm aktiviert wird (Van der Kolk, 2018). Die gespeicherten Fragmente sind sogenannte Trigger. Unter Trigger werden sensorische Wahrnehmungen, wie zum Beispiel Gerüche, Geräusche, Bilder oder aber Situationen gezählt, welche an traumatisch erlebte Ereignisse erinnern und die Notfallreaktionen wie unter anderem Angst, Panik, Übererregung, Ohnmacht, Hilflosigkeit oder Dissoziationen auslösen (Rauwald, 2014). Auch wenn die momentane Situation keine realen Gefahren birgt, können diese Reaktionen ausgelöst werden und die vergangenen Ereignisse werden gegenwärtig. (Korittko, 2019). Trigger können dazu führen, dass traumatische Ereignisse in sogenannten Flashbacks wiedererlebt werden (Scherwath & Friedrich, 2016). Die Auseinandersetzung mit den neurobiologischen Veränderungen ist vor allem deshalb wichtig, da sich einige Begrifflichkeiten rund um das traumatische Erleben anhand der neurobiologischen Prozesse erklären lassen und ein Verständnis für (Reaktionen von) traumatisierten Menschen erreicht werden kann.

3.1.2 Die Dissoziation

Dissoziation wird hier explizit als Folgestörung hervorgehoben. Begründet ist dies darin, dass dissoziative Zustände geläufig durch eine sexuelle Traumatisierung auftreten und gerade im Erleben von Sexualität, Schwangerschaft und Geburt oft vorkommen. Dissoziationen werden unterschiedlich erlebt und treten in verschiedenen Formen auf. Mögliche Trigger lösen erneut Dissozia-

tionen aus, so auch im normalen Alltagserleben. Dissoziationen lassen sich in nicht-pathologische und pathologische Zustände unterteilen (Lutz, 2016). Unter nicht-pathologischen Dissoziationen werden zum Beispiel tägliche Alltagsroutinen oder in Gedanken verloren zu sein, gezählt (Overkamp, 2008). Dissoziation wird ebenfalls als Methode in der Traumapädagogik und -therapie verwendet. Durch die Vorstellung eines „inneren sicheren Ortes“, wird die Aufmerksamkeit von dem eigentlichen Geschehen an einen anderen Ort imaginiert (Reddemann, 2016). Die pathologische Dissoziation beschreibt den Schutzmechanismus der Abspaltung im traumatischen Erleben. Damit nicht aushaltbare Situationen aushaltbar und überlebbar werden können, tritt der Schutz- oder Übererlebensmechanismus, die Dissoziation, in Kraft (Garbe, 2016; Van der Kolk, 2018). Die Erinnerungen sind fragmentiert, die Person spaltet sich von ihrem Körper ab und hat keine Körperwahrnehmungen oder -empfindungen mehr. Verbunden sein kann dies mit einer Depersonalisation oder Derealisation. Während der Depersonalisation nimmt die Betroffene sich von außerhalb ihrer Körpers wahr. Durch die Derealisation wirkt das Geschehene unwirklich. Das lückenhafte Erinnerungsvermögen wird im Fachkontext dissoziative Amnesie genannt (Wieland, 2014). Dissoziationen können verknüpft sein mit einer Abspaltung von Persönlichkeitsanteilen, die somit eine dissoziative Identitätsstörung hervorrufen. Dissoziative Identitätsstörungen treten als Folge komplexerer Traumatisierungen auf, wie z.B. ritueller sexualisierter Gewalt, auf. Die abgespalteten Persönlichkeitsanteile können sich in der Entwicklung, dem Altern, dem Namen, dem Geschlecht, den Verhaltensweisen oder den Emotionen voneinander unterscheiden. So stagniert beispielsweise ein Anteil in vorherigen Entwick-

lungsstufen oder in einer bestimmten Emotion (Baita, 2014). Dissoziationen kommen in einigen Familien generationsübergreifend vor. Zum einen darin begründet, dass dissoziative Zustände der Eltern bei Kindern zu massiver Verunsicherung führen, sodass diese selbst in dissoziative Zustände verfallen. Zum anderen, da traumatische Erfahrungen über Generationen ausgeübt werden (Rauwald, 2014; Wieland, 2014 zit. n. Yeager & Lewis, 1996).

3.2 Auswirkungen einer sexuellen Traumatisierung

Die Erfahrungen, die ein Mensch im Kontext seines Umfeldes erlebt, gestalten seinen weiteren Entwicklungsverlauf (Garbe, 2016). Sind Erlebnisse bedrohlich, ängstigend und wiederholend über eine sensible Phase, wie die (frühe) Kindheit, führt dies zu einer Veränderung der kindlichen Entwicklung und neurobiologischen Prozessen (s. Kap. 3.1) (Brückl & Binder, 2017 zit. n. Heim & Binder, 2012; Streeck-Fischer, 2014). Vorrangig finden die Erfahrungen in Kontakt mit den primären Bezugspersonen statt und prägen das Selbstkonzept eines Kindes (Garbe, 2016). Solange eine traumatische Erfahrung nicht integriert ist, bedarf es einer Wiederholung des Traumas. Das wiederkehrende Erleben der sexuellen Traumatisierung⁶ soll somit einen anderen Ausweg für die Situation ermöglichen, um das Erlebte erfolgreich zu bewältigen (Wöller, 2005). Ohne jedoch therapeutisch angebunden zu sein, wird dies kaum möglich. Die wiedererlebten Erinnerungen lösen lediglich Retraumatisierungen aus und stellen die Person erneut vor ausweglo-

⁶ Die im Folgenden dargelegten Folgeerscheinungen einer sexuellen Traumatisierung sind ebenso auf andere Traumatisierungen anzuwenden. Aufgrund der Spezialisierung auf den Themenschwerpunkt, wird im weiteren Verlauf explizit von sexueller Traumatisierung gesprochen.

se Situationen (Scherwath & Friedrich, 2016). Neben der Möglichkeit, die traumatische Situation nun zu lösen, stehen die andauernden Gefühle der Minderwertigkeit und Schuld sowie das geringe Erleben von Selbstwirksamkeit dem gegenüber. Diese bestätigen die sexualisiert traumatisierte Betroffene darin, die Gewalthandlungen verdient zu haben und die Situation nicht lösen zu können, was somit zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von Reviktimisierung beiträgt (Garbe, 2016; Wöller, 2005 zit. n. Hirsch, 1995).

Die Auswirkungen⁷ einer sexuellen Traumatisierung sind in einem multifaktoriellen Kontext zu setzen. So haben beispielsweise Gewalterfahrungen im familiären Kontext, sei es gegen die eigene Person bestimmt oder Gewalthandlungen zwischen den Elternteilen oder Mobbing-Erfahrungen in der Schule einen Einfluss. Wie bereits in Kapitel 2.2 dargestellt, treten sexuelle Traumatisierung gehäuft mit anderen Traumatisierungen (Vernachlässigung, andere Formen von Gewalt) auf. Dementsprechend gibt es neben der sexuellen Traumatisierung mögliche andere Traumatisierungsfaktoren, die Folgeerscheinungen begünstigen. Schutzfaktoren ermöglichen die Verarbeitung von traumatischen Erfahrungen. Bewältigungsstrategien (Resilienzen) und Ressourcen, die einem Menschen zur Verfügung stehen, sind Schutzfaktoren (Garbe, 2016). So wird nicht jeder sexuell traumatisierte Mensch eine Traumafolgestörung erleiden (Korittko, 2019). Die Ressourcen beschreiben erlernte Fähigkeiten mit bedrohlichen Situationen umzugehen. Unter sozialen Ressourcen werden hauptsächlich sichere Bindungspersonen gezählt (Garbe, 2016). Ist eine Person sicher gebunden an mindestens eine Bezugsperson

⁷ Die Auswirkungen einer sexuellen Traumatisierung werden nur in begrenztem Umfang wiedergegeben. Lediglich Auswirkungen die für den weiteren Verlauf der Arbeit relevant sind werden erörtert.

son und ist diese wohlmöglich in der bedrohlichen Situation zur Stelle oder aber im Verarbeitungsprozess unterstützend und einfühlsam wird das traumatische Ereignis integriert und verarbeitet. Somit werden geringere bis keine Folgeerscheinungen hervorgerufen. Werden jedoch die traumatischen Erlebnisse geleugnet, ignoriert oder gar von der Bezugsperson selbst ausgelöst, so besteht nicht die Möglichkeit, das Traumatische zu verarbeiten und hat dementsprechend weitreichende Folgen und geht meist zusätzlich mit einem Bindungstrauma einher (Brisch, 2009; Fischer & Riedesser, 2009). Neben Ressourcen und Resilienzen, nehmen, wie bereits in Kapitel 2.1 benannt, weitere Kriterien Einfluss auf Folgeerscheinungen von sexuellen Traumatisierungen.

Sexuelle Traumatisierungen gehen oft einher mit psychischen Störungen wie einer Posttraumatischen Belastungsstörung, Depressionen, Suizidgefährdung oder Suizid, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Angst- und Zwangsstörungen, emotionalen Regulationsstörungen, destruktivem und selbstdestruktivem Verhalten und dissoziativen (Identitäts-)Störungen (Moggi, 2002). Die Vulnerabilität im Erwachsenenalter an einer psychischen oder psychosomatischen Störung zu erkranken, erhöht sich erheblich durch eine sexuelle Traumatisierung in der Kindheit und dies steht ebenfalls in Verbindung mit einer unsicheren Bindungsqualität (Brückl & Binder, 2017 zit. n. Kessler et al., 2010; Goldbeck, Allroggen, Münzer, Rassenhofer & Fegert, 2017). Essstörungen und Suchterkrankungen sind mögliche Auswirkungen (Wöller, 2014). Feindseligkeit oder auffälliges Verhalten gegenüber Menschen mit dem Geschlecht des Täters sowie Ängste vor Sexualität und Intimität oder Misstrauen in

Beziehungen sind häufige Erscheinungen.⁸ Auch überangepasste Verhaltensweisen von Betroffenen oder eine erhöhte Leistungsmotivation können Folgeerscheinungen sein. Weitere Auswirkungen sind Vernachlässigung von Hygiene oder zwanghaftes Verhalten, wie langanhaltendes Waschen und das Tragen von „unförmiger“ Kleidung, um körperliche Betonung zu vermeiden. Insgesamt geht eine sexuelle Traumatisierung häufig damit einher, dass die Betroffene vermeiden möchte attraktiv zu wirken. Durch zum Beispiel Essstörungen wird die Figur „entstellt“, um unter anderem die Entwicklung zur Frau zu unterdrücken (Deegener, 2005; Kersten, 2017).

Sexuelle Traumatisierungen können das Stressverarbeitungssystem einschränken und führen somit im weiteren Verlauf zu einer erhöhten Erregung. Schmerzen können als Ausdruck dessen dienen (Garbe, 2016; Scherwath & Friedrich, 2016). Sexuelle Traumatisierungen können im Zusammenhang mit psychosomatischen Erkrankungen (Egle, Klinger, Ecker-Egle & Zentgraf, 2014) und Störungen des Immun- und Nervensystems stehen und diese könnten als Folge ein chronisches Schmerzsyndrom auslösen (Brückl & Binder, 2017 zit. n. Goodwin & Stein, 2004). Zu psychosomatischen Erkrankungen zählen unter anderem chronische Unterbauchschmerzen, Zyklusstörungen, Kopf-, Magen- und Rückenschmerzen und Atemschwierigkeiten (Deegener, 2005; Mark, 2016). Die Abneigung gegen den eigenen Körper ist häufig präsent, die sexuell traumatisierte Frau nimmt ihren Körper als beschädigt und fremd wahr (Kersten, 2017). Zu den körperlichen Folgen im direkten Anschluss an eine sexualisierte Gewalterfahrung zählen Verletzungen wie Kratzer, Bisswunden, Blutergüsse oder Verletzungen im vaginal

⁸ Auswirkungen für die Sexualität und Partnerschaft werden im Kapitel 4.1 und 4.4.1 konkretisiert.

oder anal Bereich (Deegener, 2005). Langfristig können sexuell übertragbare Erkrankungen oder Infektion und Verletzungen der Geschlechtsorgane eine Auswirkung sein (Moggi, 2002; Simkin & Klaus, 2015).

Schuld- und Schamgefühle und ein vermindertes Selbstwertgefühl sind häufige Auswirkungen (Moggi, 2002). Gerade Schuld- und Schamgefühle sind präzente Bestandteile nach sexuellen Traumatisierungen, die den weiteren Entwicklungsverlauf stark prägen. Die Projektion von Schuld und negativen Gefühlen gegen die eigene Person, wird Täterintrojekte genannt (Stadler, 2017). Diese Projektion findet als Ausgleich statt, da die Betroffene, vor allem wenn der Täter eine wichtige Bezugsperson darstellt, in einem Abhängigkeitsverhältnis steht und den Täter benötigt um zu überleben. Somit werden die negativen Gefühle auf sich selbst projiziert, um so den Täter nicht negativ zu prägen (Hahn, 2015). Die eigene Täterschaft lässt sich durch die Identifizierung mit dem Täter erklären. Es wird der Machtlosigkeit durch Kontrolle entgegengestrebt. Eine Identifizierung mit dem Täter und die Ausübung von (sexualisierter) Gewalt ermöglicht der Betroffenen handlungsfähig und selbstwirksam zu sein, somit die Betroffenen-Rolle abzulösen und die Ohnmacht umgekehrt zu haben (Scherwath & Friedrich, 2016). Die eigene Täterschaft ist jedoch nicht nur begründet in einer sexuellen Traumatisierung, sondern könnte unter anderem aufgrund zusätzlicher Traumatisierungen, sowie eingeschränkten Entwicklungsbedingungen stattfinden (Hahn, 2015).

Die eingeschränkte Verarbeitung von Stress wird im weiteren Verlauf des Öfteren präsent sein. Gerade durch lebensverändernde Ereignisse, wie die werdende Mutter-

schaft, können sexuelle Traumatisierungen reaktualisiert werden, dies wird nachfolgend konkretisiert.

4 Auswirkungen auf die sexuell traumatisierte werdende Mutter

Wie zuvor schon benannt, mündet nicht jede sexualisierte Gewalterfahrung in Folgeerscheinungen, diese stehen häufig in Abhängigkeit zu anderen traumatisierenden Erfahrungen. Möglich ist, dass die sexuelle Traumatisierung durch sofortige Hilfe und Unterstützung bearbeitet und integriert wird oder Betroffene sich im Jugend- oder Erwachsenenalter eigenständig in therapeutische Behandlung begeben haben. Dementsprechend wird nicht jede sexuell traumatisierte Frau während der Schwangerschaft, Geburt und werdenden Mutterschaft Auswirkungen ihrer kindlichen Erfahrungen erleben. Im Folgenden wird jedoch von einer Frau ausgegangen, die eine sexuelle Traumatisierung erlebt und nicht oder nur teilweise verarbeitet hat und Auswirkungen dessen herausgearbeitet.

Mutter zu werden ist grundsätzlich ein einschneidendes Ereignis, welches große Herausforderungen birgt und eine Veränderung der Rollen mit sich bringt. So wird jede Partnerschaft gefordert und muss sich den neuen Bedingungen anpassen. Die bevorstehende Elternschaft lässt die eigenen Kindheitserfahrungen erneut aufleben und damit möglicherweise auch den Wunsch nach Verbesserung. Die sexuell traumatisierte Frau kann im Verlauf der Schwangerschaft auf mögliche Hindernisse stoßen, die begründet sind in ihren Gewalterfahrungen und deren Kontext. Im Anschluss wird vorerst das Ausleben von Sexualität und der bedingte Prozess des Schwanger-

werdens betrachtet, um nachfolgend das Schwangerschafts- und Geburtserleben zu betrachten.

4.1 Auswirkungen auf die Sexualität und somit das Schwangerwerden

Sexuelles Erleben ist Voraussetzung für eine Schwangerschaft. Welche Auswirkungen eine sexuelle Traumatisierung auf die Sexualität und somit das Schwangerwerden hat, wird im Folgenden näher erläutert.

Gemäß Büttner (2018) sind Auswirkungen einer sexuellen Traumatisierung von dem risikoreichen und exzessiven Ausleben von Sexualität, der sexuelle Aggressivität und auf der anderen Seite dem Vermeiden von sexuellen Handlungen. Das risikoreiche und exzessive Ausleben kann im Zusammenhang mit einer Wiederholung des Traumas stehen und somit zu Retraumatisierungen führen. Zum einen kann dies in der Selbstentwertung der sexuell traumatisierten Frau begründet sein, zum anderen sind mögliche dissoziative Zustände ursächlich dafür, dass Warnsignale nicht wahrgenommen werden (Wöller, 2005 zit. n. Finkelhor, 1988). Die eigene Täterschaft und sexuelle Aggressivität lässt sich anhand von Täterintrojekten und -identifikationen erklären. Eine sexuelle Erregung könnte ebenfalls nur im aggressiven Ausleben von Sexualität erreicht werden (Kersten, 2017). Ursächlich für eine gehemmte und vermeidende Sexualität könnte sein, dass die sexuelle Traumatisierung zu einer ungewollten Erregung geführt hat. Die Erregung als solche wird schambehaftet empfunden und löst Gefühle der Selbstentwertung aus (Büttner, 2018). Neben den Auswirkungen auf das Ausleben von Sexualität gibt es auch zahlreiche Auswirkungen auf das Erleben von Sexualität. Wie bereits in Kapitel 3.2 beschrieben, können sexuelle

Traumatisierungen (psycho-)somatische Erkrankungen nach sich ziehen, wie auch sexuelle Funktionsstörungen, die das sexuelle Erleben beeinträchtigen. Sexuell traumatisierte Frauen haben ein erhöhtes Risiko an einer sexuellen Funktionsstörung zu leiden (Velten, 2018). Die sexuelle Funktionsstörung geht nicht zwingend mit einem Leidensdruck einher, bedarf demnach nicht notwendigerweise eine Behandlung (Büttner, 2018). So können viele betroffene Frauen auch ohne Sexualität leben, da einige ihre Sexualität nicht ohne Schmerzen oder triggernde Erinnerungen ausleben können. Die triggernden Erinnerungen können zu dissoziativen Zuständen führen (Büttner & Paschinger, 2018). Die wohl schwerwiegendste Folge einer sexualisierten Gewalterfahrung ist die Schwangerschaft in der Adoleszenz (Garbe, 2016). Ebenso besteht die Möglichkeit, durch riskantes Sexualverhalten ungewollt schwanger zu werden. Dies führt dazu, dass sexuell traumatisierte Frauen die ungewollte Schwangerschaft als erneuten Missbrauch ihres Körpers erleben, mit dem Gefühl, dies verdient zu haben (Simkin & Klaus, 2015). Die im Anschluss beschriebene werdende Mutter, hat selbstbestimmt die Entscheidung für eine Schwangerschaft getroffen und diese ist somit auch nicht durch eine sexualisierte Gewalthandlung entstanden.

Auswirkungen auf die Sexualität sind keine Geringfügigkeit und können das Schwangerwerden beeinträchtigen. Durch risikoreiches sexuelles Ausleben oder durch die sexualisierte Gewalterfahrung an sich, besteht das Risiko einer sexuell übertragbaren Erkrankung, wie auch somatische Folgen für die Geschlechtsorgane (Gabrys & Goeckenjan, 2019 zit. n. Hellbernd, Brzank, Wieners & Maschewsky-Schneider, 2004). Dies kann zur Unfruchtbarkeit oder einer längeren Dauer der Befruchtung führen. All dies sind Erscheinungen, die erneut zu Minderwertigkeits- und Schuldgefühlen führen können

wertigkeits- und Schuldgefühlen führen können (Simkin & Klaus, 2015). Doch nicht nur (psycho-)somatische Erkrankungen können den Prozess beeinträchtigen, auch auf psychischer Ebene steht die sexuell traumatisierte Frau vor vielen Herausforderungen. Das Vertrauen in Beziehungen sowie das Zulassen von Nähe ist für viele sexuell traumatisierte Frauen eingeschränkt (Deegener, 2005; Kavemann, 2018). Gerade Menschen desselben Geschlechts, wie das des Täters, zu vertrauen, stellt eine Herausforderung dar. Für viele Frauen steht der Kinderwunsch insgesamt in Frage (Kavemann, 2018; Simkin & Klaus, 2015). Nachfolgend werden Auswirkungen der sexuellen Traumatisierung herausgearbeitet, die das Erleben von Schwangerschaft und Geburt beeinträchtigen.

4.2 Auswirkungen auf die Schwangerschaft

Traumatisierende Ereignisse können als bearbeitet oder ohne weitreichende Folgen gelten, sowie auch komplett verdrängt sein und durch einschneidende Erlebnisse wie eine Schwangerschaft bewusst werden oder Folgeerscheinungen hervorrufen (Simkin & Klaus, 2015). Da während der Schwangerschaft und Geburt dieselben Körperregionen betroffen sind, sowie ähnliche Handlungen und Berührungen vorgenommen werden wie bei der sexuellen Traumatisierung, ist die Wahrscheinlichkeit getriggert zu sein, Flashbacks oder gar Retraumatisierungen zu erleben, erhöht. Zu Triggern während der Schwangerschaft zählen unter anderem die vaginalen Untersuchungen, welche mit Triggerreizen verknüpft sein könnten, wie das Ultraschallgel, aufgrund der Ähnlichkeit mit Sperma, die Nacktheit, bestimmte Körperhaltungen, der vaginale Ultraschall oder das Abtasten der Brust. Auch die körperlichen Veränderungen und die Unsicherheit sowie Unkontrollierbarkeit der nachfolgenden Geburt

sind mögliche Trigger während einer Schwangerschaft (Leeners et al., 2003; Simkin & Klaus, 2015).

Zunächst sind äußerliche Erscheinungen ursächlich für unwohl sein in der Schwangerschaft. Schon die Tatsache an sich, dass eine Frau sichtbar schwanger ist und dies ursächlich eines sexuellen Erlebens ist, ist für sexuell traumatisierte Frauen schambehaftet. Da jeder ihr begegnende Mensch weiß, dass sie Sexualität auslebt und dies in Verbindung zu Scham und Ekel stehen kann (Leeners et al., 2003; Simkin & Klaus, 2015). Die Veränderung von Bauch- und Brustumfang lässt die weiblichen Kurven verstärkt ausprägen, welches zum Unwohlsein mit dem eigenen Körper führen könnte. Als Auswirkung wurde das Entwickeln eines gestörten Essverhaltens bereits beschrieben, so nehmen einige Frauen auch in der Schwangerschaft ab und tragen weite Kleidung, um dies zu kaschieren (Simkin & Klaus, 2015). Ansteigender Stress kann im Zusammenhang mit dem Verzicht auf Zigaretten, Alkohol oder Drogen stehen. Für einige sexuell traumatisierte Frauen sind Konsummittel Auswege aus wiederkehrenden Erinnerungen und Gefühlen (Simkin & Klaus, 2015). Wie in Kapitel 3.2 erläutert, sind Alpträume und Schlafstörungen geläufige Auswirkungen einer sexuellen Traumatisierung und können sich durch erhöhten Stress unmittelbar negativ auf die Schwangerschaft auswirken (Simkin & Klaus, 2015). Eine häufige Auswirkung in der Schwangerschaft ist die geringe Vorsorge von werdenden Müttern (Kruse, 2017). Die sexuelle Traumatisierung hindert Betroffene häufig eine*n Gynäkolog*in aufzusuchen (Gabrys & Goeckenjan, 2019). Neben den Ängsten über die Vorsorgeuntersuchungen an sich, ist auch das Berichten oder die Ersichtlichkeit einer vergänglichen sexualisierten Gewalterfahrung hin-

derlich und endet häufig darin, dass die Schwangere Untersuchungen meidet (Peschers, Jundt & Kindermann, 2003; Simkin & Klaus, 2015).

Eine Schwangerschaft bedarf mehr Abhängigkeit und schränkt die Frau körperlich ein. Dies birgt für sexuell traumatisierte Frauen das Gefühl die Selbstkontrolle zu verlieren (Simkin & Klaus, 2015). Gerade für betroffene Frauen ist es wichtig die Kontrolle zu erhalten und Ohnmachtsgefühle zu vermeiden, um nicht getriggert zu werden und in Panik oder Ängste zu verfallen. Präziser wird der Kontrollverlust unter den Wehen und der Geburt, dies wird im nächsten Kapitel explizierter erarbeitet. Betroffene Frauen werden häufiger erneut Betroffene (sexualisierter) Gewalt durch ihren Partner in der Schwangerschaft (Gabrys & Goeckenjan, 2019 zit. n. Perttu & Kaselitz, 2005). Demnach sind Retraumatisierungen und geringe soziale Unterstützung ein wiederkehrendes Phänomen.

Im weiteren Verlauf wird eine Studie herangeführt, die die vorangegangene Ausarbeitung unterstützt und erweitert. Die Studie⁹ untersuchte mögliche Auswirkungen sexualisierter Gewalterfahrungen in der Kindheit auf den Verlauf von Schwangerschaft und Geburt. Die Befragungen und Auswertungen unterscheiden sich anhand ihrer Thematik. So wird im Folgenden die Befragung bezüglich Schwangerschaftskomplikationen und Auswirkungen auf Vorsorgeuntersuchungen bearbeitet und in Kapitel 4.3 auf die Ergebnisse bezüglich des Geburtsverlaufs eingegangen. Im Anschluss wird das Studiendesign gekürzt

⁹ Aufgrund mangelnder Literatur konnten das methodische Vorgehen sowie Hintergrundinformationen der Studie nur gekürzt dargestellt werden. Die Studie an sich ist jedoch allumfassend des Themas, demnach wurde davon abgesehen eine andere Studie heranzuziehen. Dies auch darin begründet, dass es grundlegend Mangel an Untersuchungen und Studien zu diesem Thema gibt. Auch die direkte Kontaktaufnahme mit einer der Autor*innen war leider nicht erfolgreich.

wiedergegeben. Befragt wurden 85 betroffene Frauen und 170 Frauen der Kontrollgruppe, welche nicht betroffen waren (Leeners et al., 2016). Die Studie fand in Kooperation mit dem Aachener „Frauennotruf“ statt. Die betroffenen Frauen wurden in Beratungsstellen angefragt und die Frauen der Kontrollgruppe in Kindergärten, Zahnarzt- und gynäkologischen Praxen. Auf jede betroffene Frau kamen zwei nicht Betroffene. Voraussetzungen waren neben der Betroffenheit und Nicht-Betroffenheit, dasselbe Alter der Kinder als auch der Frauen und dieselbe Anzahl an Kindern. Ein weiteres Auswahlkriterium war, ob die Frauen eine bereits erfolgreiche Geburt erlebt hatten und uneingeschränkt die Fragen verstehen und beantworten konnten. Neben der Befragung¹⁰ wurden die Daten der Mutterpässe hinzugezogen. In den Mutterpässen werden Untersuchungsergebnisse von Schwangerschaft bis Wochenbett festgehalten. Bevor der Fragebogen bezüglich der Schwangerschaft und Geburt bearbeitet wurde, sind die betroffenen Frauen von Spezialist*innen für sexualisierte Gewalt zu ihren Erfahrungen interviewt worden (Leeners et al., 2010, 2013, 2016). Der Fragebogen inkludierte Fragen bezüglich der Art der sexualisierten Gewalthandlung, das Alter zu Beginn und die Dauer, die Anzahl der Täter und die Beziehung, der Altersunterschied zwischen Täter und Betroffener und die körperlichen Auswirkungen. Des Weiteren gab es Fragen zur Offenbarung und zur sozialen, wie auch psychischen Unterstützung (Leeners et al., 2010). Die Fragen ließen sich durch mehrere, je nach Frage unterschiedlich viele, vordefinierte Antwortmöglichkeiten beantworten oder mit „Ich weiß es nicht“. Teils konnten Fragen individuell beantwortet werden. Fragen die nur mit „Ja/Nein“ oder „Ich weiß es nicht“ beantwortet

¹⁰ Der Fragebogen ist eine überarbeitete Fassung von Wyatt (1985).

werden konnten, bezogen sich auf den Gebrauch von Gewalt und Alkohol oder Drogen während der sexualisierten Gewalthandlung, sowie ob Erinnerungen an die sexualisierten Gewalterfahrung vorhanden sind. Zusatzfragen beschäftigten sich mit körperlichen Gewalterfahrungen in der Kindheit, ob diese erlebt wurden oder nicht und wenn bejaht, welche körperlichen Folgen diese mit sich zogen (Leeners et al., 2010).¹¹

Um die Studiengruppe der Betroffenen zu betrachten, werden im Folgenden grundlegende Informationen und deren sexuelle Traumatisierung dargestellt (vgl. Tab. 1, S.62). 92,9 % der sexuell traumatisierten Frauen gaben an, sexualisierte Gewalterfahrungen mit Körperkontakt erfahren zu haben („Hands-on“ s. Kap. 3.1). Überwiegend berichteten die Betroffenen sexualisierte Gewalterfahrungen vor ihrem sechsten Geburtstag erlebt zu haben (41,2%). Als zweitgrößter Anteil, 16,5%, zwischen ihrem sechsten und achten Lebensjahr. 10,6% berichteten von einmaligen Handlungen, 78,8% von wiederholenden und 47,1% über eine längere Zeitspanne von zwei Jahren. 53% der Täter waren Verwandte, 37,2% Bekannte und 9,8% Fremdtäter (Leeners et al., 2013, 2016). Neben der Betroffenheit von sexualisierter Gewalt gaben 65,9% an auch körperlicher Gewalt in der Kindheit ausgesetzt gewesen zu sein. Die Prävalenzen dieser Studie spiegeln die vermehrte Ausübung von sexualisierten Gewalterfahrungen durch Verwandte und Bekannte wider, die meist wiederholend auftreten und somit von einer Komplextraumatisierung auszugehen ist, sowie andere Gewalterfahrungen, zum Beispiel körperliche Gewalt, als weitere Traumatisierungsfaktoren dienen könnten. Diese Ergebnisse können in Zusammenhang mit

¹¹ Analysiert wurden die Werte mit Hilfe des Chi-Square Tests, Fisher's Exact Tests, des Mann Whitney Tests und logistischen Regressionsmodellen (Leeners et al., 2016).

den Kriterien bezüglich der Schwere der Folgen gesetzt werden (s. Kap. 2.1). Die Art, das Alter zu Beginn, die Dauer, die Häufigkeit, wie auch die Beziehung zwischen Täter und Betroffener sind relevant. Eine sexualisierte Gewalthandlung, die mit körperlichem Kontakt wie auch Gewaltausübung einhergeht, wird als schwerwiegender klassifiziert. Eine Häufung und lange Dauer, sowie ein naher Bekanntheitsgrad, lassen auf eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, komplexere Folgen davon zu tragen, schließen. Sowie das jüngere Alter bei Beginn darauf schließen lässt, dass weniger Resilienzen zur Verfügung stehen und somit das Traumatische unzureichend bewältigt wurde. Anhand der Ergebnisse könnte demnach davon ausgegangen werden, dass die betroffenen Frauen unter komplexeren Auswirkungen zu leiden haben. Die Studie lässt sich somit auf die, für die vorliegende Arbeit gewählte Definition einer sexuellen Traumatisierung, übertragen (s. Kap. 2.1).

Grundlegend sind die befragten Frauen weniger oft verheiratet oder leben in einer Partnerschaft (61,2% zu 95,9%) und sind in niedrigeren Arbeitspositionen. Konkret auf den Verlauf von Schwangerschaft wurden Fragen bezüglich Vorerkrankungen, Komplikationen während der Schwangerschaft, Konsumverhalten, körperliche wie auch sexualisierte Gewalt während der Schwangerschaft, sowie Krankenhausaufenthalt und dessen Grund, gestellt.

„During pregnancy, physical as well as psychological changes can trigger memories of CSA¹², which may negatively influence prenatal care“ (Leeners et al., 2013, 365)

56,5% der Betroffenen gaben an, dass sich die sexualisierte Gewalterfahrung auf ihre Schwangerschaft und

¹² CSA = Childhood Sexual Abuse.

Vorsorge auswirkte. In Form von Ängsten, einer beeinträchtigten Körperwahrnehmung, dem Wahrnehmen und Äußern der eigenen Bedürfnisse und dem Vertrauensverhältnis zum Klinikpersonal (Leeners et al., 2013). Die betroffenen Frauen beschrieben eine geringere Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen (72,9% vs. 84,1%) und noch deutlich weniger die Teilnahme mit dem jeweiligen Partner (36,3% vs. 61,2%) (Leeners et al., 2016). Insgesamt berichten 5,9% der betroffenen Frauen von Vorerkrankungen, die mit einem erhöhten Risiko für Schwangerschaftskomplikationen einhergehen (zu 4,1% der Kontrollgruppe). 68,2% der Betroffenen berichteten von Schwangerschaftskomplikationen. Untersucht wurde auch der Zusammenhang von Schwangerschaftskomplikationen und körperlicher und emotionaler Gewalt (62,5%, 66,2%), Drogenkonsum während der Schwangerschaft (64,7%), sowie sonstigen Erfahrungen in der Kindheit (66,2%) (u.a. Suchterkrankung, geistige Beeinträchtigungen, Haft von Familienmitgliedern). Das höchste Risiko für Schwangerschaftskomplikationen besteht somit bei sexualisierten Gewalterfahrungen (Leeners et al., 2010).

Die häufigsten Komplikationen waren vermehrte Krankenhausaufenthalte (41,2% vs. 19,4%), vorzeitige Wehen (38,8% vs. 20%) und eine Zervixinsuffizienz (Gebärmutterhalsschwäche) (25,9% vs. 9,4%), welche ursächlich für eine Frühgeburt sein können (18,8 % vs. 8,2%) (vgl. Tab. 2, S.62) (Leeners et al., 2010). Vermehrte Krankenhausaufenthalte lassen sich zum einen auf häufigere Schwangerschaftskomplikationen zurückführen. Wie in Kapitel 3.2 beschrieben, sind sexuell traumatisierte Frauen übermäßig von psychosomatischen Erkrankungen betroffen und suchen dementsprechend vermehrt, ohne pathologische Befunde, Ärzt*innen auf

(Peschers et al., 2003). Auf der anderen Seite könnten Ängste vor Komplikationen und übermäßige Reaktionen auf Schmerzen zu mehr Krankenhausaufenthalten führen (Simkin & Klaus, 2015). 14,1% der betroffenen Frauen gaben an, in der Schwangerschaft Drogen und/oder Alkohol konsumiert zu haben (2,9% der Kontrollgruppe). Wie bereits beschrieben, ist der Konsum von Drogen und Alkohol eine Strategie, um intrinsischen Gefühlen entgegenzuwirken. 16,5% der sexuell traumatisierten Frauen gaben an, körperliche Gewalt während der Schwangerschaft, sowie 12,9%angaben, sexualisierte Gewalt erlebt zu haben. Im Gegensatz dazu gab keine Befragte der Kontrollgruppe an, körperlicher oder sexualisierter Gewalt während der Schwangerschaft ausgesetzt zu sein. Bezeichnend ist, dass sexuell traumatisierte Frauen in der Schwangerschaft häufiger retraumatisierenden und reviktimisierenden Beziehungen oder Situationen ausgesetzt sind. Dies gilt als weiterer Stressfaktor und kann die Schwangerschaft und Geburt erheblich beeinträchtigen. Die Partnerschaft, die gerade in einer sensiblen Phase wie der Schwangerschaft Halt und Sicherheit geben sollte, wirkt erneut traumatisierend.

60% der Betroffenen gaben an, sich ihrer sexuellen Traumatisierung während der Schwangerschaft bewusst gewesen zu sein, während bei den restlichen 40% die Erinnerungen erst später eintrafen. Für die meisten betroffenen Frauen ist die sexuelle Traumatisierung ein stets präsender Bestandteil der Schwangerschaft gewesen. 98% der betroffenen Frauen gaben an während der Schwangerschaft konkrete Erinnerungen an die sexualisierten Gewalterfahrungen gehabt zu haben. Die Zahlen für Schwangerschaftskomplikationen bei Frauen, die sich der sexualisierten Gewalterfahrung bewusst waren und

denen, die sich erst nach der Schwangerschaft erinnern, sind nahezu identisch (Leeners et al., 2010).

57,6% berichteten von dissoziativen Zuständen, wie Taubheitszustände des Körpers, Depersonalisation und Derealisation (s. Kap. 3.1.2). 30,6% von ihnen nahmen die Dissoziation als hilfreich wahr, 22,4% als störend und 8,2% sowohl hilfreich als auch störend (Leeners et al., 2013). Die betroffenen Frauen berichteten davon, dass der dissoziative Zustand insofern hilfreich ist, da sie somit die Situation kontrollieren konnten und die Dissoziation nutzten, um ungewollten Erinnerungen und Emotionen, sowie Schmerzen auszublenden. Die Dissoziation wird demnach überdurchschnittlich oft als hilfreich angesehen und hier als Schutzmechanismus benutzt, um sich vor Schmerzen, Emotionen und Flashbacks zu schützen.

Die häufigsten und intensivsten Trigger in der Schwangerschaft waren vaginale Untersuchungen und die Abhängigkeit von anderen Menschen mit jeweils 19,2%, sowie das Erkennen der werdenden Mutterschaft (15,4%) und grundsätzliche Untersuchungen (14,1%). Die Abhängigkeit von anderen Menschen kann eine Abgabe von Kontrolle bedeuten. Das Erkennen der eigenen Mutterschaft steht in Zusammenhang mit Gefühlen und Vorstellungen des in sich heranwachsenden Kindes. In Simkin und Klaus (2015) werden Fallvignetten sexuell traumatisierter Frauen geschildert, die über ihre Erfahrungen während der Geburt und Schwangerschaft berichten. So bekundeten sie in der Schwangerschaft ablehnende, idealisierende wie auch unrealistische Gefühle gegenüber dem Kind. „Viele Frauen empfinden den Fötus wie einen ‚Parasiten‘, der ihnen die Energie aussaugt.“ (Simkin & Klaus, 2015, 52). Eine Betroffene äu-

ßert ihr Unwohlsein aufgrund des Kindes männlichen Geschlechts, welches in ihr heranwächst. Jedoch nicht nur abhängig von dem Geschlecht kann eine Schwangerschaft als erneuter Entzug der Selbstkontrolle wahrgenommen werden. Gegensätzlich dazu berichtet eine Betroffene: „Ihr Baby, so hoffte sie, würde ihre Freundin sein, jemand, der sie lieben und ihrem Leben Sinn geben würde.“ (Simkin & Klaus, 2015, 53). Mittels dieses Beispiels lässt sich erkennen, dass vermutlich aufgrund eines Bindungstraumas, die Bedürfnisse nach Nähe, Geborgenheit und Sicherheit unbefriedigt bleiben können und diese in die Idealisierung des Kindes hineinprojiziert werden. Ängste und Gefühle der Bedrohung durch das Kind, sowie Komplikationen in Schwangerschaft und Geburt sind mögliche Risikofaktoren für eine eingeschränkte Bindungsentwicklung (Brisch, 2009). Laut Brisch (2009) sind Ängste der Mutter unter anderem ursächlich in Traumatisierungen, wie auch in retraumatisierenden Partnerschaften. Somit werden schon vorgeburtlich Komplikationen für die Mutter-Kind-Beziehung geschaffen. Konkretisiert wird dies in Kapitel 4.4.2.

Zusammenfassend ist somit zu benennen, dass sexuell traumatisierte Frauen häufiger Komplikationen während der Schwangerschaft ausgesetzt sind, weniger an Vorsorgeuntersuchungen und Geburtsvorbereitungskursen teilnehmen und somit trotz vermehrter Ängste unvorbereiteter einer Geburt gegenüberstehen. Während der Schwangerschaft sind Betroffene durch Trigger und Flashbacks Retraumatisierungen ausgesetzt. Die dissoziativen Zustände werden sowohl negativ als auch positiv wahrgenommen, was damit einhergeht, dass die Dissoziation als erlernter Schutzmechanismus in Kraft tritt. Vermehrte Komplikationen, Ängste und schwierige part-

nerschaftliche Umstände sind ursächlich für erhöhten Stress während der Schwangerschaft und dieser kann wiederum ursächlich für Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen sein. Demnach stellt die Schwangerschaft sexuell traumatisierter Frauen einen risikoreichen Prozess dar, der mit vielen Hürden verbunden sein kann. Im nächsten Kapitel werden die Folgen einer sexuellen Traumatisierung auf den Geburtsverlauf dargestellt.

4.3 Auswirkungen auf die Geburt

„Am Ende [...] bilden natürlich die Wehen und die Geburt den Höhepunkt dieses elementarsten und fundamentalsten aller körperlichen Prozesse, der die Schwangere innerhalb von Stunden in eine Mutter verwandelt.“ (Simkin & Klaus, 2015, 70)

Die Geburt kann zum einen ein selbstermächtigendes Erlebnis sein, bei dem es eine große Selbstwirksamkeitserfahrung gibt, zum anderen aber auch ein traumatisierendes Ereignis. Eine frühkindliche Traumatisierung bedeutet nicht zwangsläufig eine traumatische Geburt zu erfahren. So können Flashbacks das Geburtserleben beeinträchtigen oder eine Geburt allein aufgrund von Geburtskomplikationen traumatisierend sein (Brisch, 2009). Erinnerungen an die sexuelle Traumatisierung holen betroffene Frauen in ihrer psychosexuellen Entwicklung ein und können beispielsweise wieder bei einer Geburt in Erscheinung treten (Goldbeck et al., 2017; Kavemann et al., 2016). Eine Geburt ist durch Kontrollverlust, Hilflosigkeit und Unbeweglichkeit geprägt. Da eine sexuelle Traumatisierung grundsätzlich mit Ohnmachtsgefühlen einhergeht, ist die Geburt leicht triggerbar (Assel, 2015). Es besteht eine andauernde Ungewissheit über den Beginn und die Dauer der Wehen, die möglichen

Komplikationen und die immensen Schmerzen (Simkin & Klaus, 2015).

In der Literatur werden einige Triggerreize beschrieben, die während der Geburt präsent sind. Benannt wird die Unkontrollierbarkeit und Ungewissheit über den Geburtsverlauf, die Nacktheit und Entblößung und die Körperhaltungen, welche der Haltung während der sexualisierten Gewalthandlung gleichen kann und mit einem Ausgeliefertsein sowie einer eingeschränkten Bewegungsfähigkeit einhergehen. Schamgefühle aufgrund von Nacktheit und typischen Geräuschen einer Geburt, wie Stöhnen, lautes Atmen, der Kontrollverlust und die Schmerzen, sowie das Verhalten und Äußerungen Beteiligter (dem Klinikpersonal, Familienangehörige) (Leeners et al., 2003; Simkin & Klaus, 2015). Triggernde Aussagen des Klinikpersonals können sich mit Formulierungen des Täters während der sexuellen Traumatisierung überschneiden („Gleich ist es vorbei.“ oder „Ist doch nicht so schlimm.“) (Kruse, 2017). So fühlen sich sexuell traumatisierte Gebärende möglicherweise häufiger unsicher oder missverstanden. Das häufig bestehende Machtgefälle zwischen Klinikpersonal und Gebärender, durch beispielsweise Aufforderungen des Personals oder durch Einnahme von bestimmten Körperhaltungen, kann für sexuell traumatisierte Frauen triggernd sein und Gefühle der Ohnmacht, wie während der sexualisierten Gewalterfahrung aktualisieren (Simkin & Klaus, 2015). Anhand der Triggerreize lässt sich herausarbeiten, dass der Verlust von Kontrolle und die Angst davor, sei es durch die Ungewissheit des Geburtsverlaufs oder die eingeschränkte Bewegungsfreiheit, präsent sind und das Erleben der Geburt beeinflussen.

„Die körperlichen Vorgänge rund um die Geburt können leicht triggern. Dies gilt vor allem für frühere sexualisierte Gewalt, denn während der Geburt sind die gleichen Körperregionen betroffen.“ (Kruse, 2017, 203)

Demnach kann eine Geburt Flashbacks auslösen, welche wiederum zu dissoziativen Zuständen führen in denen Schmerzen und Kindsbewegungen ausgeblendet werden (Kruse, 2017). Durch das verminderte Körperempfinden können (frühzeitige) Wehen nicht rechtzeitig wahrgenommen werden, ebenso kann die eingeschränkte Wahrnehmung zu sogenannten verdrängten Schwangerschaften führen, bei der die Frau nicht wahrnimmt, schwanger zu sein (Gabrys & Goeckenjan, 2019 zit. n. Donovan, Spracklen, Schweizer, Ryckman & Saftlas, 2016; Simkin & Klaus, 2015). Hauptsächlich ist dieses Phänomen bei jugendlichen oder jungen erwachsenen Frauen anzutreffen. Die dissoziierende Gebärende kann ihre Bedürfnisse nicht adäquat äußern. Sie lässt die Geburt und Untersuchungen über sich ergehen (Simkin & Klaus, 2015). Im Gegensatz dazu steht eine sexuell traumatisierte Frau, die in Panikzustände und Übererregung verfällt und beispielsweise keine Untersuchungen oder Eingriffe zu lassen will und wohlmöglich den Geburtsverlauf aufhält (Kruse, 2017; Simkin & Klaus, 2015). Sie möchte die Kontrolle behalten und wünscht sich eine präzise geplante Geburt. So kann die Ausschüttung von Stresshormonen während der Geburt den Verlauf der Wehen hemmen (Simkin & Klaus, 2015). Einige sexuelle traumatisierte Frauen erwarten eine dauerhafte Betreuung und die Anwesenheit der Hebammen ist für sie notwendig. Sie haben möglicherweise wenig Vertrauen in sich, brauchen viel Unterstützung und wollen nicht alleine sein (Deutscher Hebammenverband e.V., 2012; Simkin & Klaus, 2015).

Die Ergebnisse der in Kapitel 4.2 beschriebenen Studie, werden nun bezüglich der empfundenen Geburtserlebnissen ausgewertet. Wie bereits erwähnt, leiden betroffene Frauen häufiger unter Schwangerschaftskomplikationen, welche einen Einfluss auf die Geburt nehmen (s. Kap. 4.2).

„An increasing number of studies indicate that psychological distress during pregnancy is associated with small-for-gestational-age infants and an increased risk for preterm delivery.“(Leeners et al., 2013, 365)

Gemäß der Studie haben betroffene Frauen ein erhöhtes Risiko für eine Frühgeburt (18,8% zu 8,2%) (Leeners et al., 2013). Vorzeitige Wehen, Zervixinsuffizienz, psychische Belastungen und schwierige soziale Verhältnisse werden unter anderem als Ursache für Frühgeburten gesehen (Distler & Riehn, 2012). Frühgeburten gehen vor allem dann mit einer höheren Mortalitätsrate, sowie Entwicklungsstörungen und -verzögerungen einher, je kürzer die Schwangerschaft und je geringer das Geburtsgewicht ist (Vonderlin, 2014). Die Geburt an sich wurde von den betroffenen Frauen öfter als lang andauernd beschrieben, (mit 14,5 Stunden gegenüber 7,2 Stunden bei der Kontrollgruppe). So gaben 31,8% der Betroffenen und 11,2% der Kontrollgruppe an, eine sehr lange Geburt gehabt zu haben. Wie teils schon beschrieben, könnte es aufgrund von Panik- und Stresszuständen der Gebärenden zum Aufhalten der Geburt führen. Weniger der betroffenen Frauen gaben, im Gegensatz zu der Kontrollgruppe, an während der Wehentätigkeit durch eine Vertrauensperson unterstützt worden zu sein (75,3% vs. 86,5%). Die Ursache könnte sein, dass sexuell traumatisierte Frauen generell weniger in Partnerschaften leben und somit möglicherweise der Kindsvater nicht an der Geburt teilnimmt oder teilnehmen möchte. Auch

Schamgefühle können ursächlich für geringere Unterstützung sein, so möchte die sexuell Traumatisierte nicht verschwitzt, nackt und hilflos von ihrem Partner wahrgenommen werden (Simkin & Klaus, 2015). Insgesamt fühlten sich weniger sexuell traumatisierte Frauen vorbereitet auf die Wehen im Vergleich zu der Kontrollgruppe (62,4% vs. 75,9%) (Leeners et al., 2013).

Die Studie befasst sich auch mit Ängsten und dem negativen wie auch positiven Erleben der Geburt. Ängste vor der Entbindung lagen bei betroffenen Frauen zu 24,7% vor, gegenüber 5,3% der nicht Betroffenen. In Simkin und Klaus (2015) berichteten sexuell traumatisierte Frauen von Ängsten vor der Geburt, zum einen aufgrund der Unkontrollierbarkeit der Situation und zum anderen vor wiederkehrenden Erinnerungen. Die in der Studie herausgearbeiteten Einflussfaktoren, die die Ängste vor der Geburt weiterhin verstärkten, waren die von männlichen Personen durchgeführten Untersuchungen (55,3% vs. 18,8%), das Nacktsein (58,8% vs. 28,2%) die vaginalen Untersuchungen (54,1% vs. 27,6%), gering erhöht der Kontrollverlust (63,5% vs. 57,1) und zusätzlich andere nicht näher definierte Ängste (15,3% vs. 2,4%) (vgl. Tab. 3, S.62). Das Geschlecht des Untersuchenden ist bedeutsam, da die Täter hauptsächlich männlich sind und somit diesem grundsätzlich weniger vertraut wird und vermutlich eine erhöhte Gefahr des Triggers besteht (durch z.B. den Geruch). Die Angst vor Kontrollverlust beeinflusst möglicherweise auch die Einnahme von Schmerzmitteln. So nahmen sexuell traumatisierte Frauen weniger häufig schmerzlindernde Maßnahmen in Anspruch (49,4% vs. 65,3%).

41,2% der betroffenen Frauen berichteten über Erinnerungen an ihre sexuelle Traumatisierung während der Geburt. In 9,7% der Fälle waren die Erinnerungen das erste Mal seit der Kindheit präsent. Hauptsächlich ausgelöst wurden diese durch die Aufforderungen und Einnahme einer bestimmten Position. Demnach bestätigen sich die vorangegangenen Aussagen, dass ein einschneidendes Ereignis, wie eine Geburt, die vergangenen Erfahrungen wieder präsent werden lassen kann. Auswirkungen auf wiederkehrende Erinnerung während des Geburtsverlaufs sind die Unfähigkeit zu entspannen (54,3%), erhöhte Schmerzen (31,4%), eine erschwerte Kooperation mit der Hebamme (31,4%), länger andauernde Wehen und Panik (28,6%). All diese Auswirkungen lassen auf einen schwierigeren Geburtsverlauf schließen. 57,6% der betroffenen Frauen erlebten dissoziative Zustände während der Geburt. Aus dieser Gruppe erleben 36,7% die Dissoziation als hilfreich, da einem Kontrollverlust entgegengewirkt wurde (40,9%) und Schmerzen (59,1%) und Ängste (4,5%) ausgeblendet werden konnten. 10,2% empfanden die Dissoziation als störend, während 8,2% von positiven wie auch negativen Effekten berichteten. Die restlichen 44,4% berichteten von keinem expliziten Effekt. Als hauptsächlich negativ wurde der Kontaktverlust zur Hebamme und Klinikpersonal beschrieben. Die sexuell traumatisierte Frau, welche dissoziiert, könnten möglicherweise in ihrem dissoziativen Zustand das Geschehene über sich ergehen lassen und nicht ansprechbar sein (Simkin & Klaus, 2015). So können medizinische Entscheidungen nicht mit den dissoziativen Müttern besprochen werden und ihren Bedürfnissen widersprechen. Dies könnte unter anderem ursächlich dafür sein, dass 87,1% der Kontrollgruppe angaben, in medizinische Entscheidungen mit einbezo-

gen gewesen zu sein, während dieser Anteil bei den sexuell traumatisierten Frauen dagegen 60% einnahm.

40,7% der Betroffenen gaben an, die Geburt als negativ erlebt zu haben, während 35,8% diese als positiv und weitere 23,5% diese als neutral einstufen. Aus der Kontrollgruppe berichtete nur 19,6% von negativen Erfahrungen. Mit 48,5% wurden deutlich häufiger positive Geburtserfahrungen erlebt und 31,9% gaben eine neutrale Sicht auf ihre Geburt wieder. Herausarbeiten lässt sich demnach, dass betroffene Frauen vermehrt schon vor der Geburt mit Ängsten konfrontiert sind und die Geburt wesentlich häufiger als negativ beschreiben. Die Bewertung als negative Geburtserfahrung, könnte darauf zurückzuführen sein, dass Komplikationen häufiger bei sexuell traumatisierten Frauen vorkommen. Trigger, die wiederkehrende Erinnerungen und dissoziative Zustände auslösen, welche wiederum für eine geringere Kooperationsmöglichkeit mit dem Klinikpersonal verantwortlich sein könnten sowie vorgeburtliche Ängste, könnten das Geburtserleben beeinträchtigen.

Auch nach der Geburt können Trigger auftreten. Dazu zählen unter anderem das Stillen und der Milcheinfluss, der nahe Körperkontakt zum Kind, die Genitalhygiene und Fiebermessen vom Kind, sowie die Nahtversorgung und die geringere Unabhängigkeit (Deutscher Hebammenverband e.V., 2012). Als Nachfolge einer Geburt können depressive Zustände in Erscheinung treten. Unterschieden werden postpartale psychische Erkrankungen anhand ihrer Dauer und Schwere. Abhängig sind diese nicht zwangsläufig von negativ erlebten Geburten, dort können ebenfalls hormonelle oder psychische Ursachen eine Rolle spielen. Gängige Diagnosen sind der

Babyblues, die postpartale Depression, die postpartale Psychose und eine Posttraumatische Belastungsstörung nach einer traumatischen Geburt (Rohde, 2001). Auf diese Erkrankungen wird im nachfolgenden nicht näher eingegangen, da für den vorliegenden Text lediglich die depressiven Zustände einer Mutter relevant sind.¹³ So ist es für die gerade neue Mutter nicht leicht ihr Kind anzunehmen, die kindlichen Bedürfnisse wahrzunehmen und zu erfüllen. „Ein gesundes Neugeborenes mit einer depressiven oder traumatisierten Mutter ist kein gutes Ergebnis“ (Simkin & Klaus, 2015, 86). Für eine sexuell traumatisierte Mutter können vertrauensvolle Beziehungen und das Zulassen von Nähe und Zärtlichkeiten eine immense Herausforderung sein. Die sexuell traumatisierte Mutter könnte die Zuneigung sowohl ihrer Kinder als auch ihrem Partner gegenüber in geringerem Maß zulassen. Durch die Distanziertheit wird das familiäre Zusammenleben geprägt (Kavemann, 2018).

Zusammenfassend lässt sich herausarbeiten, dass sexuell traumatisierte Frauen vermehrten Komplikationen in Schwangerschaft und Geburt ausgesetzt sind. Der Verlust von Kontrolle, die Nacktheit, Schamgefühle und triggernde Erinnerungen, durch beispielweise Körperhaltungen, verbale Äußerungen oder Berührungen sind häufige Auslöser. Ängste, Stresserleben und Panik sind unter anderem Auswirkungen dessen, welche ursächlich für Geburtskomplikationen und negative Geburtserlebnisse sein könnten.

¹³ Vgl. Literatur bzgl. psychischer Erkrankungen im Wochenbett: Psychische Störungen im Wochenbett: (Riecher-Rössler, 2012; Salis, 2007).

4.4 Auswirkungen auf die familiären Beziehungen

Die Auswirkungen für das familiäre System sind weitreichend und komplex.¹⁴ Vor allem wird deutlich, wie generationsübergreifende Traumatisierungen weitergetragen werden.

„Übergänge von jeder Phase in die nächste sind am günstigsten durch einen Abschied von Gewohntem und einer Anpassung an neue Bedingungen zu meistern. All diese Abschiede lösen Stress aus und benötigen Zeiten der Umgewöhnung, der Neuorientierung und Stabilisierung.“ (Korittko & Pleyer, 2016, 32)

So ist der Übergang einer Partnerschaft in eine Kleinfamilie mit neuen Herausforderungen verbunden (Goerke & Valet, 2018). Konflikte bezüglich der Erziehung oder der verschiedenen Vorstellungen von Familie sind nicht selten. Das dies verbunden sein kann mit Stress, ist nicht verwunderlich. Gerade die Auseinandersetzung mit der eigenen Elternschaft gibt Raum, über seine eigene Kindheit und das Erziehungsverhalten seiner Eltern nachzudenken. Frauen, die sexualisierten Gewalterfahrungen ausgesetzt waren, sind teils Betroffene einer gewaltgeprägten Erziehung, in der Ignoranz und geringe soziale Unterstützung vorherrschte. So sind vor allem die Ängste einer betroffenen Frau, ihre Kinder nicht schützen zu können, präsent.

In Noll (2013) wird eine Forschungsarbeit¹⁵ dargestellt, in der zehn narrative Interviews durchgeführt und drei davon konkret ausgearbeitet wurden. „Wie wirkte sich das Erleben innerfamiliärer sexualisierte Gewalt in der Kind-

¹⁴ Das vorliegende Kapitel beschäftigt sich aufgrund des begrenzten Umfangs der Arbeit nur eingeschränkt mit dieser Thematik. Wie bereits benannt ist Literatur zu Depression vor und nach der Geburt relevant, wie auch Literatur zum familiären Zusammenleben mit traumatisierten oder psychisch erkrankten Eltern. Vgl.: (Korittko & Pleyer, 2016; Mattejat & Lisofsky, 2014).

¹⁵ Hinzugezogen wurde diese Forschungsarbeit, da sie sich dem Erziehungsverhalten sexuell traumatisierter Frauen widmet und die familiären Strukturen, dieser Frauen darstellt.

heit auf Umgang mit eigenen Kindern und deren Erziehung aus?“ (S.125) ist die von Noll gestellte Forschungsfrage ihrer empirischen Untersuchung. Die Befragung fand 2005 statt. Die befragten Frauen waren zwischen 39-64 Jahren alt. Jede Befragte war Mutter und hatte hauptsächlich innerfamiliäre sexualisierte Gewalt erlebt (Noll, 2013). Die drei Betroffenen haben wiederholende sexualisierte Gewalthandlungen durch ihren Vater oder Stiefvater, Onkels, Nachbarn und spätere Partner, sowie einen Übergriff durch zwei Jugendliche, erfahren. Die Ignoranz oder das Nicht-Erkennen durch die Mutter und die fehlende Unterstützung des sozialen Umfeldes, sind ebenfalls zentral für die Betroffenen. Geprägt ist das familiäre Erleben von Lieblosigkeit bis hin zu körperlichen Gewalthandlungen. Somit ist davon auszugehen, dass in jedem der Fälle eine Komplextraumatisierung, sowie ein Bindungstrauma, vorherrscht. Bedrohungen des Täters sind präsent, wie auch die Bedürftigkeit nach Anerkennung. Die Betroffenen erleben Schuldgefühle und zu meist ein negatives Selbstkonzept. Suizidales Verhalten, Depressionen und psychosomatische Erkrankungen sind häufige Folgeerscheinungen der Betroffenen. So auch dissoziative Zustände und fragmentierte Erinnerungen, wie auch teils eine Verdrängung der sexualisierten Gewalterfahrungen stattfand(Noll, 2013). Die Fallbeispiele zeigen demnach repräsentativ, wie die überwiegende Anzahl sexuell traumatisierter Frauen aufwachsen und welche Auswirkungen dies mit sich ziehen kann. In den folgenden Kapiteln werden teilweise die Ausarbeitungen der drei Interviews hinzugezogen.

Ängste der Mutter bestehen vor allem darin, sein Kind nicht vor sexualisierten Gewalterfahrungen schützen zu können oder gar selbst Täterin zu werden (Simkin &

Klaus, 2015). Die in Noll (2013) dargestellten Erfahrungen von Betroffenen zeigten, dass die Kinder der sexuell traumatisierten Frauen meist selbst Betroffene wurden, teils durch denselben Täter.¹⁶

Wie bereits erwähnt fällt es, bedingt durch das verminderte Vertrauen, sexuell traumatisierten Frauen schwerer Beziehungen aufzubauen und aufrecht zu erhalten. Die eigene Mutter spielt insofern eine wichtige Rolle, wenn diese die sexualisierten Gewalterfahrungen nicht bemerkt, ignoriert oder ihnen gar insgeheim zugestimmt hat. Somit entsteht ein Konflikt zwischen der Mutterrolle und dem „Versagen“ der eigenen Mutter. Die Angst eine sexualisierte Gewalterfahrung nicht abwehren zu können, ist präsent (Kavemann, 2018). Anschließend werden partnerschaftliche Aspekte im Zusammenhang der sexuellen Traumatisierung dargelegt.

4.4.1 Auswirkungen auf die Partnerschaft

Der Partner kann eine stärkende Kraft sein und die Frau bei den beschriebenen Auswirkungen während der Schwangerschaft und Geburt unterstützen. Jedoch beschreiben Betroffene in Noll (2013) ihre Partnerschaften als geprägt von Beziehungsabbrüchen, Reviktimisierungen sowie einer eingeschränkten Sexualität durch Hemmungen oder Ekelgefühlen gegenüber Berührungen des Partners. Die in Kapitel 4.2 dargestellte Studie stellte fest, dass sexuell traumatisierte Frauen Beziehungen eingehen, die von kürzerer Dauer sind und, dass sie weniger in Beziehungen während der Schwangerschaft waren. Sie waren unzufriedener mit ihren momentanen Beziehungen und ein Wechsel der Partner nach der Schwangerschaft fand häufiger statt, als bei den Frauen

¹⁶ In Kapitel 4.4.2 wird dies konkretisiert, unter der transgenerationalen Weitergabe eines sexuellen Traumas.

der Kontrollgruppe (Leeners et al., 2013). Die in der Studie erhobenen Daten bezüglich Gewalterfahrungen während der Schwangerschaft, zeigen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Reviktimisierungen. Das Gefühl, die sexualisierten Gewalthandlungen verdient zu haben, spielt hier ebenso eine entscheidende Rolle. Somit lässt sich zusammenfassend erkennen, dass sich sexuell traumatisierte Frauen während, vor und nachfolgend einer Schwangerschaft weniger in unterstützenden und stärkenden Beziehungen befinden. Für sexuell traumatisierte Frauen ist das Eingehen enger Beziehungen häufig geprägt von Unsicherheiten und Misstrauen. Eine Partnerschaft kann dies ausgleichen. Möglich ist jedoch, dass sich die sexuell traumatisierte Frau durch die Suche nach Anerkennung und Nähe in abhängigen Beziehungsgefügen wiederfindet (Kersten, 2017). Das Misstrauen überträgt sich auch auf die Vater-Tochter-Beziehung, denn, wenn die sexualisierten Gewalthandlungen damals vom Vater ausgingen, kann dies ursächlich sein für Ängste vor sexualisierter Gewalt ausgehend vom Vater des Kindes (Simkin & Klaus, 2015). So äußert eine Betroffene in Simkin und Klaus (2015, 92): „Wie kann ich meinem Mann vertrauen? Wie kann ich ihm das Baby anvertrauen? Was tut er, wenn er ihr die Windeln wechselt?“. In Noll (2013) beschreibt eine betroffene Frau, wie sie den Vater ihrer Kinder im Spiel mit der Tochter beobachtet und eine Sexualisierung der Situation erwartet. Somit werden gerade die Töchter in die Betroffenen-Rolle gedrängt und die Väter in die des Täters (Noll, 2013). Demnach besteht die Gefahr, dass der Vater grundlegend aus der Beziehung zu seinem Kind ausgegrenzt wird. Er ist nicht mehr gleichberechtigt an der Anteilnahme zu seinem Kind und fühlt sich wohlmöglich in die Mutter-Kind-Beziehung nicht integriert. Die aus ei-

ner sexuellen Traumatisierung resultierenden psychischen und psychosomatischen Folgen sind Konfliktfaktoren, wenn die Partnerin als nicht konstant und stärkend wahrgenommen wird, somit die Aufgabenverteilung als möglicherweise ungerecht eingeordnet wird. Wie bereits erwähnt, ist die Sexualität in der Partnerschaft eingeschränkt. Dies könnte ebenfalls ein Konfliktfaktor darstellen, wenn die Sexualität nicht gleichberechtigt ausgelebt werden kann.

Eine sexuelle Traumatisierung kann dementsprechend auch Auswirkungen auf eine Partnerschaft und das gemeinsame Leben als Familie nach sich ziehen. Im Anschluss wird die transgenerationale Weitergabe einer sexuellen Traumatisierung und die sich bedingenden Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Interaktion bearbeitet.

4.4.2 Transgenerationale Weitergabe einer sexuellen Traumatisierung und Auswirkungen für die Mutter-Kind-Interaktion

In Noll (2013, 207) beschreibt eine Betroffene die transgenerationale Weitergabe von Traumatisierungen „und die Opfer machen ihre Kinder wieder mit zu Opfern, ob sie wollen oder nicht so, so unbewusst irgendwo auch.“

Transgenerationale Weitergabe von Traumatisierung inkludiert sowohl die Weitergabe einer Traumatisierung an sich, als auch die Weitergabe von kollektiven Moral- und Wertevorstellungen. Transgenerationale Weitergabe von Traumatisierungen sind sowohl in politischen, ethischen und nationalen Gruppen erkenntlich, wie auch durch Familiengenerationen oder explizit von Eltern auf ihre Kinder (Stadler, 2017). Die transgenerationale Weitergabe von Traumatisierungen einer Gruppe findet sich in der

Literatur vor allem am Beispiel der kollektiven Kriegstraumatisierungen. So werden zum Beispiel die konfliktgeprägten Verhältnisse von verschiedenen Nationen, die ursächlich in Kriegen zu finden sind, an die nachfolgenden Generationen weitergetragen.

Eine sexuelle Traumatisierung kann ebenfalls transgenerational weitergegeben werden. Zum einen treten sexualisierte Gewalterfahrungen über Generationen auf. Zum anderen wird die Traumatisierung an sich weitergetragen. Traumatisierte Eltern neigen häufiger dazu, ihre eigenen Kinder zu traumatisieren. Dies bedeutet nicht zwingend, dass sexuell traumatisierte Frauen ihren eigenen Kinder sexualisierte Gewalt zu fügen, sondern, dass sie ihre Kinder z.B. nicht vor ihrem Partner schützen können (Eisenbeis, Möhler & Resch, 2015). Wurde das Kind nicht geschützt und ihm widerfahren dieselben Gewalthandlungen, möglicherweise durch denselben Täter, könnte dies zu einer Retraumatisierung der Mutter führen.

„Für manche traumatisierte Menschen sind die Kinder auch Trigger, z.B. wenn die Tochter ein bestimmtes Alter erreicht und in diesem Alter damals der eigene Vater mit der sexualisierten Gewalterfahrung begann.“ (Igney, 2008a, 40)

Die sexuell traumatisierte Frau, welche ihr Kind nicht schützen konnte, verfällt in Schuldgefühle. Um dies zu vermeiden, könnte der Schutzmechanismus, die Dissoziation, in Kraft treten. Dass das Kind einer sexualisierten Gewalterfahrung ausgesetzt ist, wird nicht erkannt. Ursächlich für das Nicht-Erkennen einer sexuellen Traumatisierung der Kinder können dissoziative Zustände, die das momentane Erleben ausblenden oder aber die weitestgehend verdrängte Traumatisierung sein. So schildert eine Betroffene in Noll (2013) erst durch die Aufklä-

rung der sexualisierten Gewalterfahrung ihrer Tochter, sich an ihre eigene Traumatisierung zu erinnern.

Der andere Teil einer transgenerationalen Weitergabe von Traumatisierung ist die Weitergabe eines Traumas durch das Erziehungsverhalten. Basierend auf der eigenen Traumatisierung kann dies eingeschränkt sein. Hierbei ist ein zentraler Punkt die Mutter-Kind-Interaktion und die daraus resultierende Bindung. In diesem Kapitel wird nur gekürzt auf die Auswirkungen der Bindung der sexuell traumatisierten Mutter zu ihrem Kind eingegangen, da dies den Rahmen der vorliegenden Arbeit verlässt.

Zu unterscheiden ist, ob eine Tochter oder ein Sohn geboren wurde. Die Söhne werden weniger oder gar nicht als potentielle Betroffene wahrgenommen, eher wird ihnen die Rolle der potentiellen Täter zu geschrieben. Durch äußerliche Ähnlichkeiten des Sohnes mit denen des Täters, berichtet eine Betroffene von der „Unfähigkeit“ ihren Sohn zu berühren, ihm Nähe und Geborgenheit zu zeigen (Noll, 2013). Die Töchter hingegen wachsen unter der bestehenden Angst der Mutter auf, Betroffene zu werden und geraten ebenso in Eifersuchts- und Konkurrenzszenarien, in denen die Mutter dem Vater oder neuen Lebensgefährten eine sexuelle Erregung für die Tochter unterstellt (Noll, 2013). Die Geschlechterunterschiede werden nachfolgend nicht näher behandelt, wichtig ist nur, dass es mögliche Unterschiede in der Beziehung geben kann.

„Familiengeschichten, in denen in der Kindheit selbst traumatisierte Eltern nicht in der Lage sind, ausreichend für das Kind zu sorgen, sind die Regel. Jugendhilfeakten sind oft Zeugnisse dieser transgenerativen Weitergabe von Entwicklungs-traumatisierungen. Eltern geben über die Bindung eigene traumatische Erfahrungen und deren Folgen an die Kinder weiter.“ (Garbe, 2016, 34)

Eine sichere Bindung ist eine grundsätzliche Voraussetzung, um zu Explorieren und die kindliche Entwicklung zu fördern. Eine sichere Bindung ist dann gegeben, wenn die primären Bindungspersonen feinfühlig, zeitnah und angemessen auf die kindlichen Bedürfnisse reagieren. Demnach stehen diese in Abhängigkeit zu den Bindungserfahrungen, die die jeweilige Bindungsperson selbst erlebt hat (Brisch, 2009 zit. n. Ainsworth & Witting, 1969). Die sexuell traumatisierte Mutter, welche Bindungstrauma erlitten hat, könnte aufgrund ihrer traumatischen Erfahrungen nicht bereit sein, dem Kind eine vertrauensvolle, sensible Bindungsperson zu repräsentieren. Van der Kolk (2018) beschreibt, dass ein Baby seine Emotionen nicht allein regulieren kann, es benötigt die Mutter. Ist die sexuell traumatisierte Mutter jedoch nicht in der Lage die Bedürfnisse zu erkennen, zu verstehen und adäquat darauf zu reagieren, verfällt das Kind in Stress und Unsicherheit. Kinder stehen somit im Zwiespalt der Bedürftigkeit und Abhängigkeit von ihrer Mutter und der nicht angemessenen Reaktion. So fanden Studien heraus, dass allein die Bindung von Eltern und ihren Kindern ausschlaggebend für auffälliges Verhalten der Kinder sein kann (Van der Kolk, 2018).

In Kreß, Möhler, Cierpka und Resch (2012) wird eine Untersuchung beschrieben, die das mütterliche Interaktionsverhalten im Kontext eigener Misshandlungserfahrungen untersucht. Es wurden 58 Frauen und ihre Kinder mit einer Betroffenheit von mäßig bis schweren physischen oder sexualisierten Gewalterfahrungen beobachtet und 61 Frauen und ihre Kinder ohne Betroffenheit. Das Geschlecht, das Geburtsgewicht, der Familienstand, der Bildungsstand und die Anzahl an Kindern musste jeweils für eine Frau der Kontrollgruppe und eine betroffene

Frau identisch sein. 15 Minuten wurde die Mutter-Kind-Interaktion gefilmt und die ersten fünf Minuten durch die *Münchner klinische Kommunikationsskala (MKK)*¹⁷ ausgewertet (Kreß et al., 2012). Untersucht wurde die Mutter-Kind-Interaktion mit Hinblick auf eine angemessene, intuitive und prompte Reaktion der Mutter auf die kindlichen Signale und ihr Verhaltensrepertoire. Das kindliche Verhalten wurde in Form des Blickkontaktes und die Bereitschaft mit der Mutter zu interagieren, sowie hinsichtlich Belastungsanzeichen und Selbstregulierung beobachtet. Die Ergebnisse hielten fest, dass betroffene Frauen weniger angemessen auf die kindlichen Signale reagieren konnten. Sie waren hauptsächlich über- oder unterregulierend und reagierten altersunangemessen. Die Mütter verhielten sich ihren Kindern gegenüber häufiger intrusiv (Kreß et al., 2012). Die Beeinträchtigung der Mutter-Kind-Interaktion, stellt sich wiederum einen Risikofaktor zur transgenerationalen Weitergabe von traumatisierenden Erfahrungen dar. Die erlernten Bindungsmuster verhindern eine angemessene Wahrnehmung und Reaktion auf kindliche Signale. Es findet eine Verzerrung der Wahrnehmung und folglich der Interpretation kindlicher Signale statt. Die Mutter fühlt sich vom Kind abgelehnt oder lehnt das Kind ab. So könnte die Mutter das Verhalten des Kindes fehldeuten und sich als ungeliebt empfinden. Eine Umkehr der Rollen könnte stattfinden und das Kind übernimmt den Part, die Mutter zu regulieren. Eine andere Auswirkung ist die Ablehnung des kindlichen Verhaltens durch die Mutter. Sie unterstellt negative Absicht auf Seiten des Kindes. Die projektive Verzerrung beschreibt die Zuschreibungen eigener Empfindungen auf die des Kindes. Die Mutter nimmt die Bedürfnisse des Kindes nicht getrennt zu ihren eigenen wahr

¹⁷ Die MKK wurde 1996 von Papoušek erstellt. Für die Untersuchung von Kreß et al. (2012) wurde die Neufassung von 2007 von Raudzus Groden verwendet.

(Eisenbeis et al., 2015). Das kindliche Verhalten wird übermäßig idealisiert oder kritisch betrachtet. Die darauffolgenden Reaktionen der Mutter lassen keine angemessene Affektregulation des Kindes zu. Die Idealisierung, Ablehnung oder unrealistischen Gefühle gegenüber dem Kind können schon während der Schwangerschaft präsent sein (s. Kap. 4.2). Sich bedingend wird eine eingeschränkte Empathiefähigkeit traumatisierter Frauen ebenfalls als ursächlich für Fehldeutungen kindlicher Signale gesehen (Kreß et al., 2012 zit. n. Cierpka & Cierpka, 1997). Die andauernde Bemühung des Kindes, eine liebevolle Reaktion der Mutter zu erfahren wird eingestellt, wenn es auf ablehnendes Verhalten der Mutter trifft. Im Gegensatz dazu könnte das Kind einen erhöhten Drang nach Aufmerksamkeit zeigen. Die Autonomieentwicklung wird dadurch beeinträchtigt und die Bindungsqualität unsicher (Eisenbeis et al., 2015).

Dissoziation sind geläufige Verhaltensweisen einer traumatisierten Frau. Dissoziative Zustände der Mutter, die daraus resultierende Abspaltung, Nicht-Ansprechbarkeit, der Wechsel in andere Persönlichkeitsanteile führt zu Irritationen des Kindes. Traumatisierte Frauen sind besonders auf kindliche Stressreaktionen (Weinen, Schreien) leicht triggerbar (Kreß et al., 2012). Kinder nehmen diese geringe Belastungsgrenze und Übererregung der Mutter wahr (Rauwald, 2011). Die sexuell traumatisierte Mutter wird als nicht konstant und stabil wahrgenommen. Somit könnte das Kind selbst dissoziatives Verhalten zeigen, um sich vor den Zuständen der Mutter zu schützen. Das Kind nimmt die Veränderung der Persönlichkeit, die Unsicherheit und Instabilität wahr. Es fühlt sich in der Verantwortung, Sorge für die Mutter zu tragen und selbst als Ankerpunkt zu dienen (Rauwald, 2011). So wirkt die au-

tonome Entwicklung des Kindes bedrohlich und hinderlich, um die Bedürfnisse der Mutter nach Stabilität zu erfüllen (Quindeau & Rauwald, 2016). Ein geläufiger Begriff ist die Parentifizierung, bei welcher das Kind den elterlichen Part übernimmt, wenn dieser nicht ausreichend von dem jeweiligen Elternteil erfüllt werden kann, um somit das familiäre Zusammenleben aufrecht zu erhalten (Fischer & Riedesser, 2009; Rauwald, 2014). Neben dissoziativen Zuständen sind Depressionen, suizidales Verhalten sowie andere psychische und psychosomatische Erkrankungen häufige Folgen, die die Stabilität und Präsenz der Mutter erheblich einschränken. Die neben der Instabilität bestehende Übererregung und Reizbarkeit führt zu impulsiven Durchbrüchen, die zusätzlich die Situation und Beziehung belasten. Das kindliche Verhalten kann so immensen Stress auslösen, dass die Mutter selbst zur Täterin wird, indem sie im Zustand der Übererregung Gewalt ausübt (Rauwald, 2014). Das Kind hat nicht die starke Bindungsperson, welche es benötigt, um ein positives Selbstkonzept zu erstellen. Somit gerät das Kind in einen Zustand, in dem es in seiner Entwicklung eingeschränkt sein könnte. Präsent ist, dass die Folgen für die Mutter-Kind-Beziehung, Folgen für die Entwicklung des Kindes und dies wiederum Einfluss auf die Erziehungsfähigkeit der Eltern nimmt.

„Insofern sind alle Störungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und frühkindlicher Entwicklungen nicht nur unter dem Aspekt zu beachten, welche Folgen für das Kind damit verbunden sein könnten. Jede Komplikation in diesen Bereichen muss auch als potentiell traumatisch für die Mutter in Betracht gezogen werden. [...] Je traumatischer nämlich die Auswirkung, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit einer dissoziativen Verarbeitung.“ (Korittko & Pleyer, 2016, 207)

Nach Garbe (2016) werden als Risikofaktoren für Traumatisierung eine unsichere Bindung, vermehrtes Stresserleben, sozioökonomische Benachteiligung und Über-

forderung von Eltern benannt. Anhand dieser Risikofaktoren zeigt sich erkenntlich, dass Kinder sexuell traumatisierter Frauen wohlmöglich eine erhöhte Wahrscheinlichkeit haben, selbst Traumatisierungen zu erfahren. Es besteht konstant die Verbindung zwischen geringer sozialer Unterstützung und Sichtbarkeit der Kinder und den daraus resultierenden Risikofaktoren, die somit ebenfalls eine sexuelle Traumatisierung der Kinder begünstigen könnten. Haben die Kinder eine unsichere Bindungsqualität oder sind die dissoziativen Anteile der Mutter stark präsent, so könnte dies wieder in Verbindung zu den in Kapitel 2.2 beschriebenen Risikofaktoren stehen. So nutzt der Täter unter anderem die unsichere Bindung eines Kindes, um seine eigenen Bedürfnisse zu befriedigen. Der Kreis einer transgenerationalen Weitergabe schließt sich. Die Traumatisierung der Mutter beeinträchtigt das Bindungssystem und die Kinder können zu Betroffenen werden.

„Die Täter bleiben mächtig, ihre Taten wirken bis in die nächste Generation hinein.“(Noll, 2013, 15)

5 Überblick über präventive und intervenierende Maßnahmen

Präventive und intervenierende Maßnahmen sind wichtig, um die Schwangerschaft und Geburt angemessen zu begleiten, Retraumatisierung zu vermeiden oder einzudämmen, sowie eine transgenerationale Weitergabe von Traumatisierungen entgegenzuwirken. Aufgrund des begrenzten Umfangs der vorliegenden Arbeit, werden einige präventive, wie auch intervenierende Maßnahmen lediglich benannt und kurz erläutert. Wichtig war mir jedoch, die Bachelor-Arbeit nicht ohne einen möglichen Ausblick auf Verbesserung der Situation für sexuell

traumatisierte Frauen und ihre familiären Beziehungen, zu beenden. Zuerst werden allgemeine Interventions- und Präventions-Maßnahmen benannt und anschließend konkrete Maßnahmen für die Arbeit in einer Mutter-Kind-Einrichtung.

5.1 Generelle Maßnahmen

Für sexuell traumatisierte Frauen ist es wichtig sich mit ihrer Traumatisierung auseinanderzusetzen und diese anzuerkennen (Rauwald, 2011). Die Psychoedukation gilt als wichtige Methode der Traumapädagogik und -therapie, um das traumatische Erleben und dessen Auswirkungen zu verstehen. Die Psychoedukation vermittelt Wissen über unter anderem neurologische Vorgänge und über Verhaltensweisen, die aufgrund der Traumatisierung ausgelöst werden (Scherwath & Friedrich, 2016). Betont werden sollte, dass dieses *normale Reaktionen auf ein unnormales Ereignis* sind (Haupt-Scherer, 2020). Für die sexuell traumatisierte Frau beginnt damit der Prozess, sich selbst zu verstehen und sich nicht als „verrückt“ oder „krank“ wahrzunehmen (Wibbe, 2008). Ebenso ist es hilfreich, Familienmitglieder über traumatische Folgen aufzuklären und somit eine bessere Verständigung zu erzielen.

„Um Frauen angemessen während der Geburt begleiten zu können, ist es notwendig, die körperlichen Vorgänge des Traumaerlebens zu kennen. Mit diesem Wissen lassen sich die beobachtbaren Reaktionen entsprechend einordnen, so dass angemessen darauf reagiert werden kann.“ (Kruse, 2017, 201)

Im Umgang mit traumatisierten Schwangeren und Gebärenden soll vor allem darauf geachtet werden, einen sicheren Raum zu schaffen. In Geburtsvorbereitungskursen, wie im medizinischen Kontext, begleitet durch Gynäkolog*innen oder Geburtshelfer*innen, wie auch in ei-

ner Einrichtung oder durch Familienhelfer*innen. Wird die Familie begleitet, sollte die Einrichtung ein sicherer Ort sein und die begleitenden Personen als sichere Bezugspersonen dienen. Um jedoch einen sicheren Raum gewährleisten zu können, ist es wichtig Trigger und Reaktionsformen der sexuell Traumatisierten zu kennen. Wie in dieser Arbeit ausgeführt, gibt es für sexuelle Traumatisierung eine hohe Anzahl an Triggern, die durchschnittlich öfter im Schwangerschaft- und Geburtserleben auftreten. Für den Umgang mit sexuell traumatisierten Frauen ist es demnach notwendig, sich mit Traumatisierungen an sich, und speziell mit der sexuellen Traumatisierung auseinanderzusetzen (Gabrys & Goeckenjan, 2019). Der sichere Ort, wie auch die Art der Traumatisierung, bedingen sich. Ein Ort kann dann nicht sicher sein, wenn versteckte Trigger lauern. Genauso braucht es jedoch schon grundlegend einen sicheren Ort, damit Offenbarungen über Traumatisierungen überhaupt erfolgen können. Es sollte durchgängig die Möglichkeit gegeben werden, über traumatisierende Erfahrungen zu berichten und ein Klima der Offenbarung zu schaffen, da gerade sexualisierte Gewalt oft tabuisiert wird (Kruse, 2017). So besteht schon bei Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen die Möglichkeit eine sexuelle Traumatisierung routiniert anzusprechen (Kavemann, 2018 zit. n. Hugill, Berry & Fletcher, 2017), indem beispielsweise geäußert wird, dass die sexuelle Traumatisierung häufig vorkommt, für das Schwangerschafts- und Geburtserleben beeinträchtigend sein könnte und dass der jeweilige Ort Raum gibt, um über Traumatisierungen zu sprechen und Ängste zu lindern. In der *Empfehlung für traumasensible Begleitung durch Hebammen* des Deutschen Hebammenverbands (2012) wird der Routinebefragung widersprochen. Da Erinne-

rungen verdrängt sein können und eine Aktualisierung des Traumas in einer sensiblen Zeit, wie der Schwangerschaft, hervorgerufen werden könnte. Empfohlen wird die Umstände der Geburt und Schwangerschaft zu betrachten und mögliche Unterstützungen herauszuarbeiten (Deutscher Hebammenverband e.V., 2012).

Die in Kapitel 4.2 und 4.3 dargestellten Studienergebnisse bezüglich Dissoziationen legen nahe, dass möglicherweise die Imagination eines *inneren sicheren Ortes* für die betroffenen Frauen nützlich ist, um Schmerzen, Erinnerungen und Emotionen zu entgehen. Demnach kann im Geburtserleben oder während der Schwangerschaft in triggernden Situationen, die unter anderem Panik und Ängste auslösen, die Methode des *inneren sicheren Ortes* angewendet wird, um dem entgegenzustreben und Kontrolle zurückzuerlangen. Ohnmacht, Ausgeliefertsein, Bewegungslosigkeit und Kontrollverlust sind häufig benannte Trigger sexuell traumatisierter Frauen, die Ängste, Dissoziationen, Panik, Übererregung oder Erstarrung auslösen. So berichtet in Gabrys und Goeckenjan (2019) eine Betroffene von der Bedeutung, in medizinische Entscheidungen mit einbezogen zu werden und jeden Schritt vor Untersuchungen genau erläutert zu bekommen. Somit wird der Betroffenen das Gefühl von Selbstbestimmung und Kontrolle zuteil, was gerade für sexuell traumatisierte Frauen notwendig ist. Die Vernetzung von medizinischem Personal, Beratungsstellen und Einrichtungen ist wichtig. Sind beispielsweise depressive Zustände einer Mutter präsent und diese lebt nicht in einer betreuten Einrichtung, sollten Hebammen ausreichend vernetzt sein, um bevorstehende Schwierigkeiten lindern zu können (Deutscher Hebammenverband e.V., 2012).

Wie in Kapitel 4.2 erwähnt, sind vorgeburtlich häufig schon Idealisierung oder Ablehnung gegenüber dem Kind präsent. So denkt die werdende Mutter unter anderem, ihr Kind würde als Ausgleich für die unbefriedigten Bedürfnisse ihrer Kindheit dienen. Somit ist präventiv wichtig, die Mutter für die Bedürfnisse ihres Kindes zu sensibilisieren, um möglichen Komplikationen der Mutter-Kind-Interaktion entgegen zu wirken.

„Zwar benötigen grundsätzlich alle Eltern soviel Hilfe wie möglich, um ihre Kinder adäquat aufziehen zu können, doch muß insbesondere traumatisierten Eltern geholfen werden, sich in die Bedürfnisse ihrer Kinder einzufühlen.“ (Van der Kolk, 2018, 144)

Sexuell traumatisierte Frauen stehen häufig vor einer größeren Herausforderung, die Signale ihres Kindes zu deuten. Dabei benötigen sie einige Unterstützung, welche in Form von frühen Hilfen gewährleistet werden kann. Durch die Arbeit an der Mutter-Kind-Beziehung kann (wieder) eine sichere Bindung geschaffen werden. Der Aufbau einer sicheren Bindung könnte durch aktive Begleitung der Mutter in Interaktion mit ihrem Kind gewährleistet werden. Es gibt einige Programme die sich auf diese Vorgehensweise stützen, unter anderem die videobasierte Methode „Marte Meo“ und das „STEEP-Programm“. Bei der „Marte Meo“-Methode werden beispielsweise Spiel-/Wickel- und Ess-Situationen gefilmt. Diese werden dann gemeinsam angeschaut, um kindliche Signale für die Eltern besser sichtbar zu machen (Retzlaff, 2014). Das „STEEP-Programm“ umfasst Elternarbeit bereits in der Schwangerschaft, durch die Begleitung von Gruppentreffen und Treffen in den Familien (Köhler, 2014). Durch eine sichere Bindungsqualität lassen sich möglicherweise Risikofaktoren einer erneuten sexuellen Traumatisierung des Kindes, wie z.B. die transgenerationale Weitergabe, verhindern. Genauso

kann hier das gesamte familiäre System mit einbezogen werden. So können soziale Ressourcen ausgearbeitet und Entlastung erreicht werden. In retraumatisierenden Beziehungen ist es grundsätzlich zunächst wichtig, die Mutter zu bestärken. Therapien, Tageskliniken oder ähnliche Maßnahmen können die Mutter unterstützen, sich aus diesen retraumatisierenden Beziehungen zu befreien, um ihr ein besseres Selbstverständnis, -wert und -vertrauen zu vermitteln. Die bereits beschriebene Psychoedukation könnte dabei hilfreich sein.

5.2 Maßnahmen in einer Mutter-Kind-Einrichtung

Da mein persönliches Interesse dieses Themas anfänglich durch meine Arbeit in einer Mutter-Vater-Kind-Einrichtung erläutert wurde, möchte ich gerne abschließend darauf zurückkommen, welche Möglichkeiten in diesem Arbeitsfeld bestehen, sexuell traumatisierte Frauen zu begleiten. Oben wurden mehrere Interventions- und Präventionsmaßnahmen benannt, welche auf eine Mutter-Vater-Kind-Einrichtung übertragen werden können. So ist die anfängliche Begleitung während der Schwangerschaft und Geburt äußerst präsent. Da einige Mütter keine konstanten familiären, freundschaftlichen oder partnerschaftlichen Beziehungen haben, sind es oft die Mitarbeiter*innen, die zusätzlich die Geburt begleiten. Während der Schwangerschaft könnte im Fall einer sexuell traumatisierten Frau eine Ausarbeitung über mögliche Trigger, Methodiken und Umgangsformen getroffen werden. Vertrauen zu fassen, könnte für sexuell traumatisierte Frauen eine Hürde sein. Wohlmöglich ist das Vertrauen zu den jeweiligen Bezugsbetreuer*innen jedoch schon soweit gefestigt, dass über Traumatisierungen gesprochen werden kann und die Betreuer*in als sicherer

Hafen für die Mutter dient. Die Betreuer*in kann somit als Vermittler*in zwischen dem medizinischen Personal und der Mutter agieren. Im Verlauf der Geburt kann der*die Betreuer*in als Ankerpunkt unterstützen und vermitteln. So kann es der sexuell traumatisierten Frau helfen, sich explizit im Vorhinein mit ihrem*ihrem Bezugsbetreuer*in auszutauschen, welche medizinischen Entscheidungen sie treffen möchte, welche Trigger ihr bewusst sind und was ihrer Meinung nach hilfreich sein kann. Schon vor der Geburt, jedoch vor allem danach, sind Maßnahmen zur Förderung der Mutter-Kind-Bindung relevant. Die Förderung der Erziehungsfähigkeit und Bindung sind meist grundsätzliche Kernaufgaben einer Mutter-Vater-Kind-Einrichtung. So wird in der Mutter-Kind-Einrichtung die Babymassage, welche die Mutter-Kind-Bindung unterstützt, angeboten. Durch intensiven Haut- und Blickkontakt, sowie die Kommunikation zwischen Kind und Mutter, werden Reaktionen und Verhaltensweisen angepasst und zu deuten gelernt (Schneider, 2002). Wie bereits benannt, gibt es einige Programme, die im Rahmen einer Bezugsbetreuung die Mutter-Kind-Bindung weiter unterstützen können. Eine sichere Bindung kann demnach den Entwicklungsverlauf des Kindes fördern und die transgenerationale Weitergabe von Traumatisierungen verhindern. Um den Kontext des familiären Systems nicht außer Acht zu lassen, ist noch zu benennen, dass auch die Arbeit mit den jeweiligen Vätern¹⁸ präsent sein muss. Sowohl die Vater-Kind-Bindung, welche eine Entlastung für die Mutter bedeuten kann, als auch eine stabile Paarbeziehung, ist wichtig zu unterstützen, um dysfunktionalen Familienstrukturen entgegenzuwirken.

¹⁸ Gleich zu setzen auch mit dem aktuellen Lebenspartner.

Dies sind nur einige Ideen, welche präventiv und intervenierend helfen könnten. Zum einen, um den Umgang von begleiteten Personen einer sexuell traumatisierten Frau in Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft zu erleichtern. Zum anderen erscheint es wichtig, eine angenehme Schwangerschafts- und Geburtsatmosphäre für die Mutter zu schaffen und den Teufelskreis von transgenerationaler Weitergabe einer sexuellen Traumatisierung zu unterbinden. Die präventiven und intervenierenden Maßnahmen sind noch weiter auszuführen. Dabei ist vor allem wichtig, dass sich die Forschung dem Thema der sexuell traumatisierten werdenden Mutter weiter annähert.

6 Fazit

Auf Grundlage der ausgearbeiteten Erkenntnisse kann die anfängliche Fragestellung folgend beantwortet werden. Auch wenn nicht jede sexuelle Traumatisierung Folgerscheinungen mit sich bringt, kann es trotzdem Auswirkungen auf eine Schwangerschaft, Geburt und die nachfolgende Mutterschaft, welche wiederum das familiäre System beeinflusst, geben. Die sexuell traumatisierte Frau kann im Erleben von Sexualität, der Schwangerschaft und Geburt mit somatischen, psychosomatischen wie auch psychischen und sozialen Komplikation konfrontiert sein. Im Verlauf der Schwangerschaft und Geburt sind viele Trigger präsent, die Flashbacks, Dissoziationen oder Übererregung auslösen können. Gemäß der Studie von Leeners et al. treten Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen häufiger auf, so gibt es mehr Frühgeburten und länger andauernde Geburten sexuell traumatisierter Frauen. Dissoziative Zustände und Erinnerungen an die sexuelle Traumatisierung sind nicht selten. Gerade die Dissoziation wird häufig während der Schwangerschaft

und des Geburtserlebens auch als hilfreich wahrgenommen. Sexuell traumatisierte Frauen erleben die Geburt häufiger negativ und haben vorgeburtlich mit mehr Ängsten zu kämpfen.

Häufig findet eine transgenerationale Weitergabe eines sexuellen Traumas statt. Dies ist darin begründet, dass die Mütter die sexualisierte Gewalterfahrung ihres Kindes ausblenden, dissoziieren oder dass die Mutter sogar selbst zur Täterin wird. Nicht zwangsläufig durch die Ausübung von Gewalt, sondern durch das Akzeptieren der Täterschaft, beispielsweise des Vaters oder aber durch traumatisierende Verhaltensweisen. Die mütterliche Verarbeitung des Traumas spielt dabei eine große Rolle. Ist die sexuelle Traumatisierung nicht bewusst, integriert und bearbeitet, können Trigger vorherrschen und Verhaltensweisen bestimmen. Insofern erscheint die bewusste Akzeptanz einer sexuellen Traumatisierung eine wesentliche Voraussetzung für die Bearbeitung und den Umgang mit der Traumatisierung zu sein, um somit eine Verbesserung für Mütter und deren Familien zu erzielen.

Tabellen

Tabelle 1: Sexualisierte Gewalthandlung nach Leeners et al. (2013)

Sexualisierte Gewalt mit Körperkontakt	92,2%
Alter zu Beginn	
<6 Jahre	41,2 %
6 – 8 Jahre	16,5 %
9 – 11 Jahre	7,1 %
12 – 14 Jahre	7,1 %
15 – 18 Jahre	9,4 %
Unbekannt	3,4 %
Dauer	
Einmaliges Ereignis	10,6 %
Wiederholende Ereignisse	78,8 %
Davon >2 Jahre	47,1 %
Unbekannt	10,6 %
Beziehung zwischen Betroffener und Täter*in	
Verwandte	53 %
Bekannte	37,2 %
Fremdtäter*in	9,8 %

Tabelle 2: Schwangerschaftskomplikationen nach Leeners et al. (2016)

Schwangerschaftskomplikationen	Betroffene Frauen	Nicht Betroffene Frauen
Vermehrte Krankenhausaufenthalte	41,2 %	19,4 %
Vorzeitige Wehen	38,8 %	20 %
Zervixinsuffizienz	25,9 %	9,4 %
Frühgeburten	18,8 %	8,2 %

Tabelle 3: Faktoren für (intensive) Angst vor der Geburt nach Leeners et al. (2010)

Variable	Betroffene Frauen	Nicht Betroffene Frauen
Männlicher Untersucher	55,3 %	18,8 %
Nacktheit	58,8 %	28,2 %
Vaginale Untersuchung	54,1 %	27,6 %
Kontrollverlust	63,5 %	57,1 %
Andere Ängste*	15,3 %	2,3 %

Literaturverzeichnis

Ainsworth, M. D. S. & Witting, B. (1969). Attachment and the exploratory behavior of one-years-olds in a strange situation. In B.M. Foss (Hrsg.), *Determinants of Infant Behavior*. New York: Basic Books.

Amann, G. & Wipplinger, R. (1997). Zur Bedeutung der Bezeichnung und Definitionen von sexuellem Missbrauch. In G. Amann & R. Wipplinger (Hrsg.), *Sexueller Mißbrauch: Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie ; ein Handbuch*. Tübingen: Dgvt-Verl.

Assel, B. (2015). Schwangersein und Gebären aus Sicht der mehrgenerationalen Psychotraumatologie (Leben lernen). In F. Ruppert (Hrsg.), *Frühes Trauma: Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre* (2. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Baader, M. S. (2012). Blinde Flecken in der Debatte über sexualisierte Gewalt (Publikation der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE)). In W. Thole, M.S. Baader, W. Helsper, M. Kappeler, M. Leuzinger-Bohleber, S. Reh et al. (Hrsg.), *Sexualisierte Gewalt, Macht und Pädagogik*. Gehalten auf der Kongress, Opladen Berlin Toronte: Verlag BarbaraBudrich.

Baita, S. (2014). Ich und alle meine Schwestern - Die Therapie eines sexuell missbrauchten Mädchens mit dissoziativer Identitätsstörung (Klett-Cotta Fachbuch). In S. Wieland & K.H. Brisch (Hrsg.), W. Lutz (Übers.), *Dissoziation bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen: Grundlagen, klinische Fälle und Strategien*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Bange, D. (1992). *Die dunkle Seite der Kindheit. Sexueller Missbrauch an Mädchen und Jungen*. Köln: Volksblatt.

Bange, D. (2015). Gefährdungslagen und Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen in Bezug auf sexuellen Kindesmissbrauch. In J.M. Fegert, U. Hoffmann, E. König, J. Niehues, H. Liebhardt & J. Wanka (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen: ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich*. Berlin Heidelberg: Springer.

Brisch, K. H. (2009). Bindungsstörung und Trauma. In K.H. Brisch & Internationaler Kongress Attachment and Trauma: Risk and Protective Factors in the Development of Children (Hrsg.), *Bindung und Trauma: Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern ; [Internationaler Kongress Attachment and Trauma: Risk and Protective Factors in the Development of Children]* (3. Aufl.). Gehalten auf der Internationaler Kongress Attachment and Trauma: Risk and Protective Factors in the Development of Children, Stuttgart: Klett-Cotta.

Brückl, T. M. & Binder, E. B. (2017). Folgen früher Traumatisierung aus neurobiologischer Sicht. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 11(2), 118–132. <https://doi.org/10.1007/s11757-017-0412-9>

Büttner, M. (2018). Einführung in die Thematik. In M. Büttner, U. Clement & M. Sack (Hrsg.), *Sexualität und Trauma: Grundlagen und Therapie traumaassoziierter sexueller Störungen* (1.). Stuttgart: Schattauer.

Büttner, M. & Paschinger, K. (2018). Traumaassoziierte Körperbeschwerden und Sexualität. In M. Büttner, U. Clement & M. Sack (Hrsg.), *Sexualität und Trauma: Grundlagen und Therapie traumaassoziierter sexueller Störungen* (1.). Stuttgart: Schattauer.

Cierpka, M. & Cierpka, A. (1997). Violent behaviour in successive generations: Identification of an abused child. *Psychotherapeut*, 42(2).

Deegener, G. (2005). *Kindesmissbrauch: erkennen, helfen, vorbeugen* (Beltz-Taschenbuch) (3., aktual. und erw. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Deutscher Hebammenverband e.V. (2012, November). Empfehlungen für traumasensible Begleitung durch Hebammen.

Distler, W. & Riehn, A. (2012). *Notfälle in Gynäkologie und Geburtshilfe*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-25096-5>

Donovan, B., Spracklen, C., Schweizer, M., Ryckman, K. & Saftlas, A. (2016). Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(8), 1289–1299. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13928>

Egle, U., Klinger, D., Ecker-Egle, M.-L. & Zentgraf, B. (2014). Sexuelle Traumatisierung - Schmerz und Somatisierung als Folge. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 15(01), 32–35. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1370811>

Eisenbeis, S., Möhler, E. & Resch, F. (2015). Stationäre Psychotherapie und transgenerationale Aspekte des Misshandlungstraumas. In U.T. Egle, P. Joraschky, A. Lampe, I. Seiffge-Krenke & M. Cierpka (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung: Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen: mit 55 Abbildungen und 70 Tabellen* (4., überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.

Finkelhor, D. (1988). The trauma of child sexual abuse: Two models (Sage focus editions). In G.E. Wyatt & G.J. Powell (Hrsg.), *Lasting effects of child sexual abuse*. Newbury Park: Sage Publications.

Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H. & Holt, M. (2009). Pathways to Poly-Victimization. *Child Maltreatment*, 14(4), 316–329. <https://doi.org/10.1177/1077559509347012>

Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie: mit 20 Tabellen* (UTB Medizin, Psychologie) (4., aktual. und erw. Aufl.). München: Reinhardt.

Gabrys, M. & Goeckenjan, M. (2019). Sexuelle und körperliche Gewalterfahrungen – Risikofaktor in Gynäkologie und Geburtshilfe. *Der Gynäkologe*. <https://doi.org/10.1007/s00129-019-04538-6>

Gahleitner, S. B., Frank, C. & Leitner, A. (2015). Zur Einführung. In S.B. Gahleitner (Hrsg.), *Ein Trauma ist mehr als ein Trauma: biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik*. Weinheim: Beltz Juventa.

Garbe, E. (2016). *Das kindliche Entwicklungstrauma: verstehen und bewältigen* (2. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Goerke, K. & Valet, A. (2018). Psychische und psychosomatische Probleme (Klinikleitfaden). In K. Goerke, J. Steller & A. Valet (Hrsg.), *Klinikleitfaden Gynäkologie, Geburtshilfe* (10. Aufl.). München: Elsevier.

Goldbeck, L. (2015). Auffälligkeiten und Hinweiszeichen bei sexuellem Kindesmissbrauch. In J.M. Fegert, U. Hoffmann, E. König, J. Niehues, H. Liebhardt & J. Wanka (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen: ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich*. Berlin Heidelberg: Springer.

Goldbeck, L., Allroggen, M., Münzer, A., Rassenhofer, M. & Fegert, J. M. (2017). *Sexueller Missbrauch* (Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie) (1. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Goodwin, R. D. & Stein, M. B. (2004). Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. *Psychological Medicine*, 34(3), 509–520. <https://doi.org/10.1017/S003329170300134X>

Hahn, G. (2015). Trauma und Täterschaft. In S.B. Gahleitner (Hrsg.), *Ein Trauma ist mehr als ein Trauma: biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik*. Weinheim: Beltz Juventa.

Haupt-Scherer, S. (2020). *Traumakompetenz für die Kinder- und Jugendarbeit - Einführung in die Psychotraumatologie und Traumapädagogik*. (8., erw. Aufl.) Schwerte: Amt für Jugendarbeit der Evangelischen Kirche von Westfalen.

Heim, C. & Binder, E. B. (2012). Current research trends in early life stress and depression: review of human studies on sensitive periods, gene-environment interactions, and epigenetics. *Experimental Neurology*, 233(1).

Hellbernd, H., Brzank, P., Wieners, K. & Maschewsky-Schneider, U. (2004). *Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Vorsorge. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm*. Berlin: Institut für Gesundheitswissenschaften Technische Universität Berlin.

Hirsch, M. (1995). Fremdkörper im Selbst- Introjektion von Verlust und traumatischer Gewalt. *Jahrbuch Psychoanal.*, 35.

Huber, M. (2009). *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung* (4., Band 1). Paderborn: Junfermann.

- Hugill, M., Berry, K. & Fletcher, I. (2017). The association between historical childhood sexual abuse and later parenting stress: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 20(2), 257–271. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0708-3>
- Igney, C. (2008a). Täterstrategien und Täter-Opfer-Dynamiken. In C. Fliß & C. Igney (Hrsg.), *Handbuch Trauma und Dissoziation: interdisziplinäre Kooperation für komplex traumatisierte Menschen*. Lengerich: Pabst Science Publ.
- Igney, C. (2008b). Definition, Formen und Häufigkeit von Gewalt und Trauma. In C. Fliß & C. Igney (Hrsg.), *Handbuch Trauma und Dissoziation: interdisziplinäre Kooperation für komplex traumatisierte Menschen*. Lengerich: Pabst Science Publ.
- Jud, A. (2015). Sexueller Kindesmissbrauch - Begriffe, Definitionen und Häufigkeiten. In J.M. Fegert, U. Hoffmann, E. König, J. Niehues, H. Liebhardt & J. Wanka (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen: ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Kavemann, B. (2018). Was bedeutet es, nach sexueller Gewalt in der Kindheit selbst Kinder zu haben? Unterstützung für Betroffene als Beitrag zu Kinderschutz und Prävention. In H. Katzenstein, K. Lohse, G. Schindler & L. Schönecker (Hrsg.), *Das Recht als Partner der Fachlichkeit in der Kinder- und Jugendhilfe* (S. 275–302). Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. <https://doi.org/10.5771/9783845295589-275>
- Kavemann, B., Graf-van Kesteren, A., Rothkegel, S. & Nagel, B. (2016). *Erinnern, Schweigen und Sprechen nach sexueller Gewalt in der Kindheit: Ergebnisse einer Interviewstudie mit Frauen und Männern, die als Kind sexuelle Gewalt erlebt haben*. Wiesbaden: Springer VS.
- Kersten, E. (2017). Wer bin ich in meinem Körper und in meiner Sexualität als Frau? In F. Ruppert & H. Banzhaf (Hrsg.), *Mein Körper, mein Trauma, mein Ich: Anliegen aufstellen – aus der Traumabiografie aussteigen*. München: Kösel.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. et al. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378–385. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>
- Köhler, M. (2014). Die Elternschule. In M. Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0 - 3: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern ; mit 12 Tabellen* (2.). Berlin: Springer Medizin.
- Kolshorn, M. & Brockhaus, U. (2002). Feministisches Ursachenverständnis. In D. Bange & W. Körner (Hrsg.), *Handwörterbuch sexueller Missbrauch*. Göttingen: Hogrefe, Verl. für Psychologie.
- Korittko, A. (2019). *Traumafolgen in der Erziehungsberatung Richtig erkennen und gezielt helfen*.

- Korittko, A. & Pleyer, K. H. (2016). *Traumatischer Stress in der Familie: systemtherapeutische Lösungswege* (V&R systemische Therapie) (5., unv. Aufl.). Göttingen Bristol: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kreß, S., Möhler, E., Cierpka, M. & Resch, F. (2012). Mütterliche Affekt Abstimmung in der Mutter-Kind-Interaktion bei Müttern mit Misshandlungserfahrungen, 14.
- Kruse, M. (2017). Begleitung traumatisierter Frauen während der Geburt. *Die Hebamme*, 30(03), 200–205. <https://doi.org/10.1055/s-0043-104595>
- Kuhle, L. F., Grundmann, D. & Beier, K. M. (2015). Sexueller Missbrauch von Kindern: Ursachen und Verursacher. In J.M. Fegert, U. Hoffmann, E. König, J. Niehues & H. Liebhardt (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen: ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-44244-9>
- Leeners, B., Görres, G., Block, E. & Hengartner, M. P. (2016). Birth experiences in adult women with a history of childhood sexual abuse. *Journal of Psychosomatic Research*, 83, 27–32. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.02.006>
- Leeners, B., Richter-Appelt, H., Schönfeld, K., Neumaier-Wager, P., Görres, G. & Rath, W. (2003). Schwangerschaft und Mutterschaft nach sexuellen Missbrauchserfahrungen im Kindesalter. *Deutsches Ärzteblatt*, (Heft 4).
- Leeners, B., Stiller, R., Block, E., Görres, G. & Rath, W. (2010). Pregnancy complications in women with childhood sexual abuse experiences. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(5), 503–510. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.04.017>
- Leeners, B., Stiller, R., Block, E., Görres, G., Rath, W. & Tschudin, S. (2013). Prenatal care in adult women exposed to childhood sexual abuse. *Journal of Perinatal Medicine*, 41(4). <https://doi.org/10.1515/jpm-2011-0086>
- Leuzinger-Bohleber, M. & Burkhardt-Mußmann, C. (2012). Sexueller Missbrauch: ein Trauma mit lebenslangen Folgen (Publikation der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE)). In W. Thole, M.S. Baader, W. Helsper, M. Kappeler, M. Leuzinger-Bohleber, S. Reh et al. (Hrsg.), *Sexualisierte Gewalt, Macht und Pädagogik*. Gehalten auf der Kongress, Opladen Berlin Toronte: Verlag BarbaraBudrich.
- Lutz, W. (2016). Dissoziation als Anpassungsleistung (Beltz Handbuch). In W. Weiß, T. Kessler & S.B. Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik*. Weinheim Basel: Beltz.
- Mark, H. (2016). Häusliche Gewalt und sexueller Missbrauch (UTB Medizin, Psychologie). In H.J. Berberich & F. Siedentopf (Hrsg.), *Psychosomatische Urologie und Gynäkologie*. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Mattejat, F. & Lisofsky, B. (Hrsg.). (2014). *Nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker* (BALANCE Ratgeber) (4., korr. und erg. Aufl.). Köln: BALANCE Buch + Medien Verlag.

Moggi, F. (2002). Folgen. In D. Bange & W. Körner (Hrsg.), *Handwörterbuch sexueller Missbrauch*. Göttingen: Hogrefe, Verl. für Psychologie.

Noll, M. (2013). *Sexualisierte Gewalt und Erziehung: Auswirkungen familialer Erfahrungen auf die Mutter-Kind-Beziehungen*. Opladen: Budrich UniPress.

Overkamp, B. (2008). Diagnostik komplexer Traumafolgestörungen. In C. Fliß & C. Igney (Hrsg.), *Handbuch Trauma und Dissoziation: interdisziplinäre Kooperation für komplex traumatisierte Menschen*. Lengerich: Pabst Science Publ.

Perttu, S. & Kaselitz, V. (2005). *Gewalt an Frauen in der Schwangerschaft - Handbuch für die Geburts- und Kindermedizin*.

Peschers, U., Jundt, K. & Kindermann, G. (2003). Gynäkologische Erkrankungen, Schwangerschaft und Geburt nach sexuellem Missbrauch. *Der Gynäkologe*, 36(1), 25–27. <https://doi.org/10.1007/s00129-002-1303-4>

Pynoos, R. S., Steinberg, A. M. & Wraith, R. (1995). A development model of childhood traumatic stress. In D. Chicchetti & D.J. Cohen (Hrsg.), *Developmental psychopathology - Risk, Disorder and Adaptation* (Band 2.). New York: John Wiley & Sons.

Quindeau, I. & Rauwald, M. (2016). Transgenerationale Weitergabe von Traumatisierung (Beltz Handbuch). In W. Weiß, T. Kessler & S.B. Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik*. Weinheim Basel: Beltz.

Rauwald, M. (2011). Was du ererbt von deinen Müttern hast...: Zur transgenerationalen Weitergabe sexueller Traumatisierung. *Sozial Extra*, 35(11–12), 23–26. <https://doi.org/10.1007/s12054-011-0407-2>

Rauwald, M. (2014). Vererbung sexuellen Missbrauchs: unbewusste transgenerationale Weitergabe von Traumatisierungen. *Sexualität und Entwicklung* (S. 244–261). Weinheim: Beltz Juventa.

Reddemann, L. (2016). *Imagination als heilsame Kraft Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen*.

Retzlaff, R. (2014). Behinderte und chronisch kranke Kinder. In M. Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0 - 3: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern ; mit 12 Tabellen* (2.). Berlin: Springer Medizin.

Riecher-Rössler, A. (2012). *Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit*. Basel: Karger.

Salis, B. (2007). *Psychische Störungen im Wochenbett: Möglichkeiten der Hebammenkunst* (1. Aufl.). München: Elsevier, Urban & Fischer.

Scherwath, C. & Friedrich, S. (2016). *Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung* (3., aktual. Aufl.). München Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Schneider, V. (2002). *Baby-Massage: praktische Anleitung für Mütter und Väter* (11., erw.vollst. überarb. Aufl.). München: Kösel.

- Simkin, P. & Klaus, P. H. (2015). *Wenn missbrauchte Frauen Mutter werden: die Folgen früher sexueller Gewalt und therapeutische Hilfen*. (E. Vorspohl, Übers.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stadler, C. (2017). Eltern und Kinder im Generationenmiteinander und Generationendurcheinander: Mehrgenerationale, transgenerationale und parentifizierte Identitäten. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 16(1), 159–178. <https://doi.org/10.1007/s11620-017-0391-z>
- Streeck-Fischer, A. (2014). *Trauma und Entwicklung: Adoleszenz - frühe Traumatisierungen und ihre Folgen ; mit 45 Tabellen* (2., überarb. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Van der Kolk, B. A. (2018). *Verkörperter Schrecken: Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann*. (T. Kierdorf & H. Höhr, Übers.) (5. Aufl.). Lichtenau/Westfalen: G.P. Probst Verlag.
- Velten, J. (2018). Ätiologische Faktoren und Störungsmodelle. *Sexuelle Funktionsstörungen bei Frauen* (S. 23–35). Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/02837-000>
- Vonderlin, E. (2014). Das frühgeborene Kind: Entwicklungs- und familienorientierte Behandlung. In M. Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0 - 3: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern ; mit 12 Tabellen* (2.). Berlin: Springer Medizin.
- Wetzels, P. (1997). *Gewalterfahrungen in der Kindheit: sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen* (Interdisziplinäre Beiträge zur kriminologischen Forschung) (1. Aufl.). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Wibbe, I. (2008). „Dann bin ich ja gar nicht so verrückt...“ - Traumaspezifische Beratung bei Wildwasser Oldenburg - Anlauf- und Beratungsstelle gegen sexuellen Missbrauch an Mädchen. In C. Fliß & C. Igney (Hrsg.), *Handbuch Trauma und Dissoziation: interdisziplinäre Kooperation für komplex traumatisierte Menschen*. Lengerich: Pabst Science Publ.
- Wieland, S. (2014). Dissoziationen bei Kindern und Jugendlichen: Symptomatik, Störungsbild und Implikationen (Klett-Cotta Fachbuch). In S. Wieland & K.H. Brisch (Hrsg.), W. Lutz (Übers.), *Dissoziation bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen: Grundlagen, klinische Fälle und Strategien*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wöller, W. (2005). Traumawiederholung und Reviktimisierung nach körperlicher und sexueller Traumatisierung. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 73(2), 83–90. <https://doi.org/10.1055/s-2004-830055>
- Wöller, W. (2014). Sexuelle Traumatisierung. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 15(01), 22–26. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1370806>
- Wyatt, G. E. (1985). The sexual abuse of Afro-American and White-American women in childhood. *Child Abuse & Neglect*, 9(4), 507–519. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(85\)90060-2](https://doi.org/10.1016/0145-2134(85)90060-2)

Yeager, C. A. & Lewis, D. O. (1996). The Intergenerational Transmission of Violence and Dissociation. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5(2), 393–430. [https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(18\)30373-0](https://doi.org/10.1016/S1056-4993(18)30373-0)

Zimmermann, P. (2011). *Sexualisierte Gewalt gegen Kinder in Familien: Expertise im Rahmen des Projekts "Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen in Institutionen* (Wissenschaftliche Texte). München: Dt. Jugendinst. e.V., Abt. Familie u. Familienpolitik.

Eidelstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift